



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION**  
**CENTRE HOSPITALIER**  
**INTERCOMMUNAL DE**  
**CASTRES-MAZAMET**

6 avenue de la montagne noire

Bp 417

81108 Castres

**NOVEMBRE 2015**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	18
DROITS DES PATIENTS	22
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	36
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	41
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	46
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	51
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	56
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	60
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	65
<b>ANNEXE</b>	70

# 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 objectif 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 INTERCOMMUNAL - SITE DE CASTRES	
Adresse	6 avenue de la montagne noire 81108 Castres
Département / région	TARN / MIDI-PYRENEES/LANGUEDOC-ROUSSILLON
Statut	Centre Hospitalier
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	810008649	GCS GASTROENTEROLOGIE DU SUD DU TARN	Hopital du pays d'autan 6 avenue de la montagne noire - bp 30417 81108 CASTRES
Entité juridique	810000380	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CASTRES -MAZAMET	6 avenue de la montagne noire Bp 417 81108 Castres
Etablissement de santé	810100883	CHI CASTRES-MAZAMET - CH CASTRES SLD	12 rue des monges 81108 Castres
Etablissement de santé	810100370	CHI CASTRES-MAZAMET - CH MAZAMET SLD	Rue de la paix 81200 AUSSILLON
Etablissement de santé	810004036	CHI CASTRES-MAZAMET - CENTRE DE PLANIFICATION FAMILIALE - CH DE CASTRES	32 rue du 9 eme regiment D'artillerie de campagne - bp 30417 81108 CASTRES
Etablissement de santé	810100214	CHI CASTRES-MAZAMET - CENTRE DE PLANIFICATION FAMILIALE - CH DE MAZAMET	Boulevard raymond d'hautepoul 81200 MAZAMET
Etablissement de santé	810099838	CHI CASTRES-MAZAMET - HOPITAL DES MONGES	12 rue des monges 81108 Castres
Etablissement de santé	810000547	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL - SITE DE MAZAMET	Boulevard raymond d'hautepoul 81207 Mazamet

Etablissement de santé	810000521	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL - SITE DE CASTRES	6 avenue de la montagne noire Bp 417 81108 Castres
------------------------	-----------	--	--

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 journées d'HAD
HAD	HAD	/	/	/	/
MCO	Chirurgie	110	/	15	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	30	/	/	2241
MCO	Médecine	208	10	/	/
SLD	SLD	120	/	/	/
SSR	SSR	78	2	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Convention accord cadre CHU Toulouse Convention accord cadre Hôpital de St Pons de Thomières Convention Hôpital pivot de territoire / EHPAD Convention coordination SSR Tarn Sud GCS hôpitaux public de cancérologie Groupement de coopération sanitaire (GCS): Gastro-entérologie du sud du Tarn (arrêté de l'ARH du 22-01-2009 publié dans le recueil des actes administratifs le 26-03-2009) Convention accord cadre Hôpital de Revel GIE entre le CHIC et la SA "polyclinique Sidobre" créé le 31-07-2000 pour exploitation d'un IRM, autorisé par arrêté du ministère du 26-02-2001. Mise en service a eu lieu le 17-03-2003.
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Odontologie (octobre 2014) UCC (Unité Cognitivo Comportementale) (Novembre 2014)



# 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 qualité et des risques

Droits des patients

Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle

## 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

## 5. Suivi de la décision

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

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Cardiologie	IDM	Urgences	Techniques interventionnelles utilisant l'imagerie	MCO
2	Personne âgée	Chirurgie	PTH/PTG	Programmé	/	MCO
3	Adulte	Soins palliatifs	Cancer (appareil digestif)	Programmé	Endoscopie digestive > Chirurgie digestive	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
4	Adultes	Hors Ortho-Chir.dig.	/	Programmé	ACHA	MCO
5	Femme/bébé	Maternité	Césarienne en urgence	Urgences	/	MCO
6	Personne âgée	SSR Locomoteur	/	Programmé	/	SSR
7	Personne âgée	SLD	Alzheimer	Programmé	/	SLD
8	Adulte	HAD	Suites couches	Programmé	/	HAD

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

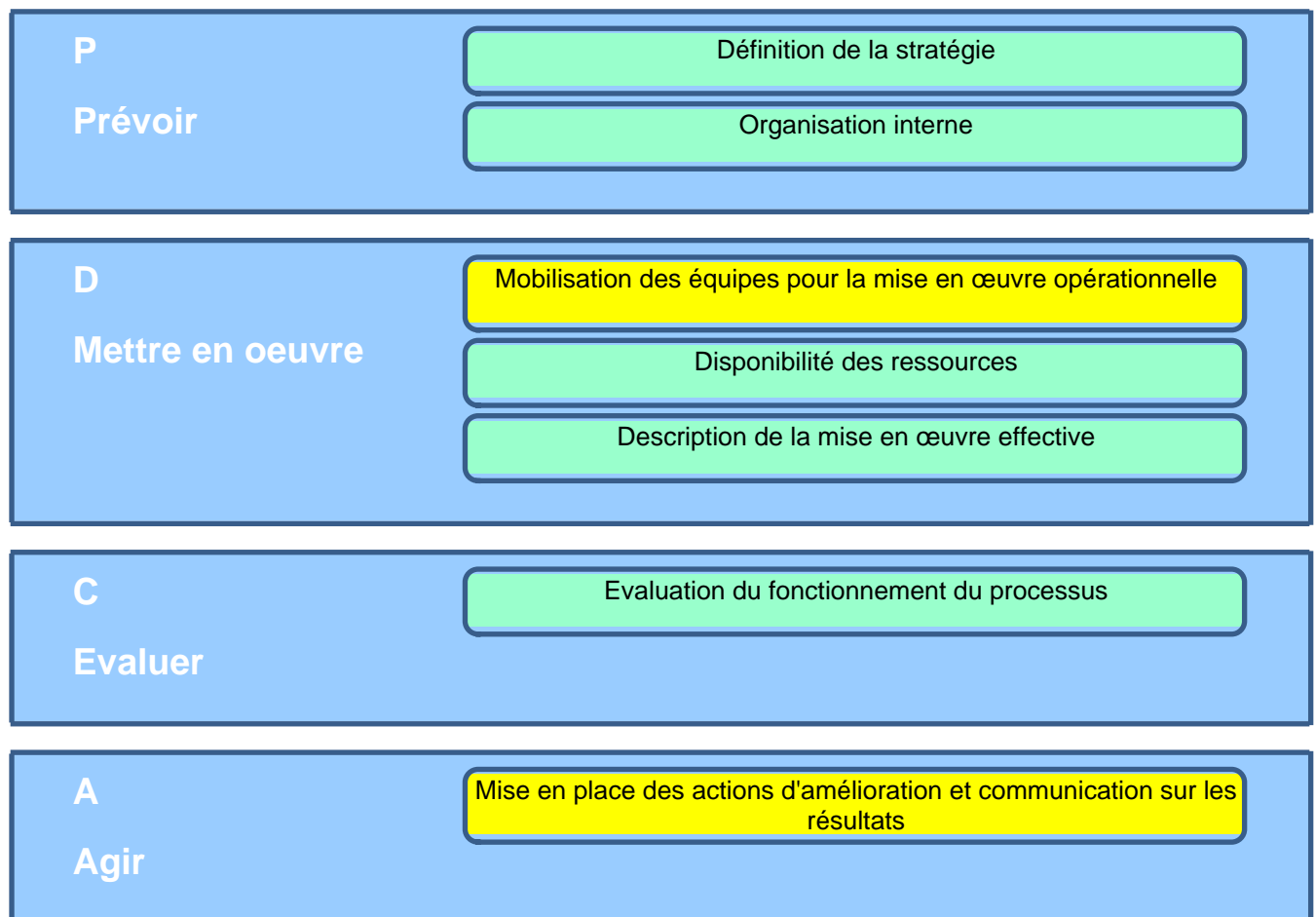
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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**

L'établissement a élaboré en 2015 un document général "Politique d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins" qui fixe six axes prioritaires ; ceux-ci seront déclinés dans le Projet Qualité qui sera intégré dans le projet d'établissement en cours d'élaboration. Dans l'attente, l'établissement a rédigé une note intitulé « Projet stratégique du CHIC Castres-Mazamet » et a signé avec l'ARS en juin 2013 un contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui comprend une annexe détaillée fixant un objectif n° 17 : « Poursuivre l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ». La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins préconise un développement de la formation des professionnels à l'EPP. Toutefois, la politique n'est pas validée par les instances (et plus spécialement par la CME ou la CRU). Le programme global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques n'a pas été révisé annuellement en CME en 2013, 2014 et 2015 et n'a pas fait l'objet d'un suivi régulier en Comité Qualité – Sécurité - Gestion des risques et Vigilances, en dehors des actions directement liées à la visite de certification. La stratégie de développement des RMM dans tous les secteurs le nécessitant (anesthésie-réanimation, chirurgie, oncologie) n'est pas inscrite dans le document présentant la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Dans la plupart des secteurs à risques (circuit du médicament, bloc obstétrical, bloc opératoire et service des urgences), l'établissement a réalisé, dans le cadre du compte-qualité une démarche d'évaluation des risques a priori. Ces cartographies ont permis la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement. L'établissement a mobilisé les personnels pour établir le Compte qualité. Il y a recensé des actions d'amélioration pour chaque thématique ; elles ont été intégrées dans le Programme global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. Les représentants des usagers participent à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation (Département Hygiène, Qualité, Gestion des Risques et Comité Qualité – Sécurité - Gestion des risques et Vigilances) est définie, en étroite collaboration avec le Directeur et le Président de CME, afin de mener des actions en matière de management de la qualité et de la sécurité à l'échelle de l'établissement. Le Département comprend 1 ingénieur à 80% et 4 qualifiés à temps partagé. La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée par la Coordinatrice des Soins, en conformité avec la réglementation. Ses missions sont définies et précisent notamment la quotité de temps (25 %) dédiée, ainsi que les liens fonctionnels avec les autres structures concourant à la sécurité des soins. Le suivi du PAQSS est structuré par responsable de plan d'action. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels, accessibles sur la gestion documentaire. Toutefois, les missions et les responsabilités ne sont pas définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médicotechnique. En effet, l'établissement n'a pas défini les responsabilités des personnes concernées afin d'assurer le déploiement des EPP, et notamment des RMM dans l'ensemble des secteurs. La gouvernance a favorisé la déclaration des événements par les professionnels en s'engageant dans une « Charte d'incitation au signalement d'événement indésirable associé aux soins » sur le caractère non punitif de la réaction de la direction. L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles pour l'exercice de la coordination de l'activité de gestion des risques associés aux soins. Le dispositif de gestion documentaire est intégré au Système d'information de l'établissement et concerne les différentes composantes concernées en matière de qualité, gestion des risques et vigilances sanitaires. Les modalités de communication sont définies, notamment celles relatives à la diffusion des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers. La personne référente de la gestion des plaintes est intégrée au Comité Qualité – Gestion des risques). Le plan blanc de l'établissement est défini. Une organisation pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes est en place. Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales de vigilance et de veille sanitaire. Cependant, l'établissement n'a pas organisé une coordination structurée entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques. En effet, si une réunion de certains vigilants est organisée semestriellement pour évoquer les plans d'actions de chacun, elle n'étudie pas le bilan des CREX et RMM. Cette structure ne participe pas l'analyse de certains événements indésirables graves, les EI liés aux vigilances étant très peu nombreux. La cellule de gestion des risques et la personne responsable de la radioprotection des patients n'y participent pas.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

La démarche institutionnelle n'est pas déclinée au niveau des secteurs d'activité pour les actions qui les

concernent. En effet, l'établissement ne met pas en œuvre de plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein des pôles d'activité. Ainsi, il n'existe pas de dispositif structuré au niveau des Pôles comprenant des objectifs opérationnels déclinés dans les pôles, en fonction de leurs risques spécifiques et traduits en plans d'actions d'amélioration, évalués régulièrement. L'annexe qualité des contrats de Pôles préconise la réalisation d'actions en petit nombre : une EPP par spécialité, une analyse de causes profondes d'un EIG par service et la désignation d'un référent médecin et d'un référent cadre formés par Pôle. L'établissement souhaite s'appuyer sur le dispositif des référents pour développer son système de déclaration, mais il n'est pas opérationnel au moment de la visite. Des RMM se réunissent en moyenne deux à trois fois par an en obstétrique, urgences, chirurgie viscérale et de manière récente en orthopédie. Toutefois, il n'existe pas de RMM régulières dans tous les secteurs concernés. Certaines RMM sont réunies de manière ponctuelle (réanimation, pédiatrie, anesthésie, soins palliatifs, chirurgie gynécologique) ou à la suite d'un événement indésirable grave. Aucune RMM ne fonctionne de manière régulière en cancérologie, urologie. Par ailleurs, les équipes ne participent pas à la mise en œuvre des actions d'amélioration identifiées suite aux RMM. L'établissement a mobilisé l'encadrement sur l'élaboration du Compte Qualité : des groupes de travail ont permis sa réalisation concertée et pluridisciplinaire. Les risques principaux ont été versés au compte qualité. Le management des différents services communique auprès du personnel sur les risques spécifiques dans certains secteurs à risques ou liés aux types de parcours des patients. Il assure le suivi des quelques actions d'amélioration et correctives de son service et s'assure de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles...). Des actions correctives sont mises en place en cas de dysfonctionnements. Elles sont identifiées par le cadre avec la participation des professionnels. Les résultats en sont communiqués aux équipes. Toutefois, les professionnels ne se sont pas approprié le dispositif de signalement des événements indésirables. En effet, bien que des actions de formation en matière de gestion des risques aient été réalisées en 2014 et 2015, les professionnels rencontrés au cours de la visite ne connaissaient pas la définition d'un événement indésirable associé aux soins, ni dans certains cas, l'existence de la « Charte d'incitation au signalement d'événement indésirable ». Les EI déclarés dans des secteurs à risques, comme le bloc opératoire ou le bloc obstétrical, sont peu nombreux. Le bilan annuel des EI ne précise pas le nombre des EIAS de criticité supérieure ou égale à 3. L'analyse thématique des typologies d'EIAS met en valeur le petit nombre d'EIAS (en dehors des EI médicamenteux) concernant des secteurs à risques. L'établissement souhaite s'appuyer sur le dispositif mis en place dans le domaine du médicament pour développer son système de déclaration, recueil et analyse des EI.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences humaines et en matériel sont disponibles dans les différents services. Les compétences et effectifs sont adaptés aux risques et aux besoins liés aux activités. Les personnels de la Direction Qualité Gestion des risques sont formés, notamment aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes. Les professionnels des secteurs à risques ont été formés, puis accompagnés par eux, à la cartographie des risques a priori. Selon le recensement des actions de formation 2014-2015, l'établissement a formé 64 professionnels (essentiellement des cadres et des médecins) à l'audit de processus dans la perspective de la visite de certification, 330 personnels à l'utilisation du logiciel de signalement des événements indésirables. Le dispositif de gestion documentaire informatisé est actualisé, opérationnel et connu. Les personnels ont été formés à son utilisation. Le système d'information en matière de gestion des risques est en place et adapté aux besoins : accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques...

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

La démarche d'évaluation des risques a priori est effective. Ceux-ci sont répertoriés, analysés, hiérarchisés et intègrent les démarches institutionnelles déclinées dans les secteurs à risques. L'établissement recueille les plaintes et réclamations en impliquant les professionnels et les représentants des usagers. L'établissement a décliné des actions pour mettre en place des recommandations de la CRU, suite à l'analyse des plaintes. Chaque courrier fait l'objet d'une réponse après enquête et étude de la réclamation, souvent avec des délais de réponse un peu longs. Le dispositif de recueil du niveau de satisfaction des usagers est opérationnel. Des RCP sont déployées en matière de prise en charge de patients atteints de pathologies cancéreuses. Les professionnels y participent. Le plan blanc est opérationnel et fait l'objet d'un exercice annuel destiné à tester tout ou partie de sa mise en œuvre. Le dispositif de gestion des événements indésirables et événements indésirables graves est opérationnel dans le domaine du médicament. Les EI déclarés sont analysés au sein de CREX mis en place dans les services de médecine et gériatrie, maternité-pédiatrie, pharmacie et USLD Aussillon. Le nombre de signalements connaît un accroissement régulier suite aux formations mises en œuvre.

### **C / EVALUER**

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

Les résultats des questionnaires de satisfaction auprès des patients sont transmis à la CRU et aux instances. L'établissement assure un suivi régulier de la progression des indicateurs nationaux IQSS lui permettant de mesurer l'efficacité de certains processus. Une synthèse des résultats et des

préconisations d'actions est communiquée aux instances et aux professionnels. L'établissement a initié des CREX dans le domaine du médicament, à la pharmacie et dans certains services cliniques. Le Département Hygiène, Qualité, Gestion des Risques établit une planification annuelle des enquêtes de satisfaction (urgences, consultations, SSR...) et de certains audits, essentiellement en matière d'hygiène, de douleur et de prise en charge médicamenteuse. Le Département Qualité – Gestion des risques assure un suivi de la réalisation des nombreuses actions du PAQSS. Il transmet aux instances un bilan global du taux de réalisation.

## **A / AGIR**

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

Il n'existe pas de dispositif structuré d'amélioration. En effet, bien que des actions soient conduites au regard des plaintes/réclamations, des EI (sur le médicament essentiellement), des IQSS, et de la certification, le programme global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques n'est pas mis à jour annuellement au regard des actions d'amélioration identifiées suite aux évaluations conduites. Ainsi, le Département Qualité - Gestion des risques ne participent pas toujours aux RMM, les comptes-rendus ne lui sont pas toujours transmis ne permettant pas une consolidation des actions décidées dans le programme global institutionnel. Le bilan des RMM et les résultats d'une EPP ont fait l'objet d'une communication en Conseil de Pôle Mère Enfant. Toutefois, il n'existe pas de dispositif de communication en interne sur les résultats obtenus. En effet, l'établissement ne rend pas compte de ses démarches d'EPP et de RMM devant ses instances et n'informe pas les professionnels des résultats. La CME n'a pas eu connaissance des bilans annuels de fonctionnement des RMM pour 2013 et 2014.



c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins inscrite dans les orientations stratégiques n'est pas validée au moins une fois par an par l'instance délibérante.  La politique n'est pas validée par les instances (et plus spécialement par la CME ou la CRU). Le programme global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques n'a pas été révisé annuellement en CME en 2013, 2014 et 2015 et n'a pas fait l'objet d'un suivi régulier en Comité Qualité – Sécurité - Gestion des risques et Vigilances, en dehors des actions directement liées à la visite de certification.	1e
	PS	La stratégie de développement des RMM dans tous les secteurs le nécessitant (anesthésie-réanimation, chirurgie, oncologie) n'est pas inscrite dans le document présentant la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'établissement n'a pas défini de stratégie quant au déploiement des RMM dans tous les secteurs le nécessitant.	1f
P / Organisation interne	PS	Les missions et les responsabilités ne sont pas définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médicotechnique. L'établissement n'a pas défini les responsabilités des personnes concernées afin d'assurer le déploiement des EPP, et notamment des RMM dans l'ensemble des secteurs.	1f
	PS	L'établissement n'a pas organisé une coordination structurée entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques. Si une réunion de certains vigilants est organisée semestriellement pour évoquer les plans d'actions de chacun, elle n'étudie pas le bilan des CREX et RMM. Cette structure ne participe pas l'analyse de certains événements indésirables graves, les EI liés aux vigilances étant très peu nombreux. La cellule de gestion des risques et la personne responsable de la radioprotection des patients n'y participent pas.	8i
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	NC	Il n'existe pas de RMM régulières dans tous les secteurs concernés.  Certaines RMM sont réunies de manière ponctuelle (réanimation, pédiatrie, anesthésie, soins palliatifs, chirurgie gynécologique) ou à la suite d'un événement indésirable grave. Aucune RMM ne fonctionne de manière régulière en oncologie, urologie. Par ailleurs, les équipes ne participent pas à la mise en œuvre des actions d'amélioration identifiées suite aux RMM.	28a
	NC	La démarche institutionnelle n'est pas déclinée au niveau des secteurs d'activité pour les actions qui les concernent. L'établissement ne met pas en œuvre de plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein des pôles d'activité. Ainsi, il n'existe pas de dispositif structuré au niveau des Pôles comprenant des objectifs opérationnels déclinés dans les pôles, en fonction de leurs risques spécifiques et traduits en plans d'actions d'amélioration, évalués régulièrement. L'annexe qualité des contrats de Pôles préconise la réalisation d'actions en petit nombre : une EPP par spécialité, une analyse de causes profondes d'un EIG par service et la désignation d'un référent médecin et d'un référent cadre formés par Pôle. L'établissement souhaite s'appuyer sur le dispositif des référents pour développer son système de déclaration, mais il n'est pas opérationnel au moment de la visite.	8a
	PS	Les professionnels ne se sont pas approprié le dispositif de signalement des événements indésirables.	8f

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		<p>Bien que des actions de formation en matière de gestion des risques aient été réalisées en 2014 et 2015, les professionnels rencontrés au cours de la visite ne connaissaient pas la définition d'un événement indésirable associé aux soins (non défini par la procédure en place), ni dans certains cas, l'existence de la « Charte d'incitation au signalement d'événement indésirable ». Les EI déclarés dans des secteurs à risques, comme le bloc opératoire ou le bloc obstétrical, sont peu nombreux. Le bilan annuel des EI ne précise pas le nombre des EIAS de criticité supérieure ou égale à 3. L'analyse thématique des typologies d'EIAS met en valeur le petit nombre d'EIAS concernant des secteurs à risques.</p>	
<p>A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats</p>	<p>PS</p>	<p>Il n'existe pas de dispositif de communication en interne sur les résultats obtenus. L'établissement ne rend pas compte de ses démarches d'EPP et de RMM devant ses instances et n'informe pas les professionnels des résultats. La CME n'a pas eu connaissance des bilans annuels de fonctionnement des RMM pour 2013 et 2014.</p>	<p>1e</p>
	<p>NC</p>	<p>Il n'existe pas de dispositif structuré d'amélioration. Bien que des actions soient conduites au regard des plaintes/réclamations, des EI (sur le médicament essentiellement), des IQSS, et de la certification, le programme global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques n'est pas mis à jour annuellement au regard des actions d'amélioration identifiées suite aux évaluations conduites. Ainsi, le Département Qualité - Gestion des risques ne participent pas toujours aux RMM, les comptes-rendus ne lui sont pas toujours transmis ne permettant pas une consolidation des actions décidées dans le programme global institutionnel.</p>	<p>8a</p>

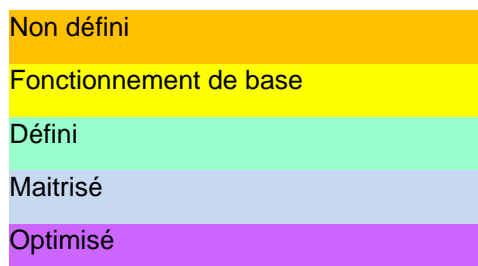
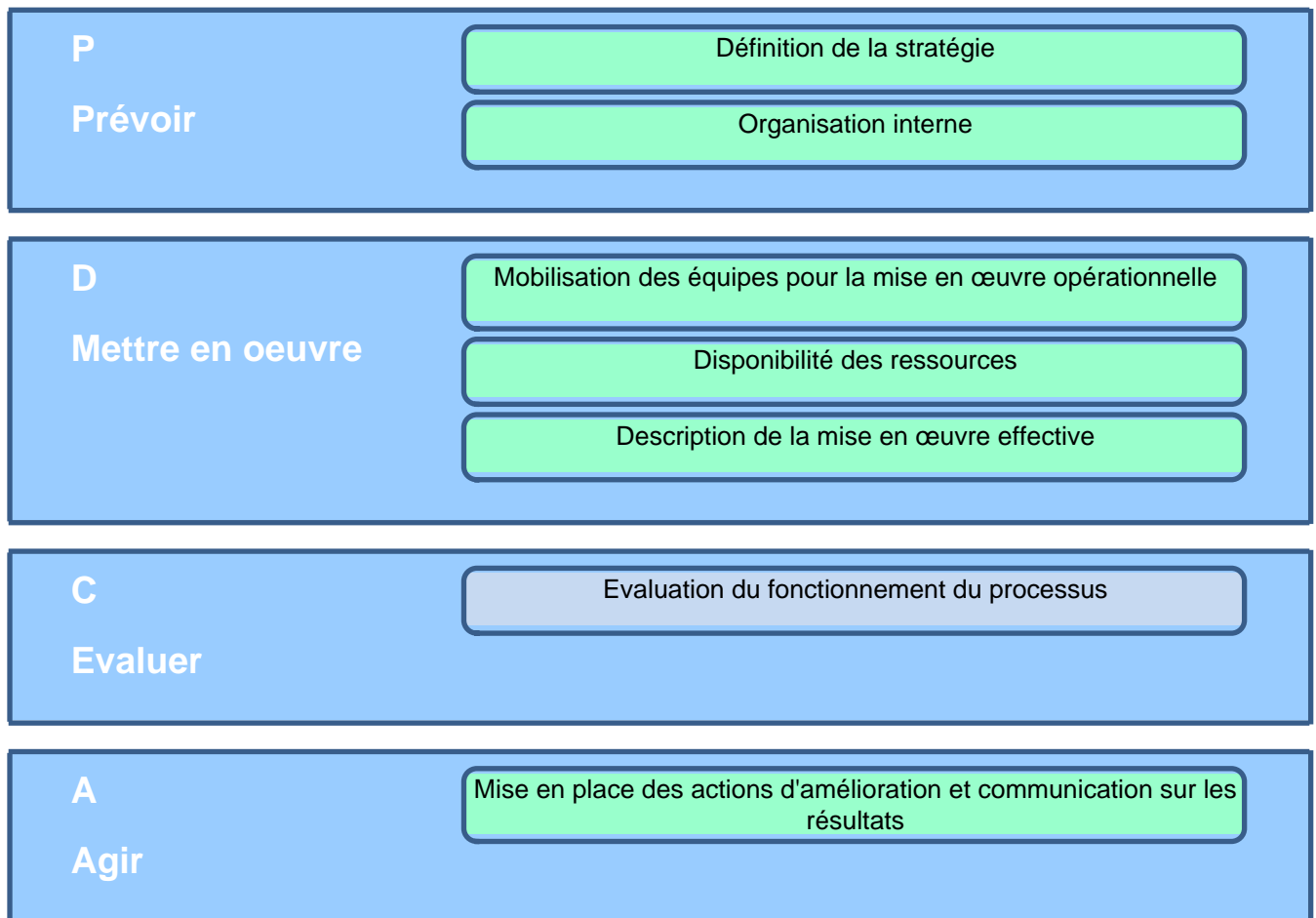
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement a mis en place une stratégie et des objectifs pour le processus gestion du risque infectieux, sur la base de l'identification des besoins et d'une analyse de risques. Un axe précisant l'engagement du pôle sur la poursuite des objectifs en matière d'hygiène, est précisé dans l'annexe qualité du contrat de pôle. Cette stratégie est formalisée dans une politique de gestion du risque infectieux, validée par la CME, la CSIRMT, le président du CLIN et le Directeur en novembre 2015. La politique s'articule autour de quatre axes prioritaires : coordonner et maîtriser les risques par rapport à l'environnement ; développer une culture de l'hygiène par des formations ; améliorer les pratiques d'hygiène; promouvoir les nouvelles recommandations et vigilances. La politique est déclinée dans un plan d'action prioritaire qui a été établi sur les principaux risques, ce sont les risques identifiés dans le compte qualité. Pour définir sa stratégie et identifier ces risques l'établissement s'est appuyé sur les résultats des IQSS, des audits internes (audit Antibiothérapie), des EPP (EPP sur la prise en charge des infections urinaires). Les principaux risques ont été identifiés en prenant en compte le niveau de criticité et de maîtrise. Cette analyse des risques a été réalisée en concertation avec les référents hygiène des secteurs d'activité lors des réunions avec le CLIN.

**ORGANISATION INTERNE**

La maîtrise du risque infectieux au Centre Hospitalier Intercommunal de Castres-Mazamet (CHIC) est organisée avec le CLIN, une EOHH et un réseau de correspondants hygiènes positionnés dans tous les secteurs d'activité. L'EOHH fait partie du département Hygiène, Qualité, Gestion des Risques. Afin de piloter le processus, une organisation est en place : le président du CLIN pilote le processus, aidé des membres du CLIN et de l'équipe EOHH (deux IDE). Le CLIN se réunit minimum quatre fois par an. Un règlement intérieur est formalisé. Les rôles et les missions du pilote sont précisés dans une lettre de mission, élaborée en janvier 2015. Une fiche de fonction du correspondant hygiène hospitalière a été formalisée et disponible sur l'Intranet. Chaque année, des actions de formation à l'hygiène, notamment des locaux, et à la prévention du risque infectieux, sont prévues par l'équipe d'hygiène pour les correspondants hygiène, les nouveaux arrivants, l'équipe de brancardage, les internes... Une organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotique est en place, un Comité des anti-infectieux (CAI) intervient autant que de besoin auprès des professionnels. Afin de mettre en place des actions correctives et de surveillance du patient, cette cellule collabore étroitement avec le laboratoire qui alerte les référents et le président du CLIN pour un déclenchement immédiat d'une organisation. La formation des nouveaux prescripteurs est prévue plusieurs fois par an les trois référents (infectiologues) sont identifiés dans l'établissement. Les procédures et protocoles qui encadrent ce processus sont définis, formalisés et validés dans le logiciel de gestion documentaire du Centre Hospitalier. Le livret d'accueil comporte un chapitre sur la maîtrise du risque infectieux. Le logiciel SIH prime sur les documents papier, il est précisé sur chaque procédure que « seule la version électronique disponible sur le logiciel fait foi ». Les besoins en support d'information des patients sont identifiés et disponibles dans le logiciel de gestion documentaire de l'établissement (plaquette pour le BMR, BHR, gales). Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux sont organisées. Les différents circuits et interfaces entre les secteurs cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs sont définis. Un prestataire externe réalise plus de 400 prélèvements dans l'établissement (bloc opératoire, secteurs à risque...), les résultats sont communiqués à l'EOHH qui assure la mise en œuvre d'action correctrice éventuelle, en lien avec le président du CLIN.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

En déclinaison de la démarche institutionnelle encadrée par le CLIN dans le processus « maîtrise du risque infectieux », le cadre de santé, accompagné du correspondant hygiène, et d'un membre de l' E.O.H.H si nécessaire, déploie le programme d'action du CLIN dans les secteurs d'activités, auprès des professionnels de terrain. Les cadres de santé reçoivent les informations lors des réunions des cadres organisées par la Direction des soins. Les professionnels sont sensibilisés sur les risques identifiés du processus, lors des réunions d'équipe dans les secteurs d'activités. Un référent hygiène (binôme IDE /AS) est positionné dans les secteurs. Ces référents participent à la sensibilisation de leur collègues, lors des réunions de secteur. L' E.O.H.H, les cadres de santé s'assurent de la conformité des pratiques par le biais d'audits internes (audit sur le port de bijou, la pose des cathéters centraux, le port des gants en 2014 ; en 2015 audit sur les collecteurs à aiguilles, audit des déchets...). En cas de dysfonctionnements, d'écarts dans les pratiques, des actions correctives sont mises en place. L' E.O.H.H intervient dans les secteurs d'activité, soit sur demande des professionnels, soit sur une alerte reçue du laboratoire, ou en cas de

nouvelles recommandations sur le risque infectieux.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les personnels de l' E.O.H.H bénéficient de formations adaptées à leur domaine, ils organisent des sessions de formation pluriannuelles à destination des professionnels du CHIC (internes, nouveaux arrivants, personnels d'entretien des locaux...). Le bon usage des antibiotiques est assuré par les infectiologues référents auprès du personnel médical. Les professionnels bénéficient d'actions de formation, de sensibilisation régulièrement par l' E.O.H.H. Un module e-learning obligatoire sur le lavage des mains a été mis en ligne pour les professionnels. Les protocoles, procédures, plaquettes d'information, réalisés ou actualisés et validés par le CLIN, sont à disposition des professionnels au sein de la gestion documentaire de l'établissement. Le matériel de prévention du risque infectieux est à la disposition des professionnels au sein des services. Le matériel utilisé est en adéquation avec l'activité (matériel spécifique en cas d'isolement).

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

Les secteurs d'activités connaissent l'organisation définie pour la maîtrise du risque infectieux. Les professionnels mettent en œuvre les protocoles et procédures formalisés sur le processus du risque infectieux. Les bonnes pratiques sur l'hygiène des locaux, ainsi que les précautions en cas de patients infectés, sont appliquées. Les circuits sont respectés. Au sein des secteurs d'activités, un système de sas desservant deux chambres permet une marche en avant, le personnel entre par un endroit et ressort par un autre, il n'y a pas de croisement en cas d'isolement. La prescription de l'antibiotique est partiellement informatisée. Une liste est disponible et des antibiotiques à dispensation contrôlée sont délivrés pour 48h à 72h. La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24<sup>ème</sup> et la 72<sup>ème</sup> heure est effective dans les dossiers des patients. Une fiche spécifique prévoit une délivrance pour 72h et oblige les prescripteurs à réévaluer la prescription. Le CLIN se réunit plusieurs fois par an, un compte rendu est élaboré et mis à disposition sur l'intranet de l'établissement. Les référents y participent activement et font un retour au sein de leur secteur, un compte rendu est formalisé afin d'informer la totalité de l'équipe.

### **C / EVALUER**

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

Le CLIN, sous-commission de la C.M.E, contribue à travers ces actions d'amélioration, à l'évaluation de la politique qualité de l'établissement.

L'évaluation du dispositif de maîtrise du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques se fait périodiquement à l'aide d'indicateurs I.Q.S.S. Un audit annuel des consommations des antibiotiques est réalisé dans le cadre du réseau RAISIN. Il est présenté, analysé en C.L.I.N.

Plusieurs audits internes sont réalisés chaque année au CHIC. L'établissement collabore avec l' A.R.L.I.N et le C.C.L.I.N dans la gestion des phénomènes épidémiques sporadiques ou récurrents. Un tableau de bord de suivi, permettant le suivi du programme d'amélioration de la qualité et de traitement de risque, le suivi des indicateurs, est en cours d'élaboration.

### **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre et sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnelles. Les actions d'amélioration retenues sont en cohérence avec les résultats des évaluations obtenus. Des supports et modalités de diffusion sont établis. Les résultats des évaluations internes ou enquêtes externes sont restitués aux services, par l'intermédiaire de l'intranet et/ou lors des réunions de service, et aux instances, la C.M.E, la C.S.I.R.M.T. Les usagers sont informés par le biais d'affichage (hall d'accueil, aux urgences, livret d'accueil, site internet de l'établissement).

**c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**

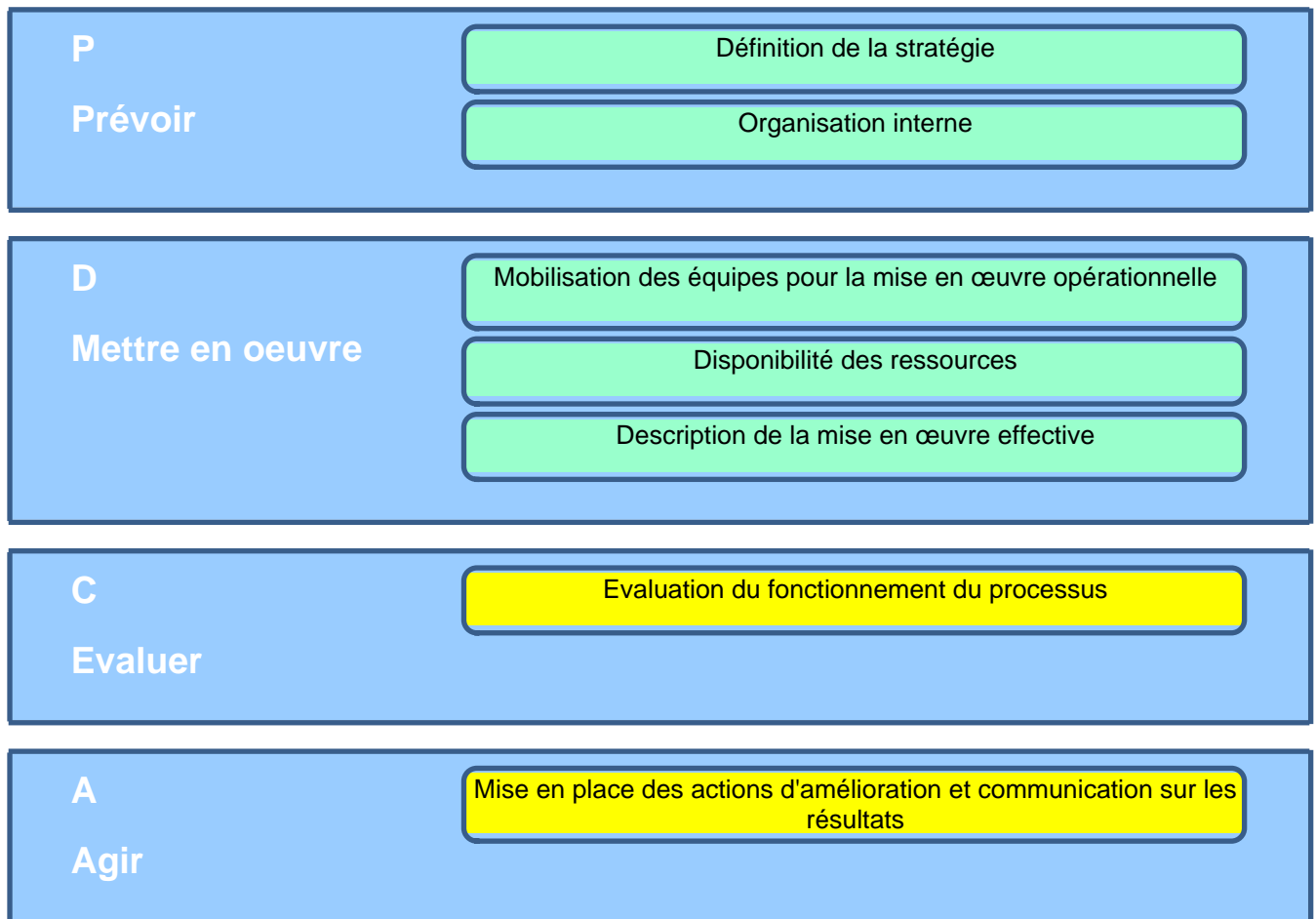
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement a élaboré en 2015 un document général "Politique d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins" qui fixe six axes prioritaires ; l'axe n°1 étant libellé « Développer l'écoute des usagers et le respect de leurs droits en impliquant le patient dans sa démarche de soins ». Ces axes seront déclinés dans le Projet Qualité et le Projet de soins qui sera intégré dans le projet d'établissement en cours d'élaboration. Dans l'attente, l'établissement a rédigé une note intitulée « Politique des droits des patients », validée par la CRU en juin 2015. Toutefois, la stratégie relative aux droits des patients n'aborde pas tous les aspects relatifs aux droits des patients. En effet, l'établissement n'a pas réalisé, en lien avec la CRU, un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance, ni identifié les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Par ailleurs, la stratégie n'est pas soumise à toutes les instances concernées. En effet, elle n'a pas été soumise à la CME et au Directoire. Dans le cadre de son Compte Qualité, l'établissement a identifié les risques concernant cette thématique à partir de l'analyse des plaintes, des résultats des enquêtes de satisfaction et de l'écoute des représentants des usagers. Il a recensé des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de cette analyse. L'établissement a intégré des actions d'amélioration dans le Programme global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a mis en place une organisation à la Direction de la patientèle pour piloter le processus, en lien avec la Direction des Soins et la CRU. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels, ainsi que dans le règlement intérieur de la CRU. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectifs...), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CRU est disponible dans le livret d'accueil récemment actualisé qui est remis à l'arrivée et qui est accessible en temps réel dans le terminal multi média. Des fiches de présentation des services sont diffusées lors de l'accueil du patient. L'établissement a engagé une action de formation à la promotion de la bientraitance, en priorité pour les personnels du secteur gériatrique. D'autres actions ont été organisées en matière de droits des patients. L'établissement a défini une organisation permettant le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, du refus de soin. Il a mis en place une organisation visant à informer tous les patients de la possibilité de désigner une personne de confiance : procédure, communication.... Il a défini une procédure d'information des patients en cas de dommage lié aux soins. L'établissement a mis en place une procédure de médiation suite aux plaintes des usagers sans qu'il soit fait de retour au service concerné. Les modalités de prise en charge des patients, l'organisation et les pratiques garantissent le respect des libertés individuelles.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

L'encadrement des services s'est saisi des enjeux liés à la promotion de la bientraitance et au respect des droits des patients. Il communique auprès de son équipe sur les actions menées dans ce domaine. Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations liés au patient, notamment au moyen d'un article dans le journal interne. Il s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues en matière de respect des droits des patients (protocoles, consignes, etc.). Des actions correctives sont identifiées en cas de dysfonctionnements. Des actions correctives ponctuelles sont identifiées par les responsables des services et mises en place en cas de constatation de dysfonctionnements. Elles font l'objet d'une information lors des transmissions dans le service. Des actions menées à la suite de l'audit de la tenue du dossier de soins (en matière d'information du patient par exemple..) font l'objet d'informations dans les réunions de cadres.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

L'établissement a mis en place des compétences permettant de répondre aux attentes des personnes prises en charge au-delà du seul aspect des soins cliniques. En matière de confidentialité, les services disposent de codes et d'accès en fonction de leur accréditation. Les effectifs dans les différents secteurs sont en adéquation avec l'objectif de respect des droits des patients (accueil dans les services, à la sortie...). Les personnels ont suivi des formations qui ont débouché sur la formalisation d'un Livret de la bientraitance. Les outils élaborés et validés sont intégrés à la gestion documentaire accessible à tout moment. L'établissement a créé des espaces spécifiques de relaxation en gériatrie, et notamment dans l'unité cognitivo-comportementale.



## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. D'une manière générale, les professionnels respectent la dignité et l'intimité du patient lors des soins pratiqués. Les professionnels présentent le livret d'accueil au patient lors de son entrée dans la chambre et lui expliquent ses droits (accès à son dossier, prise en charge de la douleur...). La macro cible d'entrée incluse dans le dossier de soins permet de tracer la réalisation de ces actions pour tout patient. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions est assurée. La mention de la personne de confiance figure dans les dossiers des patients, tout comme le recueil du consentement éclairé qui est vérifié avant la réalisation de l'acte invasif. Les experts-visiteurs ont constaté, lors des visites, que les services associent le patient et, s'il y a lieu, son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins. Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre en gériatrie et en pédiatrie. L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Les mesures de restriction de liberté sont effectivement prescrites dans les dossiers, selon les modalités définies par l'établissement. L'encadrement met en place un accueil personnalisé et un soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent. Des modalités spécifiques d'information sont mises en œuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé en tenant compte des facultés de compréhension du patient : il en va de même lors de l'annonce d'un dommage lié aux soins.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il n'existe pas de dispositif structuré d'évaluation. En effet, l'établissement n'a pas mis en place d'évaluation du respect des droits des patients. Le bilan de la mise en œuvre du programme n'a pas été réalisé périodiquement par l'établissement. Il n'a pas structuré de dispositif d'évaluation et de suivi pérenne, notamment à l'aide d'indicateurs autres que les IQSS. L'établissement a participé à l'enquête I-SATIS et a mis en place des enquêtes régulières de satisfaction dans le domaine de la douleur ou dans le secteur des urgences. Les résultats d'enquêtes (questionnaire de sortie, ISATIS) montrent l'attention portée par le soignant au respect de l'intimité.

## A / AGIR

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

Il n'existe pas de dispositif structuré d'amélioration. En effet, l'établissement n'a pas structuré de programme d'amélioration, suite à l'évaluation des actions menées en matière de respect des droits des patients. L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes ne contribue pas à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. L'établissement assure une analyse des plaintes, mais il ne consolide pas cette exploitation dans un programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge, présenté à la CRU. L'établissement ne communique pas auprès des personnels et des patients sur ses résultats en matière de mise en œuvre du programme d'amélioration en matière de droits des patients. Il n'existe pas de système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites. La CRU préconise quelques actions d'amélioration qu'elle suit au cours des différentes séances.

**c. Tableau des écarts relevés**

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	La stratégie relative aux droits des patients n'aborde pas tous les aspects relatifs aux droits des patients. L'établissement n'a pas réalisé, en lien avec la CRU, un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance, ni identifié les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	1d
	PS	La stratégie n'est pas soumise à toutes les instances concernées.  La stratégie n'a pas été soumise à la CME et au Directoire.	1d
C / Evaluation du fonctionnement du processus	NC	Il n'existe pas de dispositif structuré d'évaluation. L'établissement n'a pas mis en place d'évaluation du respect des droits des patients. Le bilan de la mise en œuvre du programme n'a pas été réalisé périodiquement par l'établissement. Il n'a pas structuré de dispositif d'évaluation et de suivi pérenne, notamment à l'aide d'indicateurs autres que les IQSS.	1d
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	Il n'existe pas de dispositif structuré d'amélioration. L'établissement n'a pas structuré de programme d'amélioration, suite à l'évaluation des actions menées en matière de respect des droits des patients. L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes ne contribue pas à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. L'établissement assure une analyse des plaintes, mais il ne consolide pas cette exploitation dans un programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge, présenté à la CRU. L'établissement ne communique pas auprès des personnels et des patients sur ses résultats en matière de mise en œuvre du programme d'amélioration en matière de droits des patients. Il n'existe pas de système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites.	1d

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

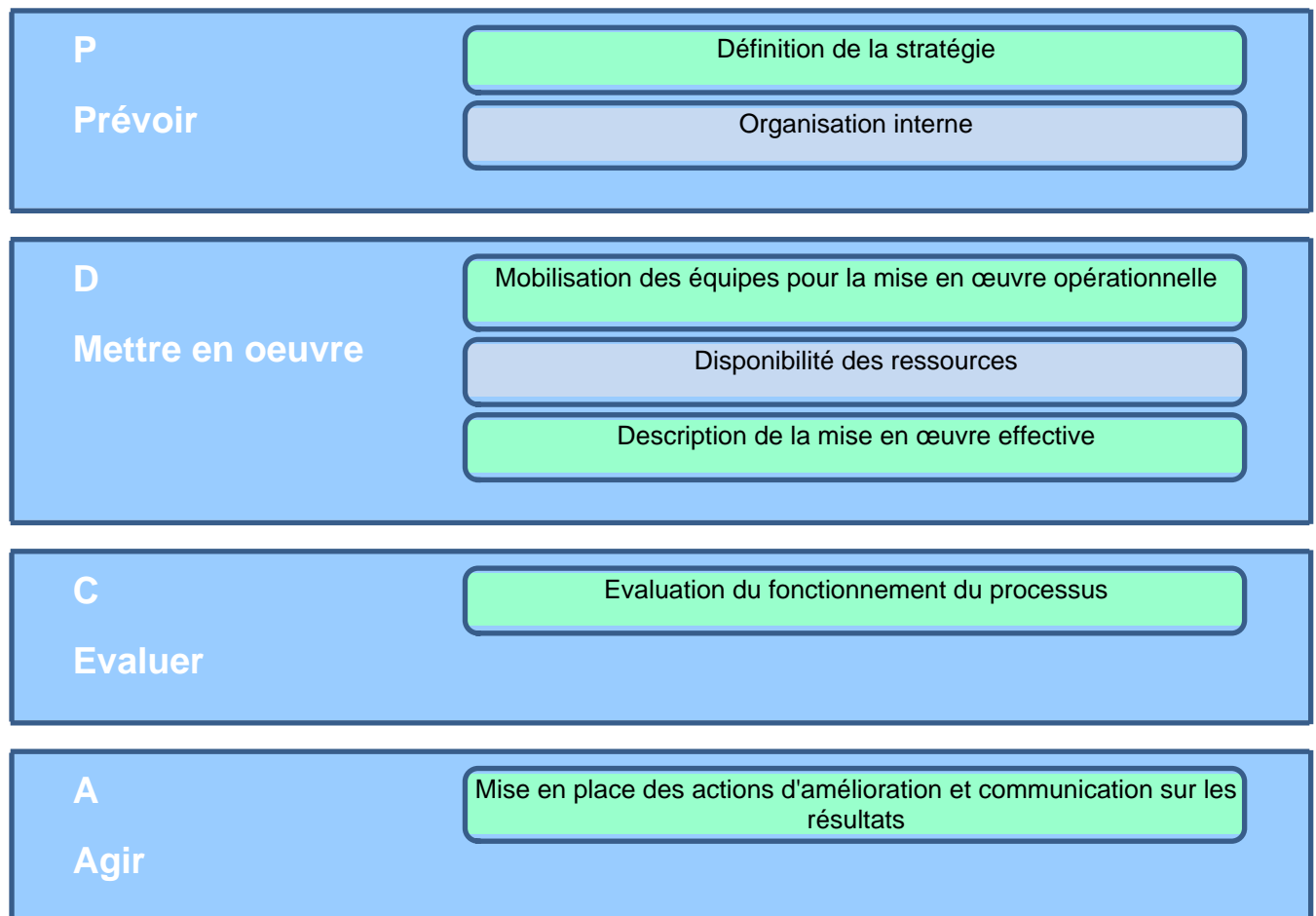
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Pour définir sa stratégie et identifier ces risques, le CHIC Castres Mazamet a identifié ses besoins au regard des axes du CPOM (axes définis par l'ARS). Il a pris en compte toutes les étapes de la prise en charge du patient sur la base des résultats des indicateurs nationaux (IQSS et Hôpital Numérique), des résultats de la dernière certification V2010 et des différentes évaluations internes de l'établissement. L'établissement a rédigé une note intitulée « Projet stratégique du CHIC Castres-Mazamet » et a signé avec l'ARS en juin 2013 un contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Le CPOM comprend une annexe détaillée fixant des objectifs n° 3 « Parcours de la personne âgée », n°4 « Parcours du patient atteint de cancer », et n°6 "Parcours du patient atteint de cancer". Ce contrat a été approuvé par la CME. Un futur projet médical du territoire de santé est en cours d'élaboration ; il déterminera l'organisation des principaux parcours entre la ville et l'hôpital. Toutefois, la stratégie de l'établissement n'est pas validée par toutes les instances concernées. En effet, l'établissement n'a pas validé, ni communiqué sa politique d'amélioration du "Parcours patient". Par ailleurs, le CPOPM n'a pas été diffusé, ni en interne à l'ensemble des professionnels, ni en externe. L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés. L'établissement a réalisé un travail sur la thématique « Parcours patient » en transversal sur toutes les prises en charge. Les groupes émanant de la certification V2010 ont été réactivés et d'autres créés. Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie par l'établissement : la criticité des risques a été établie, puis hiérarchisée. Le COPIL Qualité et Risques les a ensuite priorisés. Un plan d'actions a été réalisé et intégré dans le compte qualité, validé par les instances concernées. Le Compte Qualité a été présenté en réunions de pôles, aux cadres de santé en réunion de cadres et en CSMIRT, puis mis à disposition des professionnels via les cadres de santé dans la gestion documentaire informatique et papier.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage stratégique est assuré par le directeur de l'établissement, en collaboration avec le président de CME et la Coordinatrice Générale des soins qui assure aussi le pilotage opérationnel avec la responsable du pôle Médecine. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans une lettre de mission individuelle. Des pilotes de processus et de sous processus (risque suicidaire, urgences vitales, troubles nutritionnels...), médicaux et non médicaux ont été identifiés. Une formation de tous les pilotes par la coordonnatrice générale des soins et l'équipe qualité a été prévues, ainsi qu'un accompagnement pour le premier "patient traceur". L'objectif pour les services était de réaliser à minima deux patients traceurs. Des points réguliers à chaque étape étaient organisés entre l'équipe qualité et chaque service. Les besoins et ressources nécessaires ont été identifiés. Les effectifs sont en adéquation avec les différentes activités. Des redéploiements ont ainsi été organisés avec la création de postes IDE et AS supplémentaires lors de la création de l'Unité Cognitivo-Comportementale en 2014. Une politique de formation est en place. Des formations institutionnelles sont organisées : comme la formation incendie, l'accueil, les soins palliatifs, la dénutrition ou l'éducation thérapeutique. Les besoins en formation sont recueillis au cours des entretiens d'évaluation des professionnels, puis en fonction des grands projets (handicap...) et dans chaque pôle, comme la formation des AS en Gériatrie sur l'hygiène dentaire. Des formations sur le risque suicidaire ont été programmées et une sensibilisation au cours de la journée du suicide sera organisée. Des formations diplômantes sont réalisées (DU Soins Palliatifs, Douleur, Éthique, effets indésirables des thérapies cancéreuses, ...). Ces formations sont inscrites au plan de formation annuel. Pour compléter les formations institutionnelles, un espace simulation et un e-learning sur l'hygiène ont été créés. Une commission de recrutement pour le personnel non médical, animée par la coordinatrice générale des soins, est mise en place. Les recrutements sont organisés, et l'établissement travaille en lien avec l'IFSI. Un processus d'intégration et de formation des nouveaux arrivants existe, afin de sécuriser l'exercice de leur fonction. Un accompagnement de quelques jours est réalisé par les IDE et AS, avec une évaluation régulière par la cadre de santé. Une journée d'accueil des nouveaux arrivants est organisée 4 fois par an à minima, ainsi que 2 journées à destination des internes. Les ressources matérielles prévues. Le CHIC est de construction neuve avec des locaux neufs et spacieux, des chambres seules majoritairement et un mobilier adapté, des lits équipés de bras multimédias. Le SSR Mazamet a été refait à neuf en 2014 et pour les autres SSR/USLD, les locaux et les équipements sont adaptés et fonctionnels. Un dispositif d'entretien et de maintenance organisé par l'ingénieur travaux est en place, ainsi qu'une gestion des pannes/dysfonctionnements, via le logiciel GMAO. Les protocoles et procédures en lien avec le "parcours patient" sont formalisés et informatisés. Le protocole sur la prise en charge de la dénutrition a été formalisé, complété par un arbre décisionnel en mars 2015. Les protocoles d'urgences vitales (réactualisés en novembre 2015 par les urgentistes) et le numéro d'appel d'urgences vitales sont affichés, les protocoles de contrôle des produits et de remplissage sont dans un classeur spécifique, ainsi que dans la gestion documentaire informatisée. Suite au travail réalisé entre les psychiatres du CH de Lavaur et le CHIC du Pays d'Autan sur le risque suicidaire, une organisation a été mise en place pour prendre en charge ce risque et une convention a été signée. La gestion des interfaces est organisée

formellement avec les services cliniques et médico-techniques, logistiques, administratifs (Interface avec le transport via un logiciel de planification dédié pour les transports internes et externes., fiches de liaison, logiciel de programmation au bloc opératoire, ...). Le système de concertation et de communication pour faciliter les relations entre les professionnels et entre secteurs d'activité est fonctionnel (transmissions, dossier patient, réunions pluriprofessionnelles, RCP, staffs...). Une commission "handicap et soins" a été créée, composée de professionnels hospitaliers, médicaux-sociaux et sociaux ainsi que de représentants des usagers. Une Charte handicap a été rédigée, elle est affichée dans tous les secteurs. Un centre de soins dentaires, le « salon dentaire » pour les patients complexes, a été ouvert en 2014. Le pôle gériatrique est complet et important, offrant toutes les prises en charge (Plateforme de dépistage de la fragilité, UHR, USLD, MAIA, consultations mémoires, Unité Mobile de Gériatrie, court séjour Gériatrique, SSR..). Cette prise en charge a été renforcée fin 2014 par l'ouverture d'une Unité Cognitive Comportementale (UCC). L'établissement s'inscrit pour ces thématiques dans un travail en réseau avec des partenaires aussi variés que les professionnels de santé libéraux, les établissements de son bassin, le CHU de Toulouse. Un comité de l'éducation thérapeutique, créé depuis 2014, coordonne l'ensemble des actions. Le CLAN a été créé en 2007, devenu ensuite une sous commission de la CME en 2012.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Le déploiement opérationnel repose sur l'encadrement qui communique et sensibilise les professionnels. Suite aux réalisations des audits « patients traceurs », les actions d'amélioration définies ont été mises en place et inscrites dans des plans d'actions, puis déclinées dans la plupart des secteurs d'activité. Les cadres de santé s'assurent de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...) par des contrôles ponctuels. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur en participant aux différents groupes de travail (patient traceur, audits questionnaire de sortie...), aux actions correctives. Suite aux différents audits de dossiers menés par les cadres de santé et patients traceurs, des actions d'amélioration ont été mises en place (réorganisation du dossier de soins en terme d'accessibilité et recherche d'information et de synthèse des transmissions - Macro cible). Certains participent à la déclaration, à l'analyse et au traitement des EI, aux CREX, EPP et aux RCP.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs nécessaires sont en adéquation avec l'activité et sont disponibles. En pédiatrie, le planning est adapté à la saisonnalité.

Les compétences sont adaptées et les professionnels formés. Les locaux sont conformes et adaptés, le matériel et les équipements sont à disposition et le plan de suivi et de maintenance est mis en œuvre. Les professionnels participent à l'élaboration des protocoles et procédures et y ont accès, via la gestion documentaire. Les protocoles les plus utilisés sont centralisés dans des classeurs, dont la gestion est assurée par le cadre de santé. La réactualisation des protocoles impliquant les professionnels est régulière, via le logiciel documentaire. L'établissement prend en compte la prise en charge des risques psychosociaux du personnel, un psychologue du travail a été recruté dans ce cadre. Un travail a été réalisé avec les représentants syndicaux (Document Unique avec un volet RPS) et les professionnels peuvent avoir recours gratuitement et anonymement à un psychiatre de ville. Les services de Médecine, Pédiatrie et l'UCC sont sécurisés, un système d'entrebailleur de portes verrouillables, les portes d'accès avec badges. Une unité de psychiatrie se trouve à côté du site HPA" Une unité de psychiatrie se trouve à côté du CHIC et une antenne de psychiatrie est présente aux urgences (1 Psychiatre dédié pour le MCO et pour le secteur de Gériatrie). Les locaux et matériels sont adaptés au handicap (ascenseur parlant, rampe à l'entrée de l'établissement, chambres handicapées dans certains services, fauteuils coques, douches type Italiennes..). Une organisation est en place pour la prise en charge des patients atteints de handicap. Un travail d'harmonisation des pratiques dans toutes les prises en charge a été réalisé, début 2015, sur la prise en charge des urgences vitales. Des chariots d'urgence scellés avec défibrillateurs sont opérationnels dans chaque unité de soins.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les cadres de santé s'assurent de la connaissance et du respect par les professionnels, des protocoles et des procédures, (urgences vitales, accueil...) par des contrôles ponctuels. L'accueil du patient/résident et de son entourage est opérationnel. Une procédure d'accueil a été réalisée. Le livret d'accueil papier (et/ou un livret d'accueil du résident pour le pôle gériatrique) est remis dès l'entrée par l'IDE ou l'AS, accompagné d'un feuillet sur le bon usage des médicaments, les directives anticipées et la personne de confiance. Le patient reçoit une information sur les conditions de séjour et les conditions de prise en charge en SSR/USLD (livret spécifique de PEC). L'évaluation initiale est réalisée dès l'entrée du patient, et l'évolution de l'état de santé observée sont retranscrites dans le dossier. Le projet de soins personnalisé/projet de vie en USLD, élaboré avec les professionnels concernés, impliquant le patient et/ou son entourage prend en considération la réflexion bénéfiques/risques, il est réajusté en fonction d'évaluations périodiques et de l'état de santé du patient. La continuité et la coordination de la prise en

charge des patients sont opérationnelles. La permanence des soins 24h/24 est organisée, la liste des gardes et astreintes validée est disponible (affichée dans les salles de soin). Les plannings des soignants, validés par les cadres de santé et la direction des soins sont affichés. Des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies (fiches de liaison, courriers, courriels...). Chaque chariot d'urgence est contrôlé mensuellement par l'IDE de nuit et recontrôlé par le cadre de santé au moment du remplissage des produits médicamenteux. La prise en charge repose sur des réunions Colloques/staffs quotidiens ou hebdomadaires multi professionnels et/ou pluridisciplinaires. L'établissement a obtenu un agrément pour mettre en œuvre 4 programmes. Des actions d'éducation pour le patient sont mises en œuvre dans le domaine du médicament, des AVK, en orthopédie... Une information et une communication sont réalisées dans le "guide d'accueil du patient" et pour les professionnels dans le journal interne. Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont systématiquement recherchés et tracés dans le dossier de soins. En cas d'IMC basse, une grille de surveillance alimentaire est mise en place et une consultation avec la diététicienne est programmée. La sortie des patients permettant d'assurer la continuité et la sécurité des soins est organisée. Elle est préparée très en amont dans les services de SSR afin d'organiser si besoin toutes les aides au domicile. Le patient sort avec des ordonnances, un carnet de santé rempli, des fiches de liaison si besoin. Quant aux courriers, ils sont donnés, soit le jour de la sortie, soit pour la plupart envoyés au domicile, dans des délais réglementaires confirmés par les résultats des indicateurs IQSS, et par le patient traceur de cancérologie. Une organisation permet la continuité et la sécurisation de celle-ci (fiche de liaison, courriers etc...). Un "salon de sortie" permet aux patients sortants du jour d'attendre l'heure. Sur les SSR de Monges et de Mazamet ainsi que pour l'USLD d'AUSSILLON, une identification des risques psychosociaux incluant le risque suicidaire est tracée dans le dossier papier.

## **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation de la satisfaction du patient, des Patients Traceurs, des enquêtes de satisfaction des familles et un programme d'audits transversaux (tenue du dossier de soins, douleur, Identité.....). Un impact rapide a pu être mesuré suite aux audits des patients traceurs. Des actions correctives ont été mises en œuvre (réorganisation, accessibilité du DPI, transmissions ciblées...) par les cadres de santé. La réalisation des engagements du pôle est suivie par des indicateurs (questionnaires de satisfaction, plaintes, réclamations...). Elle est appréciée lors de l'évaluation annuelle du contrat et constitue un des critères retenus pour l'intéressement du pôle. Toutefois, l'établissement n'a pas défini de dispositif structuré d'évaluation sur l'ensemble des aspects du parcours patient. En effet, la qualité et l'efficacité du parcours patient, notamment en matière d'accueil du patient, de continuité et coordination des soins, de traçabilité des informations concernant l'évaluation initiale et continue et le projet personnalisé de soins ne sont pas évaluées. Il ne réalise pas de bilan annuel du PAQSS en matière de parcours patient.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Suite aux résultats IQSS et à l'analyse du compte qualité, des actions d'amélioration ont été mises en œuvre : calcul IMC sur le portail internet du CHIC, enquêtes sur les anti escarres, modification de la feuille alimentaire et memento pour aider au codage PMSI. Les avis des professionnels sont pris en compte et leur participation à l'élaboration de la révision du plan d'actions est effective. Des actions de communication interne et externes sont réalisées (au travers des réunions de Cadres, en CSIRMT, Journal interne trimestriel «L'Union »).

**c. Tableau des écarts relevés**

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	<p>La stratégie de l'établissement n'est pas validée par toutes les instances concernées, puis communiquée au personnel.</p> <p>L'établissement n'a pas validé, ni communiqué sa politique d'amélioration du "Parcours patient". Le projet médical stratégique de l'établissement formalisé dans une note interne (comprenant un axe 2 «Organiser les parcours de soins »), n'a pas été approuvé par les instances de l'établissement au moment de la visite. Il n'a donc pu faire l'objet d'une communication interne puisqu'il s'agissait d'un document provisoire, en cours de débat au sein du directoire.</p> <p>En l'absence de validation d'un projet médical au moment de la visite et de communication antérieure des objectifs figurant dans le CPOM, l'établissement n'a pas validé, ni communiqué en interne, sa politique d'amélioration du "Parcours patient".</p>	1a
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	<p>L'établissement n'a pas défini de dispositif structuré d'évaluation sur l'ensemble des aspects du parcours patient.</p> <p>La qualité et l'efficacité du parcours patient, notamment en matière d'accueil du patient, de continuité et coordination des soins, de traçabilité des informations concernant l'évaluation initiale et continue et le projet personnalisé de soins n'est pas évaluée. Il ne réalise pas de bilan annuel du PAQSS en matière de parcours patient.</p>	1a



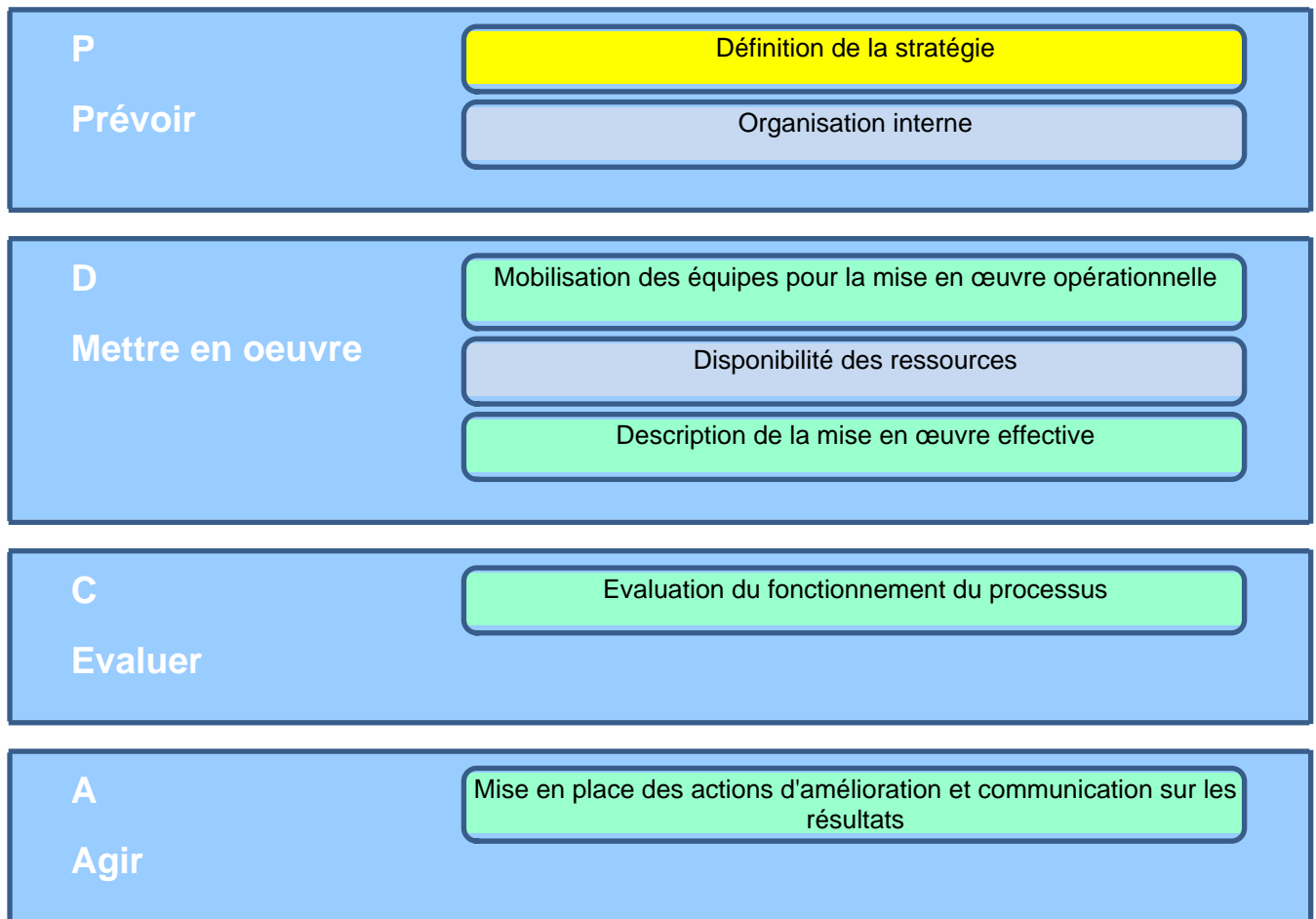
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement a récemment actualisé le Guide d'utilisation du dossier patient et celui du dossier de soins qui définissent les règles de composition, de circulation et d'archivage du dossier papier. Dans le cadre de son Compte Qualité, il a identifié les risques liés à cette politique qui concerne tant le dossier papier que le dossier informatisé. Il a recensé quelques mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de cette analyse. Au moment de la visite, tous les comptes rendus d'hospitalisation, les résultats d'examen d'imagerie ou de biologie sont informatisés à l'échelle de tout l'établissement : le dossier patient sur un logiciel et les prescriptions informatisées sur un autre. Les écrits médicaux pendant le séjour demeurent sur support papier. Des démarches sont en cours pour réintégrer les dossiers de spécialité papier (spécialement ceux des consultations externes) vers le dossier unique. Une volonté d'uniformisation du dossier patient informatisé est exprimée par la direction et un nouveau logiciel de dossier patient global a été choisi dans le cadre d'une procédure associant tous les utilisateurs. Il n'existe pas de stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. En effet, l'établissement n'a pas établi de politique d'amélioration de la qualité du Dossier Patient. Il n'a pas soumis aux instances un document définissant la politique du dossier patient. Le guide du dossier patient n'évoque pas le dossier informatisé, ni les modalités de réduire les risques liées à la juxtaposition entre dossier papier et dossier informatisé. Dans le cadre de son Compte Qualité, il a identifié les risques liés à cette politique qui concerne tant le dossier papier que le dossier informatisé. Il a recensé quelques mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de cette analyse. Une volonté d'uniformisation du dossier patient informatisé est exprimée par la direction et un nouveau logiciel de dossier patient global a été choisi dans le cadre d'une procédure associant tous les utilisateurs. L'établissement a formalisé quelques actions d'amélioration dans son Compte Qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a missionné le médecin responsable du Département d'information médicale (DIM) pour animer le groupe « Dossier du patient », piloter le processus et accompagner les professionnels. Les rôles et responsabilités sont identifiés dans des fiches de postes : responsable des archives... Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier du patient sont définies en fonction de leur profil. L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus : professionnels du DIM et en charge des admissions, archivistes, secrétaires médicales... L'établissement a désigné le médecin du DIM comme référent de l'accès au dossier patient dans le respect des délais définis réglementairement. Il a mis en place une organisation de l'accès du patient à son dossier. Celui-ci est informé sur ses droits d'accès grâce à la distribution du livret d'accueil récemment actualisé. Les modalités spécifiques concernent l'accès au dossier : patients mineurs, en psychiatrie, majeurs protégés, et ayants droit en cas de décès. Au regard des besoins identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines nécessaires à la bonne composition et circulation du dossier patient. Il a mis en place un programme de sensibilisation des professionnels et d'un accueil des nouveaux professionnels. L'établissement a identifié et organisé des locaux d'archivage et les moyens techniques pour permettre d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. Il a défini une organisation du stockage des archives dans différents locaux sécurisés et défini des consignes pour localiser les dossiers en utilisant un logiciel informatique. Les ressources informatiques nécessaires sont allouées et les localisations de ces équipements sont réajustées si nécessaire. Leur maintenance est assurée. Les ressources documentaires comportent un guide d'utilisation du Dossier patient, actualisé en novembre 2015, qui fixe les règles de tenue du dossier patient papier et celles qui concernent la circulation entre les différents intervenants internes dans la prise en charge du patient. L'établissement a récemment actualisé le Guide d'utilisation du dossier patient et celui du dossier de soins qui définissent les règles de composition, de circulation et d'archivage du dossier papier. Au moment de la visite, tous les comptes rendus d'hospitalisation, les résultats d'examen d'imagerie ou de biologie sont informatisés à l'échelle de tout l'établissement : le dossier patient sur un logiciel et les prescriptions informatisées sur un autre. Les écrits médicaux pendant le séjour demeurent sur support papier. Des démarches sont en cours pour réintégrer les dossiers de spécialité papier (spécialement ceux des consultations externes) vers le dossier unique papier. L'établissement a défini un système de communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes en temps utile ; il a ainsi défini un protocole de « remise des documents médicaux utiles à la poursuite des soins ».

## D / METTRE EN ŒUVRE

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

Compte tenu de ses risques et besoins, l'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues dans le guide de gestion, (et notamment les procédures et protocoles, consignes...). Les responsables de services sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus dossier patient (actions de communication, informations régulières). Des actions correctives sont mises en place en cas de dysfonctionnements. Les équipes soignantes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur service. Elles participent à l'élaboration des protocoles et autres documents.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

La formation du personnel est réalisée par la mise à disposition dans chaque service d'un dossier de soins type et par la formalisation au sein du dossier médical des modalités de structuration des données en son sein. Les évaluations régulières du dossier de soins donnent lieu à des ajustements qui font l'objet de formations des professionnels concernés. Les dossiers de soins pendant l'hospitalisation sont disponibles dans les locaux de soins (locaux sécurisés par badge). A la sortie du patient, ceux-ci rejoignent l'archivage central (locaux conformes aux attendus réglementaires). Les règles de tenue et d'accès au dossier papier sont accessibles sur l'intranet aux professionnels concernés. Des documents d'information (livret d'accueil...) sont mis à disposition des patients pour leur préciser les modalités d'accès à leur dossier. Les outils mis à disposition par l'établissement permettent de créer, tracer, archiver et accéder en temps utile aux éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient. Les locaux d'archivage permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité 24 h/24, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. Ils sont conformes aux normes de sécurité permettant le stockage des dossiers.

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

Les services connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les procédures établies pour la tenue du dossier patient. Les circuits de transport de dossiers sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Le médecin responsable du DIM réunit régulièrement un réseau de secrétaires médicales référents pour améliorer le processus de gestion et de circulation des dossiers patient.

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient qui comporte les informations recueillies lors de l'accueil au service des urgences (extraction papier du dossier médical informatisé des urgences), au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, mais aussi celles formalisées établies à la fin du séjour.

## C / EVALUER

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

Une évaluation globale de la tenue du dossier de soins est réalisée régulièrement dans tous les services, sur la base d'une grille d'audit structurée comportant une spécificité liée au SSR. L'établissement participe à la campagne de recueil des indicateurs IQSS. Le DIM procède à des extractions de données informatiques d'activité. L'établissement évalue le respect des délais de communication des dossiers médicaux, il communique les résultats sous forme d'indicateurs en interne, notamment à destination de la CRUQPC et en externe lors du bilan annuel adressé à l'ARS.

## A / AGIR

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

A la suite de l'évaluation globale du dossier de soins, l'établissement a défini des évolutions dans la tenue du dossier de soins qu'il a déployées dans tous les services ; il a ainsi élaboré une « macro cible de sortie » qui permet de vérifier l'exhaustivité des documents donnés au patient au moment de la sortie. Les actions d'amélioration dans ce domaine sont articulées avec le PAQSS. Les résultats des indicateurs généralisés (IQSS) font l'objet d'une information précise des instances avec un plan d'actions structuré, mais aussi d'une diffusion, notamment par affichage et sur le site internet, à destination des usagers. Un plan d'actions a été défini à la suite de mauvais résultats constatés pour certains items de la tenue du dossier patient.

### c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	NC	<p>Il n'existe pas de stratégie et des objectifs en matière de dossier patient, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement.</p> <p>L'établissement n'a pas établi de politique d'amélioration de la qualité du Dossier Patient. Il n'a pas soumis aux instances un document définissant la politique du dossier patient. Le guide du dossier patient n'évoque pas le dossier informatisé, ni les modalités de réduire les risques liées à la juxtaposition entre dossier papier et dossier informatisé.</p>	14a

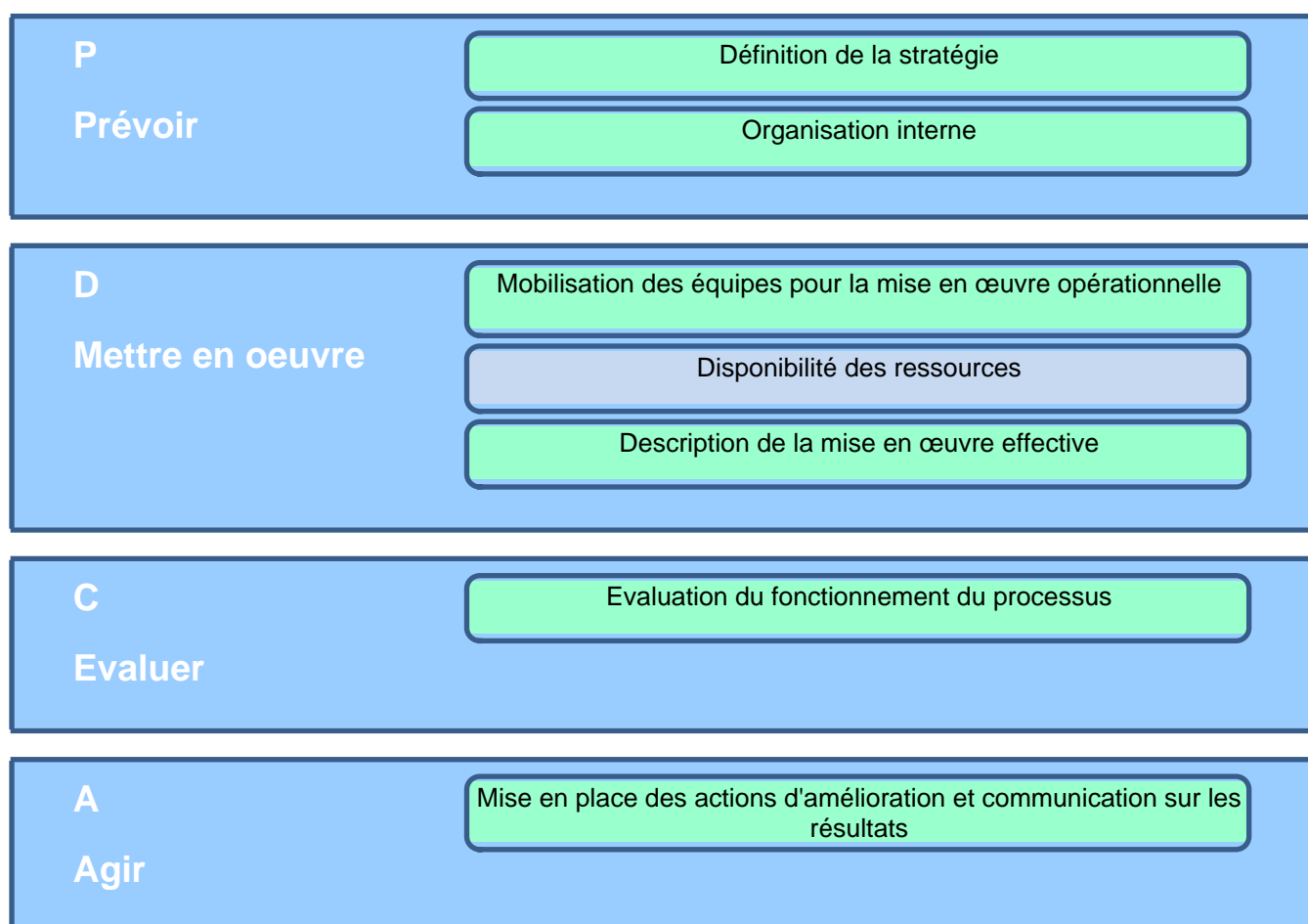
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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**

Il existe une politique de la prise en charge médicamenteuse établie de façon concertée avec les professionnels concernés, articulée avec la politique qualité dont elle est un des 6 axes prioritaires (malgré l'absence de projet d'établissement). Cette politique est traduite dans 5 procédures essentielles, disponibles dans la gestion documentaire. Cette politique est définie à partir de la réglementation en vigueur, des contraintes du CBUM-PP, des critères HAS de la thématique, de l'analyse des besoins et de la hiérarchisation des risques identifiés à partir de leur analyse a priori et a posteriori. Elle fixe 10 objectifs d'amélioration précis et mesurables. Elle est validée par les instances et révisée annuellement. L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques. L'analyse de ces risques a tenu compte des recommandations issues de la précédente certification, de la réglementation en vigueur et du suivi du bon usage du médicament. Il a utilisé dans une moindre part la cartographie des risques établie en 2013, l'analyse des événements indésirables issues de CREX médicaments et des déclarations et les résultats des indicateurs réglementaires (IQSS TDP) et les audits internes. Cette analyse a été réalisée au regard de chaque étape du circuit du médicament (prescription, dispensation, administration), en tenant compte également des risques spécifiques (médicaments à risque, patients à risque, voie d'administration à risque, mais aussi les risques génériques). Ces risques ont été sélectionnés par le comité de pilotage de la thématique "prise en charge médicamenteuse" pour élaborer le compte qualité. Cependant leur hiérarchisation n'a pas été réalisée avec une méthodologie définie. La mise en œuvre de cette politique est déclinée en un programme d'action d'amélioration précisant pour chaque action, les responsabilités et les délais fixés et les modalités de suivi à l'aide de fiches action dans le logiciel documentaire.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Il a été établi un comité de pilotage associant les membres du groupe CBUM-PP et le COMEDIMS, et réunissant à la fois le management et les acteurs impliqués de l'ensemble de l'établissement. Un responsable du management de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPECM) a été désigné et sa fiche de fonction est disponible. Il a été établi un copilotage du RSMQPECM et du comité de pilotage CBUM-PP-COMEDIMS pour assurer la mise en œuvre et le suivi du programme d'action. Le président de la CME, membre es qualité du comité de pilotage PECM, est informé régulièrement. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés pour le RSMQPECM, le comité de pilotage de la prise en charge médicamenteuse, le COMEDIMS et le comité antibiotique et ses référents. L'organigramme de la PUI et de l'URC est défini. La liste actualisée des prescripteurs habilités est disponible à la pharmacie et à la direction des affaires médicales. Les correspondants de pharmacovigilance et de matériovigilance sont identifiés. La permanence pharmaceutique est assurée, il existe un tableau d'astreinte des 4 pharmaciens. En matière de ressources humaines, les besoins de compétences et de formation ont été identifiés aboutissant depuis 2014 à l'organisation d'une formation externe sur la prévention des erreurs médicamenteuse évitables et de sessions de sensibilisation en interne sur les erreurs médicamenteuses et les DMI dans tous les pôles. L'accueil des nouveaux prescripteurs (médecins et internes) inclue également une formation obligatoire sur la prescription informatisée, dans l'attente du nouveau dossier médical informatisé. Les documents concernant l'organisation de la PECM et la logistique afférente sont prévus. Les procédures concernant la déclaration des erreurs médicamenteuses sont établies et l'organisation des CREX est effective. Toutefois, le manuel qualité n'a pas été formalisé. En effet, l'établissement n'a pas rédigé de Manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse, comme le demande l'arrêté du 6 avril 2011. Par ailleurs, toutes les règles de préparation des médicaments ne sont pas définies. En effet, les règles d'administration des médicaments à ne pas écraser ne sont pas définies. De fait, il a été constaté en secteur de SSR Les Monges que les IDE écrasaient ensemble tous les médicaments avec des pilons ou des écrase médicaments, pouvant entraîner des risques d'iatrogénie et d'hygiène. Cinq procédures décrivent le circuit de la prise en charge médicamenteuse, et une spécifique celle de la préparation des cytostatiques. Les documents relatifs à la gestion des médicaments à risque sont disponibles sur l'intranet, ceux relatifs aux populations à risque également, notamment pour les personnes âgées. Des outils d'aide à destination des professionnels sont disponibles sur l'Intranet. Des supports d'information du patient sur le médicament sont disponibles, un flyer « vous et vos médicaments à l'hôpital » est remis avec le livret d'accueil. Il existe également 4 programmes d'éducation thérapeutique, et des fiches d'information du réseau Oncomip sur les effets secondaires des cystostatiques. En matière de système d'information, des logiciels (l'un pour les médicaments, l'autre pour les chimiothérapies) permettant la prescription, la dispensation, la traçabilité de l'administration sont disponibles ; la couverture de déploiement de la prescription informatisée est de 50% en MCO. Un nouveau Dossier patient informatisé doit être mis en place courant 2016. Les résultats d'examens de biologie sous format numérique sont accessibles par la PUI et l'URC, ainsi que les courriers médicaux. Par ailleurs, l'établissement fait partie d'une expérimentation pour l'utilisation du dossier pharmaceutique permettant l'accès aux prescriptions de ville. D'autres solutions technologiques ont été mises en place, le pneumatique qui dessert l'

établissement MCO dans son intégralité avec un système sécurisé pour l'envoi des opiacés, et des armoires plein-vides déployées dans une partie des pôles (médecine, chirurgie, réanimation). La gestion des interfaces entre la PUI et les différents secteurs de soins est organisée : notamment l'organisation des dotations d'urgence (en plus des dotations fixes et/ou des délivrances nominatives), l'envoi des médicaments dans les autres établissements du CHI, et au travers du COMEDIMS, l'organisation des avis infectieux ou pharmaceutiques dans les unités cliniques. La continuité du traitement médicamenteux et le lien ville-hôpital sont également organisés au travers d'une montée en charge de la conciliation médicamenteuse et de la participation à l'expérimentation autour du dossier pharmaceutique.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les contrats de pôle ont intégré dans leur volet qualité-gestion des risques des objectifs concernant le CBUM-PP, notamment en matière de taux de conformité de prescription informatique, de validation pharmaceutique et de dispensation nominative. L'organisation de recueil d'événements indésirables médicamenteux et de CREX est encouragée. La sensibilisation intègre également la déclaration des erreurs médicamenteuses et la prescription informatisée sur le logiciel de prescription informatisé. La communication interne sur les objectifs du secteur en matière de PCEM, ainsi que les résultats des audits et des évaluations est variable selon les secteurs d'activité. Les participations des professionnels aux CREX et aux patients traceurs ont montré leur efficacité sur les pratiques. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin, en particulier à la suite des CREX.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et les compétences des professionnels répondent aux besoins actuels, compte tenu du déploiement partiel de la prescription informatisée, de l'analyse pharmaceutique et de la délivrance nominative. Les formations déployées en interne sont en adéquation avec les besoins en matière de sécurisation de la PECM. Les formations à l'erreur médicamenteuse, aux Never-Events, à la déclaration des erreurs et aux règles de prescription pour les personnes âgées et la pédiatrie sont déployées en interne. Un classeur orange regroupant toutes les procédures de la prise en charge médicamenteuse est disponible dans chaque salle de soins, il décline le fonctionnement général de la pharmacie, la détention-stockage, le logiciel d'aide à la prescription, le contenu des informations Intranet, les procédures de la PECM, les échanges (notes et mails). Les outils d'aide des professionnels (site Intranet, boîte à outils) sont disponibles et connus des professionnels qui les utilisent au quotidien. Les documents d'information destinés au patient sont diffusés, notamment la brochure "vous et vos médicaments à l'hôpital" qui est systématiquement donnée avec le livret d'accueil au patient. Les outils concernant le risque lié aux anticoagulants sont également distribués largement. Les fiches d'information du réseau Oncomip concernant les effets secondaires des chimiothérapies sont remises lors de la consultation d'annonce. Ces documents sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels. Ces derniers ont la possibilité de participer à leur élaboration. Les ressources en matériel et équipements sont disponibles dans les secteurs de soins et à la PUI. Des armoires plein-vides ont été déployées dans plusieurs secteurs.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Dans les services de soins, les professionnels connaissent et mettent en œuvre l'organisation établie avec la PUI et l'URC, notamment grâce à la désignation d'un interlocuteur référent de la pharmacie avec numéro d'appel direct pour chaque secteur d'activité. Les secteurs informatisés en matière de prescription peuvent également bénéficier de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la préparation nominative. Les éléments de suivi du traitement, notamment la réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72h, sont conformes. La prise en compte du traitement personnel est effectif à l'entrée et à la sortie, surtout dans les services de médecine où un travail de conciliation médicamenteuse est réalisé et aux urgences avec l'accès au dossier pharmaceutique (expérimentation). Dans le secteur gériatrique particulièrement a été mise en place une évaluation des besoins d'aide à la prise médicamenteuse et aux troubles de la déglutition. Le stockage des médicaments est adapté dans tous les secteurs : salles de soins pour les médicaments, arsenaux pour les DMI. Les médicaments à risques sont identifiés et rangés à part, les médicaments réfrigérés sont stockés dans des réfrigérateurs conformes avec traçabilité de la température, les produits stupéfiants sont détenus dans des armoires fermées, les chariots d'urgence vitale sont scellés et contiennent les médicaments selon une liste préétablie. La gestion des péremptions et le retour des périmés à la pharmacie est effective. L'accès aux secteurs contenant des médicaments est sécurisé : les accès à la PUI sont limités grâce aux badges individualisés et les accès aux salles de soins ne sont accessibles qu'aux professionnels détenteurs de badges. Concernant la PUI, les bonnes pratiques de la dispensation des médicaments sont généralement respectées. L'unité de préparation des cytostatiques est conforme avec un isolateur dédié aux préparations des anticorps et une marche en avant. Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées, avec notamment double contrôle de toutes les préparations. Cependant, la sécurité de la dispensation des médicaments n'est pas totalement assurée. En effet, il a été constaté que les piluliers étaient étiquetés avec des étiquettes blanches (sur lesquelles étaient recopiés manuellement le nom, le prénom et la date de naissance), alors que des étiquettes conformes étaient disponibles dans les secteurs de

soins. La traçabilité à la PUI et à l'URC est effective, en particulier pour tous les produits adressés par le système de pneumatique. Au niveau des services de soins, la traçabilité de l'administration des médicaments est effective dans tous les secteurs investigués et en temps réel.

## **C / EVALUER**

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

Le fonctionnement du système de management de la prise en charge médicamenteuse est régulièrement évalué. Des audits liés au CBU et les recueil des IQSS sont mis en œuvre. Plusieurs audits dans le cadre du CBUM-PP ont été réalisés : médicaments GHS, détention-stockage des médicaments dans les unités de soins, DMI (prescription, implantation, information du patient), médicaments hors GHS (prescription, analyse pharmaceutique, délivrance nominative, administration), délivrance nominative médicaments GHS. L'évaluation répond aux obligations réglementaires du contrat de bon usage du médicament ainsi que des indicateurs IQSS. Les autres indicateurs, notamment ceux liés à l'analyse des erreurs médicamenteuses, sont rapportés de manière numérique et par classe. Les éléments recueillis sont retrouvés dans le rapport d'étape annuel du CBUM-PP et dans le rapport d'activité qualité-gestion des risques.

## **A / AGIR**

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

Le comité de pilotage CBUM-PP-COMEDIMS procède à une mise à jour annuelle du plan d'action, en lien avec les engagements du CBU. Le plan d'action est réajusté en fonction de l'état d'avancement des actions et de l'évolution éventuelle de la réglementation et en fonction des actions d'améliorations proposées, après analyse des Événements Indésirables Médicamenteux (EIM). Il n'existe pas de communication structurée des résultats et actions d'amélioration. En effet, les modalités de communication des résultats aux professionnels et aux usagers ne sont pas définies. Les résultats des IQSS ne sont pas disponibles sous forme d'affichage dans les services, les résultats des audits internes sont peu connus des professionnels. En dehors des IPAQSS, les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés ne sont pas examinés au sein des instances ou en réunions de Pôles.



c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	Toutes les règles d'administration des médicaments ne sont pas définies. Si toutes les règles de préparation des médicaments sont définies, les règles d'administration des médicaments à ne pas écraser ne sont pas définies. Cependant, il a été constaté en secteur de SSR Les Monges que les IDE écrasaient ensemble tous les médicaments avec des pilons ou des écrase médicaments, pouvant entraîner des risques d'iatrogénie et d'hygiène.	20a bis
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La sécurité de la dispensation des médicaments n'est pas totalement assurée. Il a été constaté que les piluliers étaient étiquetés avec des étiquettes blanches (sur lesquelles étaient recopiés manuellement le nom, le prénom et la date de naissance), alors que des étiquettes conformes étaient disponibles dans les secteurs de soins.	20a bis
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Il n'existe pas de communication structurée des résultats et actions d'amélioration. Les modalités de communication des résultats aux professionnels et aux usagers ne sont pas définies. Les résultats des IQSS ne sont pas disponibles sous forme d'affichage dans les services, les résultats des audits internes sont peu connus des professionnels. En dehors des IPAQSS, les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés ne sont pas examinés au sein des instances ou en réunions de Pôles.	20a

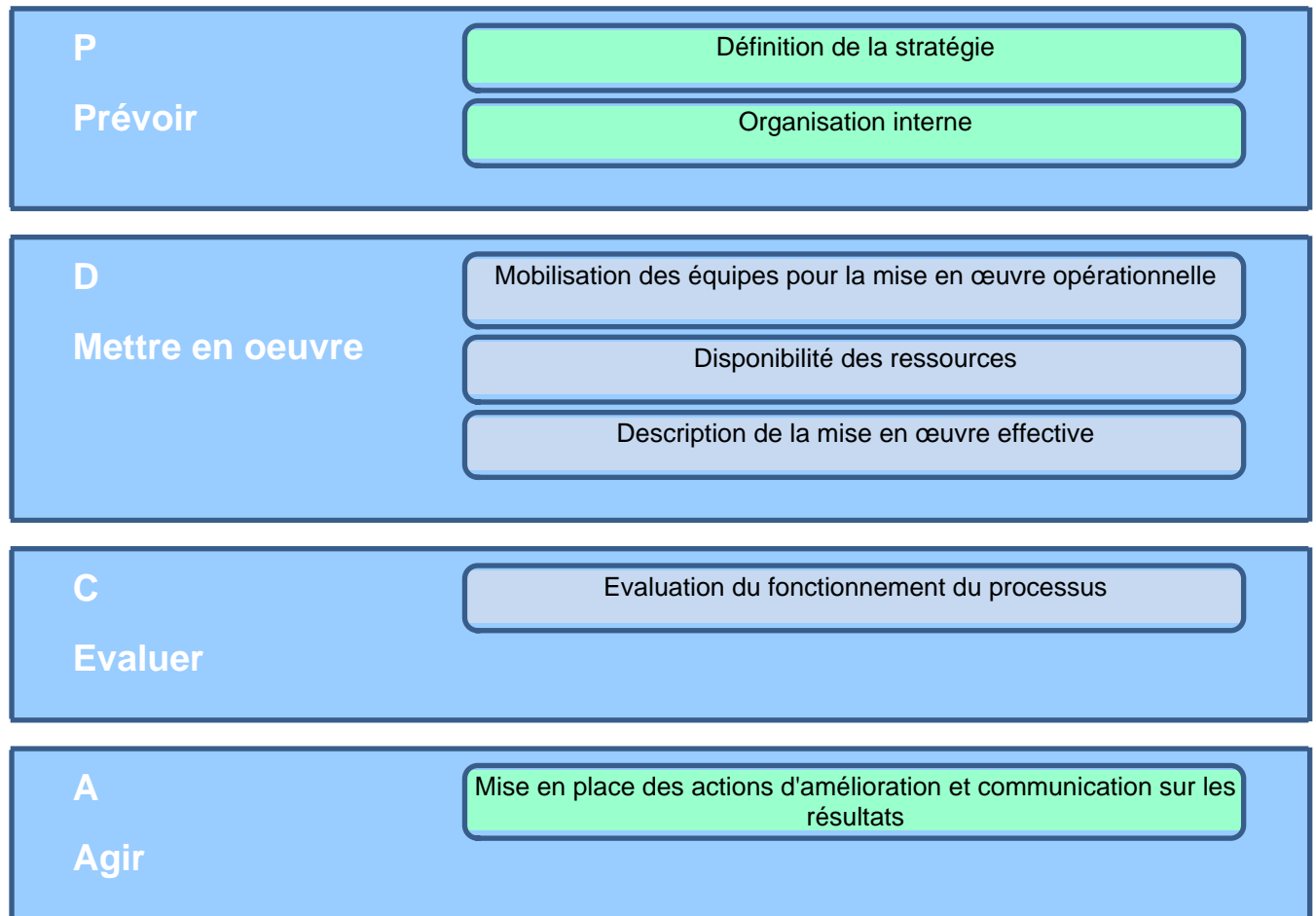
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 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**

L'établissement dispose de trois secteurs de prise en charge de l'urgence : adulte, enfant, gynécologique. Les urgences obstétricales sont adressées directement auprès du secteur de naissance. Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Lors de l'élaboration de son Compte qualité, il a défini une politique sur la base d'une identification des besoins, du contexte, d'une analyse des risques propres à l'établissement, des résultats de l'enquête annuelle de satisfaction auprès des patients du service, de l'audit de risques réalisé par l'assureur. Dans le secteur adulte, l'analyse des pratiques, des circuits et des modes de prise en charge a permis de mettre en avant des risques qui ont été hiérarchisés et priorisés. En fonction des éléments de régulation et de ce qui devait être revu, des plans d'actions ont été élaborés. L'analyse des fiches d'évènements indésirables et des réclamations a été croisée avec les risques identifiés. Dans le secteur enfant, une filière d'accueil spécifique a été structurée, depuis l'arrivée de l'enfant jusqu'à sa sortie. Les étapes ont été décrites avec identification des problématiques et un plan d'action défini. Certaines de ces actions sont mises en place. Si l'accueil est indifférencié, des salles de soins spécifiques ont été affectées à la prise en charge des enfants. Dans les différents secteurs, les objectifs d'amélioration sont en cohérence avec les risques identifiés et les mesures de traitement des risques sont planifiées. Cette politique, bien connue des professionnels du service, est déclinée dans un programme d'actions priorisé.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. L'organisation des urgences est placée sous la responsabilité du chef de service et du cadre du service des urgences et du SMUR. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans le Règlement intérieur du service des urgences, récemment actualisé, et dans les fiches de poste des professionnels. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. Des recrutements médicaux compléteront l'effectif médical d'un service qui consacre du temps à la formation interne : un cursus d'intégration sur plusieurs journées permet aux paramédicaux de se former aux différents postes sur lesquels il sera affecté. L'organisation mise en place garantit la présence d'un infirmier d'accueil et d'orientation 24h/24 et d'un médecin d'accueil de 10h à 18h30 : leurs activités sont décrites dans le Règlement intérieur du service. L'encadrement a structuré une formation à tour de rôle des personnels (tous polyvalents) à la fonction d'accueil et d'orientation et à la prise en charge des urgences pédiatriques. L'établissement a conçu un logiciel permettant la traçabilité en temps réel de toutes les étapes de la prise en charge du patient permettant de calculer journallement les temps d'attente, de passage en précisant ce qui relève du service et ce qui relève des transferts vers d'autres unités. Les procédures et protocoles sont prévues. Certains protocoles sont affichés dans les postes de soins, d'autres spécifiques dans des classeurs connus des professionnels. Le service des urgences a formalisé un dispositif de prise en charge des urgences (en fonction des différentes filières spécialisées), incluant le recours aux avis internes spécialisés ou par convention dans le cadre de télémedecine. Ce dispositif est connu des acteurs du territoire de santé. Dans certains cas, un numéro d'appel direct (réservé aux professionnels libéraux) permet de réguler les arrivées, de les transférer éventuellement vers une consultation spécialisée ou d'organiser une admission directe dans un service d'hospitalisation. La gestion des interfaces (bloc, radiologie, laboratoire, unités cliniques..) est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Elle est facilitée par une liaison informatique vers le laboratoire (prescription connectée, pneumatique d'envoi des prélèvements et résultats sur informatique), vers la radio (résultats sur informatique). L'établissement a par ailleurs défini une organisation précisant les modalités de prise en charge médicale pour les patients hospitalisés dans un service autre que celui qui prend en charge habituellement la pathologie.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Compte tenu des risques et besoins, le management du service des urgences organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels dans le service : des référents médicaux et paramédicaux ont été désignés par le management pour mener les projets, contribuer à la formation d'adaptation aux nouvelles pratiques ou décliner la politique institutionnelle dans le service. Les responsables du service sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus en menant des actions de communication ou en donnant des informations au cours de réunions de service régulières (trimestrielle pour le personnel paramédical, mensuelle pour le personnel médical). Ils

s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes). Les agents sont sensibilisés à la déclaration d'évènements indésirables. Ils sont associés à l'analyse des causes à l'occasion de RMM ou de réunions de groupes de travail. Des Revues de Mortalité-Morbidité (RMM) sont opérationnelles au service des urgences : elles se concluent systématiquement avec un plan d'actions mentionnant un responsable et un échéancier de suivi. Un médecin référent est chargé du suivi des actions décidées au cours des RMM. L'agressivité et la violence constatée et déclarée ont permis de mettre en place un service de sécurité présent en soirée.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en personnel permettent de mettre en adéquation les effectifs et les compétences. Les personnels suivent les formations du CESU, mais aussi celles concernant les IAO. Par ailleurs, les formations réalisées en interne et la désignation de professionnels référents par secteur permettent le maintien des compétences. Les protocoles et procédures élaborés avec les équipes sont disponibles et intégrés dans la gestion documentaire informatisée. Ils sont actualisés en fonction des signalements effectués. Certains protocoles sont disponibles sous forme de classeur dans le PC médical. Les procédures sont actualisées. Sur l'ensemble des secteurs d'urgences, les matériels sont en nombre afin d'assurer la prise en charge sécuritaire des patients. Les équipements médicaux font l'objet d'un plan de suivi et maintenance. En cas d'absence ou de panne, il est possible d'avoir une substitution au moyen d'un stock tampon (dans le service) ou auprès d'un service voisin. Un cadre de garde fait le lien en cas de problème. Les matériels mis à disposition sont en nombre suffisant compte tenu des locaux.

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

Après leur passage aux urgences, les patients hospitalisés peuvent être orientés, en fonction de leur pathologie, soit directement dans un service spécialisé, soit vers l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) en attendant un avis spécialisé. Les patients sont pris en charge dans des délais compatibles avec leur état de santé. Les personnels tracent les actes réalisés dans le dossier papier ou dans le dossier informatisé commun à tous les services de l'établissement. L'organisation mise en place permet une réactivité maximale en cas d'imprévu. Une filière ultra courte est en réflexion qui différenciera, avant le retour à domicile, les patients nécessitant une prise en charge avec traitement associé ou une prise en charge simple. En gynéco-obstétrique, en fonction du secteur, l'orientation des patientes se fait directement dans le service en adéquation avec leur état (maternité, salle de naissance, hospitalisation). La disponibilité en lits est effective avec réactualisation trois fois/jour pour les secteurs sensibles, à l'aide d'un logiciel. Les cadres s'assurent auprès de leurs collègues de cette disponibilité. Un seuil d'alerte a été défini qui permet le déclenchement d'une cellule de crise en cas de tension sur les lits. Une visite sur site de la police a permis de réguler les actes de violence. L'institution accompagne systématiquement les agents en cas de dépôt de plainte suite à des actes de violence.

### **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Le logiciel spécifique permet de disposer en temps réel de nombreuses données concernant les modalités de prise en charge des patients et les délais réalisés : nombre de patients depuis 0h, du délai d'attente, du nombre de passages, de la quantité de patients par tranche horaire, de l'orientation, des délais de rendu des avis spécialisés... Cette évaluation est possible par jour, par semaine, par mois et par année. Certains de ces items sont affichés en temps réel sur les écrans du PC médical et devraient l'être prochainement en salle d'attente pour les patients : délai avant prise en charge, délai de prise en charge, le nombre de passages, le nombre de personnes en attente... Ces indicateurs sont affichés quotidiennement au sein du service et seront communiqués régulièrement à la Commission des admissions non programmées qui se réunit trimestriellement. La communication de ces données est quotidienne et permet d'ajuster le nombre de personnels (notamment la nuit). L'analyse des données est réalisée mensuellement avec les médecins seniors du service, un retour est fait aux équipes. Le service mène aussi chaque année une enquête de satisfaction des patients une semaine donnée. Elle donne lieu à un rapport de synthèse, communiqué en CRU et comportant un plan d'actions structuré.

### **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les actions identifiées dans le cadre de l'analyse de processus ou à la suite de RMM ou d'enquêtes de satisfaction sont mises en œuvre dans chaque secteur. Les modalités de diffusion dépendent du secteur pour le corps médical et non médical (staffs médicaux, réunions de service). La

communication des résultats est effective en interne pour tout le personnel du service des urgences.

**c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**

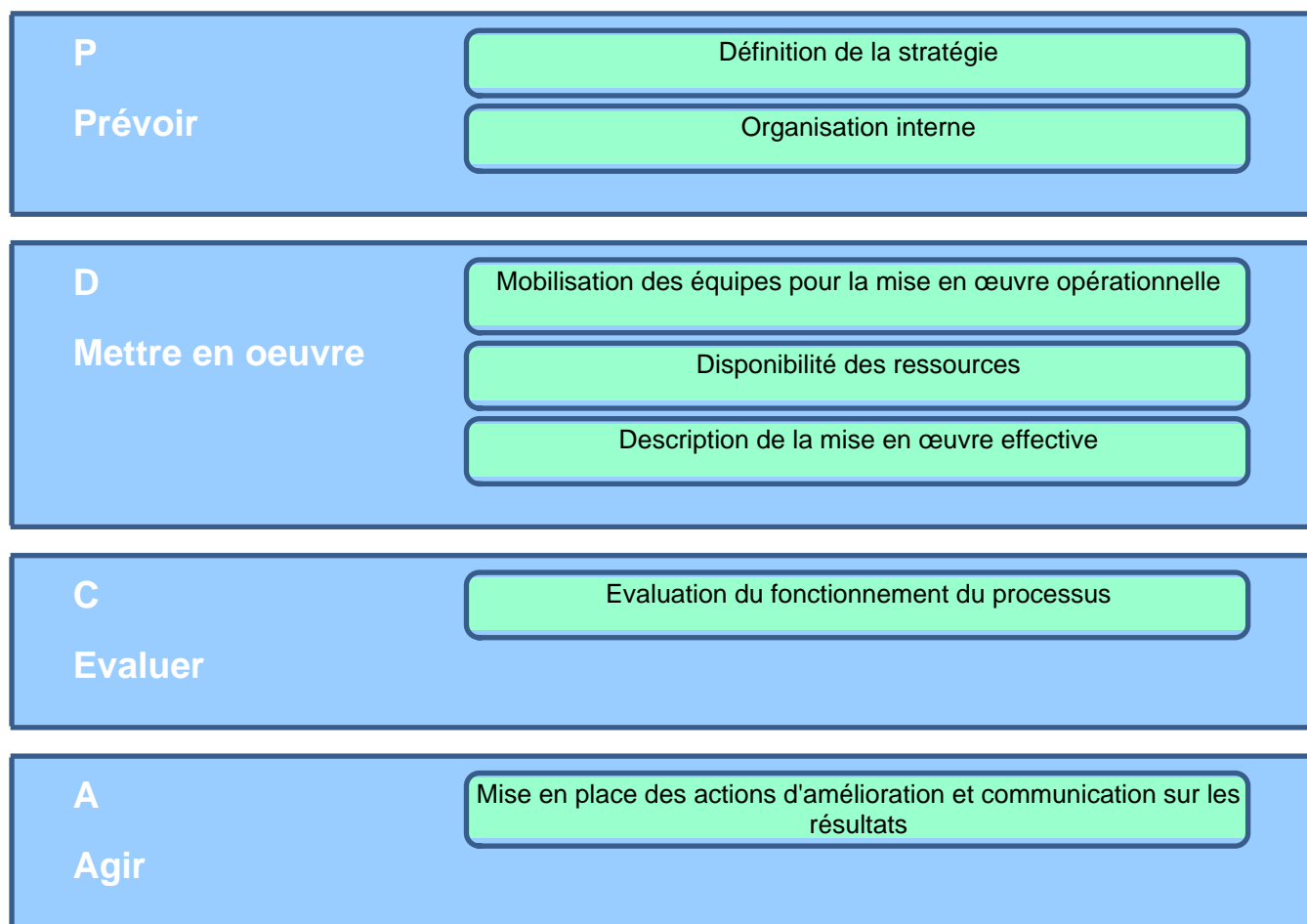
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le plateau technique du Bloc opératoire est situé sur un même niveau, il rassemble les différentes spécialités opératoires, gynécologie, digestif, urologie, orthopédie, etc. Dix salles sont mises à disposition, dont deux identifiées pour les urgences la nuit et le weekend. Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques au niveau du bloc opératoire, en S.S.P.I. et en U.C.A, au regard de différents processus (management, support et interventionnel), des différentes catégories de population ou de pathologie et au regard des différents circuits de prise en charge. Une cartographie des risques a été élaborée en concertation avec les professionnels concernés. Les risques ont été définis selon une méthode définie, l'établissement a utilisé le guide de la C.R.E.V.I, ce qui a permis de prioriser les axes d'amélioration pour la prise en charge des patients au bloc opératoire. Les risques ont été identifiés au regard des résultats des E.P.P., des I.Q.S.S, d'un audit de l' A.R.S en 2014, ainsi que des recommandations de la V2010. Une priorisation et une hiérarchisation des risques a permis d'alimenter le Compte qualité. Un plan d'action est formalisé et priorisé. En chirurgie ambulatoire, des objectifs spécifiques ont été définis lors d'un groupe de travail en juin 2015, regroupant le personnel du bloc opératoire et ceux de l' U.C.A.

#### ORGANISATION INTERNE

Au CHIC de Castres-Mazamet, les différents secteurs opératoires ont été identifiés, un pilotage institutionnel commun est défini. Un pilote a été identifié pour piloter la thématique, c'est le président du Conseil de bloc ; ses missions sont précisées dans une lettre de mission. Le conseil de bloc, réactivé en janvier 2015, s'avère être la structure dédiée pour piloter la mise en œuvre et le suivi du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au niveau du bloc opératoire. Les missions, l'organisation et la composition de cette instance sont précisés dans le document "statuts du conseil de bloc". Un président a été désigné. L'organisation et le fonctionnement sont formalisés dans une charte de fonctionnement depuis 2011, elle a été réactualisée et validée par le conseil de bloc le 12 novembre 2015. Le conseil de bloc se réunit mensuellement sur convocation de son président. La charte du bloc opératoire a été validée par le conseil de bloc, la C.M.E et la C.S.I.R.M.T. Une commission des utilisateurs sera prochainement mise en place au bloc opératoire. Les rôles et les responsabilités des professionnels au bloc opératoire, et en chirurgie ambulatoire sont définis dans des fiches de postes. Un règlement intérieur pour la S.S.P.I et l' U.C.A est formalisé. Afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité des patients, un régulateur est désigné pour réguler les activités du bloc opératoire. Un coordonnateur médical est désigné. Les ressources nécessaires en effectif et compétences sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour les professionnels du bloc opératoire et l'UCA. Un plan de formation est établi annuellement, un plan de formation spécifique au pôle est aussi à la disposition des professionnels. Une démarche qualité documentée et actualisée est mise à la disposition des professionnels sur le logiciel de gestion documentaire de l'établissement. La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus de management de la prise en charge au bloc opératoire. En interne, entre le bloc opératoire et les acteurs du management de la qualité et des risques, entre le bloc et les services cliniques (une fiche de liaison est disponible), entre le bloc et les secteurs médico-techniques (stérilisation, pharmacie, le laboratoire, le biomédical, le secteur en charge du linge, des déchets...). En externe, pour la prise en charge de la chirurgie ambulatoire (staff commun hebdomadaire).

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Le déploiement opérationnel du programme d'action au sein du bloc opératoire est réalisé par les cadres de santé (I.B.O.D.E et I.A.D.E) du bloc opératoire. Les professionnels sont informés et sensibilisés sur les risques principaux de la thématique par les cadres au bloc opératoire, lors des réunions d'équipe. La conformité des pratiques, le respect des protocoles, procédures, les consignes, est vérifié par les cadres au niveau du bloc opératoire, et aussi lors des audits internes (audit sur le port des bijoux). Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin. Les professionnels connaissent la marche à suivre pour déclarer les événements indésirables ; en 2014, il y a eu 14 déclarations. De janvier à octobre 2015, il a été recensé 12 déclarations. Les équipes du bloc/S.S.P.I et de l' U.C.A s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur. En juin 2015, un groupe de travail U.C.A/Bloc a formalisé des objectifs communs qui ont abouti à des actions d'améliorations communes. Les professionnels au



bloc opératoire participent à l'élaboration des protocoles ou des documents utiles à leur activité, à la déclaration des événements indésirables. Ils ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité. Toutefois, les RMM n'associent pas toujours les professionnels paramédicaux. En effet, en 2014, les RMM réalisés en anesthésie sont mono professionnels. Les IBODE, IADE, Cadre de santé ne sont pas associés à la démarche.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Au bloc opératoire, en S.S.P.I et à l' U.C.A, les compétences et les effectifs des professionnels sont disponibles, formés. Ils répondent aux besoins et à l'activité du bloc opératoire. Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés selon le mode de tutorat. Les documents utiles à l'exercice de leur fonction sont mis à la disposition des professionnels ; ils sont accessibles dans le logiciel documentaire. Le programme opératoire est accessible aux professionnels. De plus, il est projeté en permanence sur un mur du bloc. Afin de réaliser leur activité, les professionnels disposent du matériel nécessaire à leur activité. Le nombre de postes mis à disposition en S.S.P.I répond aux besoins du bloc opératoire. Les équipements, les matériels en panne sont remplacés autant que de besoin. L'approvisionnement en matériels, linge, médicaments, DM implantables, produits sanguins permet de répondre aux besoins et à l'activité programmée ou non programmée.

Le matériel d'urgences vitales est disponible et vérifié. Les équipements, matériels sont adaptés, opérationnels, contrôlés et entretenus. L'organisation et l'état des locaux permettent un bio nettoyage adapté. Toutefois, les locaux ne permettent pas toujours d'assurer la sécurisation du stockage. En effet, du matériel stérile (quatre RAQ spécifique pour les interventions en l'orthopédie) est entreposé dans le couloir du bloc, en attente d'entrer dans les salles d'intervention. Les salles prévues à cet effet étant toute pleine. Le matériel, disposé sur les RAQ, sont gardés dans leur emballage (champs stériles), les bacs d'instruments sont dans des boites fermés et scellés.

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

La permanence des soins est assurée au bloc opératoire et en S.S.P.I. Le conseil de bloc est opérationnel. La planification entre les spécialités et entre les chirurgiens est effective. La validation du programme est réalisé par le biais d'un staff tripartite (chirurgien, coordonnateur médical, anesthésiste et cadre). Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises au bloc opératoire (dossier chirurgicaux, dossier anesthésie, fiche de liaison secteur/bloc). La mise en place des circuits est effective : circuit des patients, circuit des professionnels, circuit des déchets, circuit du matériel... La maîtrise du risque infectieux est effective, les différentes zones du bloc sont identifiés, il existe une zone de transfert pour les patients. La marche en avant est respectée, les circuits propres/sales ne se croisent pas.

La surpression dans les salles est maintenue et contrôlée, les portes restent fermées. Les règles de sécurité sont appliquées au quotidien : contrôle des salles, identification des patients, fiche de préparation de chaque intervention, traçabilité des Dispositifs Médicaux implantés et des actes opératoires. En U.C.A, l'organisation de la prise en charge du patient est organisé, toutes les étapes depuis la phase en préopératoire jusqu'au retour à domicile du patient sont effectives, comme le confirment les observations réalisées lors du patient traceur en Chirurgie ambulatoire. Les compétences et les effectifs du personnel médical et paramédical présent en U.C.A sont adéquats à l'activité. Les équipes sont formées à la chirurgie ambulatoire. Les professionnels de l'UCA ont accès aux informations concernant le patient en temps réel. La continuité des soins est assurée, le patient dispose à sa sortie des coordonnées des professionnels assurant la continuité des soins.

Les interfaces sont opérationnelles, en interne et externe avec les professionnels extérieurs. L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est opérationnel. L'appel à j-1 est réalisé et tracé dans le dossier sur une fiche spécifique prévue à cet effet. La chek-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre et tracée, un audit en 2012 et en 2015. Les interfaces entre le bloc et les secteurs cliniques, médicotechniques, techniques et logistiques sont opérationnelles.

### **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. L'évaluation de cette thématique est réalisée par le biais de trois catégories d'indicateurs de pilotage : indicateurs de ressources (nombre de salles disponibles, ressources en lits conventionnels ou places en ambulatoire...), de processus (temps de vacation offerte, temps réel d'occupation des salles...), de résultats (nombre d'interventions réalisées...). Un tableau de bord est disponible et communiqué aux professionnels lors des réunions avec les équipes. Il est présenté régulièrement en conseil de bloc. De plus, une EPP en 2015, sur la cartographie des risques au bloc opératoire a permis un réajustement de la cartographie. En UCA, un patient traceur a été réalisé par l'équipe médicale et paramédicale et a donné lieu à un plan d'action.

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sur ce processus sont intégrées et sont articulées avec le programme d'actions institutionnel. Suite à la définition d'objectifs spécifiques en UCA, un plan d'action a été mise en œuvre. Pour chaque action un pilote est positionné. La communication des actions est réalisée, en interne lors des réunions d'équipe au bloc opératoire et en Chirurgie Ambulatoire. Toutefois, la communication des résultats des évaluations n'est pas organisée en externe. Le mode de diffusion et de communication auprès des usagers n'est pas défini.

**c. Tableau des écarts relevés**

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Les RMM n'associent pas toujours les professionnels paramédicaux.  En 2014, les RMM réalisés en anesthésie et en Anesthésie sont mono professionnels. Les IBODE, IADE, Cadre de santé ne sont pas associés à la démarche.	26a
D / Disponibilité des ressources	NC	Les locaux ne permettent pas toujours d'assurer la sécurisation du stockage. Du matériel stérile (quatre RAQ spécifique pour les interventions en l'orthopédie) est entreposé dans le couloir du bloc, en attente d'entrer dans les salles d'intervention. Les salles prévues à cet effet étant toute pleine.	26a
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	La communication des résultats des évaluations, n'est pas organisée en externe Le mode de diffusion et de communication ne sont pas défini auprès des usagers.	26a

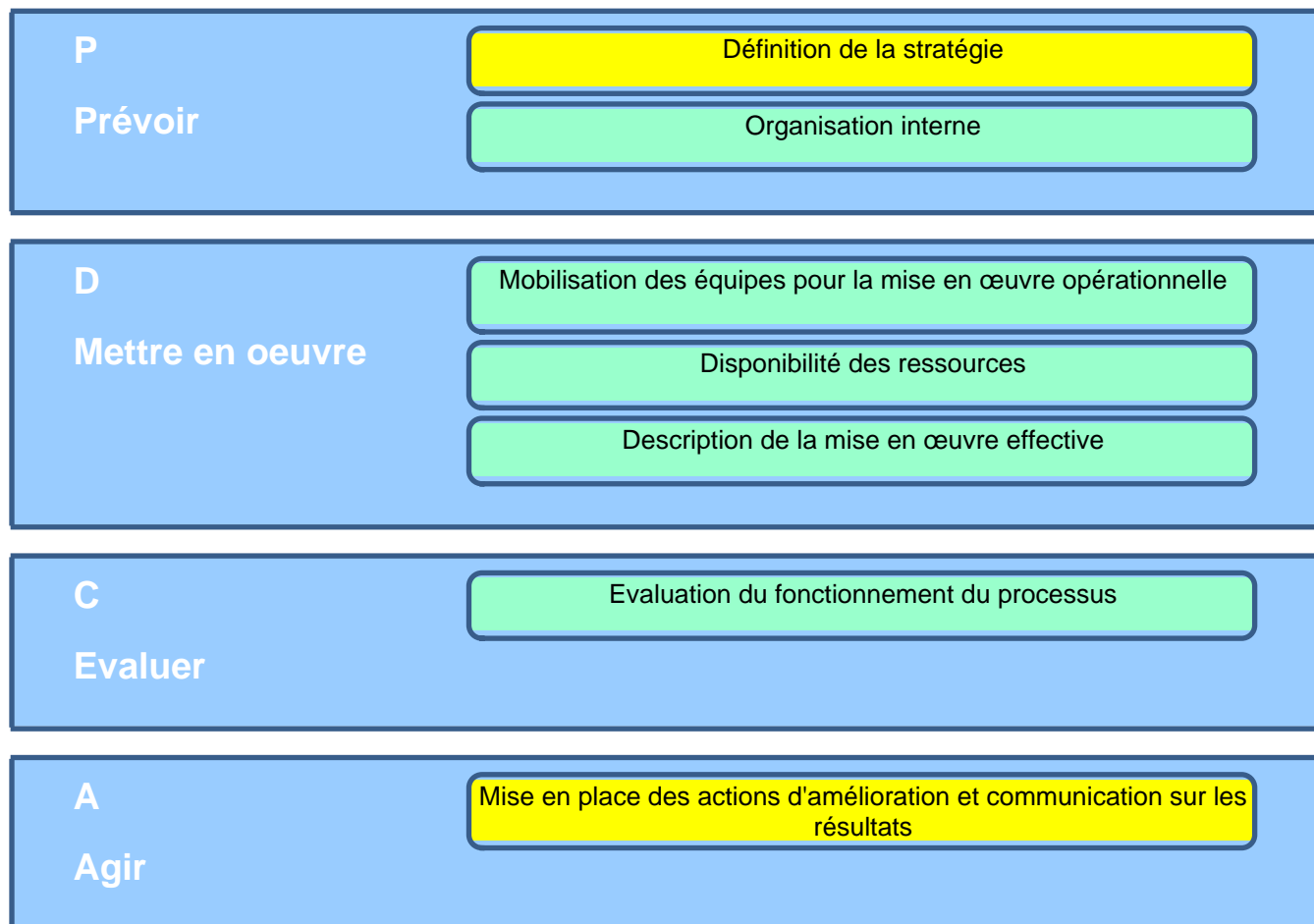
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Les différents secteurs qui réalisent des actes de radiologie interventionnelle sont identifiés : une salle en secteur d'imagerie pour la rythmologie et la pose de cathéter, la salle du scanner pour des gestes biopsiques et le bloc opératoire avec plusieurs amplificateurs de brillance mobiles pour divers spécialités chirurgicales. La radiologie interventionnelle comprend l'ensemble des actes médicaux invasifs ayant pour but le diagnostic et/ou le traitement d'une pathologie et réalisé sous guidage et sous contrôle d'un moyen d'imagerie. Pour l'établissement, elle concerne 3 secteurs d'activités :

- les actes radioguidés pratiqués en service de radiologie
- les actes radioguidés réalisés au scanner
- les actes radioguidés réalisés au bloc opératoire.

L'établissement a identifié des risques en regroupant les risques identifiés de l'imagerie interventionnelle en radiologie, au scanner et au bloc opératoire. L'identification des besoins et l'analyse des risques intègrent les résultats des contrôles ASN du 15 juillet 2015, le suivi du CBUM et la structuration de l'activité du secteur interventionnel. Il a été fait une hiérarchisation des risques identifiés sur la base de la grille utilisée par l'établissement. A partir de cette analyse, les objectifs ont été réévalués, ajoutant de nouveaux objectifs à ceux déjà définis. Toutefois, la stratégie n'est pas validée par les instances concernées et n'est pas déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. En effet, les risques et les plans d'action n'ont pas été présentés aux instances : CME, Conseil de bloc et différents conseils de pôles. Par ailleurs, la commission de l'imagerie interventionnelle a été créée le 18 novembre 2015, soit au cours de la visite. Elle a repris les actions recensées par les PCR et par les services. Cette première réunion a redéfini les objectifs et les plans d'action.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a créé, en cours de visite, une commission de l'imagerie interventionnelle regroupant les principaux acteurs et disciplines utilisant l'imagerie interventionnelle, animée par un radiologue. Un lien privilégié est réalisé avec le conseil de bloc opératoire. Cette commission est pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle associant le PCR. Elle sera intégrée au Comité Qualité sécurité gestion des risques Vigilance (sous-commission de la CME). L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de postes et dans les lettres de missions des pilotes. La programmation au bloc opératoire est placée sous la responsabilité du chef de bloc qui assure la validation pour la semaine suivante. Les modalités de prise en charge tiennent compte de la disponibilité des professionnels en nombre et en qualification, ainsi que de la spécialité des salles d'examen. La démarche qualité est documentée ; les protocoles et procédures sont travaillés en termes de processus interventionnel (protocoles médicaux: ...), support (matériels, effectifs,...) et management. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité clinique, médicotechniques (laboratoire) technique (bio médical), consultations (anesthésie...). Des plans de formations étaient en place ; ils ont été réévalués au regard des nouveaux objectifs de la commission de l'imagerie interventionnelle.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Compte tenu des risques identifiés, le secteur d'imagerie interventionnelle organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plan d'action opérationnels et spécifique à l'activité. Les plans d'actions ont en partie été récemment redéfinis. Les responsables du déploiement opérationnel en Imagerie interventionnelle sont identifiés. L'implication des équipes des services est réelle autour de l'organisation, la formalisation et la diffusion des processus. Toutefois, la sensibilisation des professionnels sur les risques identifiés est partielle. En effet, la démarche d'identification des risques étant très récente puisqu'elle a été formalisée au cours de la visite, l'appropriation par les professionnels des recommandations pour la radioprotection des patients est insuffisante. Elle se limitait en effet au simple relevé de la dosimétrie en fin de procédure. Les responsables du secteur s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues par les procédures, protocoles, consignes. Des actions correctives sont mises en place avec les professionnels en cas de besoin, de dysfonctionnements, notamment en cas de relevé de dosimétrie anormale.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

La prise en charge coordonnée du patient est assurée par la disponibilité des ressources (matériel, consommables, documentation, professionnels formés) dans tous les secteurs. Le Cadre de Santé dédié à cette activité, assure entre

autre, la gestion du personnel dont les qualifications sont conformes aux attendus réglementaires, le maintien de leurs compétences spécifiques mais aussi la polyvalence nécessaire au fonctionnement de toute l'unité.

#### **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 du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Selon le type d'examen (avec ou sans AG), la consultation d'anesthésie est réalisée au préalable. En radiologie, la programmation des rendez-vous est fonction des disponibilités des matériels et des opérateurs, en particulier si les professionnels compétents sont en nombre et en qualification. Le respect des mesures de protection contre les rayonnements ionisants est suivi par le physicien et les 2 professionnels compétents en radio protection.

#### **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Les IQSS et les NRD annuelles obligatoires sont réalisés. Le suivi dosimétrique des professionnels est assuré, et il est réalisé un bilan annuel de radioprotection qualitatif. Le suivi en temps réel de la dosimétrie du patient dans la salle d'imagerie interventionnelle au bloc opératoire n'a été décidé que très récemment, l'établissement a prévu une évaluation de la mise en oeuvre.

#### **A / AGIR**

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

Il n'existe pas de dispositif structuré d'amélioration. En effet, le recueil et l'analyse des événements indésirables ne permet pas la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration. 5 EI ont été déclarés entre janvier et novembre 2015. Le faible nombre d'évènements indésirables déclarés ne permet pas d'améliorer le processus de l'imagerie interventionnelle. Les audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs ne permettent pas la mise en place d'actions d'amélioration. En raison de leur définition récente, les plans d'actions, notamment les réponses au contrôle de la radiologie interventionnelle par l'ASN, ne sont pas tous intégrés dans les actions de ce groupe de travail et ne sont donc pas repris dans le PAQSS institutionnel. Par ailleurs, beaucoup d'autres actions ont été très récemment décidées, sans être intégrées dans le PAQSS institutionnel. Il n'y a pas de communication sur les résultats d'évaluation, ni sur les actions d'amélioration.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	<p>La stratégie n'est pas validée par les instances concernées et n'est pas déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.</p> <p>Les risques et les plans d'action n'ont pas été présentés aux instances : CME, Conseil de bloc et différents conseils de pôles. Par ailleurs, la commission de l'imagerie interventionnelle a été créée le 18 novembre 2015, soit au cours de la visite. Elle a repris les actions recensées par les PCR et par les services. Cette première réunion a redéfini les objectifs et les plans d'action.</p>	26b
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	<p>La sensibilisation des professionnels sur les risques identifiés est partielle.</p> <p>La démarche d'identification des risques étant très récente puisqu'elle a été formalisée au cours de la visite, l'appropriation par les professionnels des recommandations pour la radioprotection des patients est insuffisante. Elle se limitait en effet au simple relevé de la dosimétrie en fin de procédure.</p>	26b
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	<p>Il n'existe pas de dispositif structuré d'amélioration.</p> <p>Le recueil et l'analyse des événements indésirables ne permet pas la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration. 5 EI ont été déclarés entre janvier et novembre 2015. Le faible nombre d'évènements indésirables déclarés ne permet pas d'améliorer le processus de l'imagerie interventionnelle. Les audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs ne permettent pas la mise en place d'actions d'amélioration. En raison de leur définition récente, les plans d'actions, notamment les réponses au contrôle de la radiologie interventionnelle par l'ASN, ne sont pas tous intégrés dans les actions de ce groupe de travail et ne sont donc pas repris dans le PAQSS institutionnel. Par ailleurs, beaucoup d'autres actions ont été très récemment décidées, sans être intégrées dans le PAQSS institutionnel. Il n'y a pas de communication sur les résultats d'évaluation, ni sur les actions d'amélioration.</p>	26b



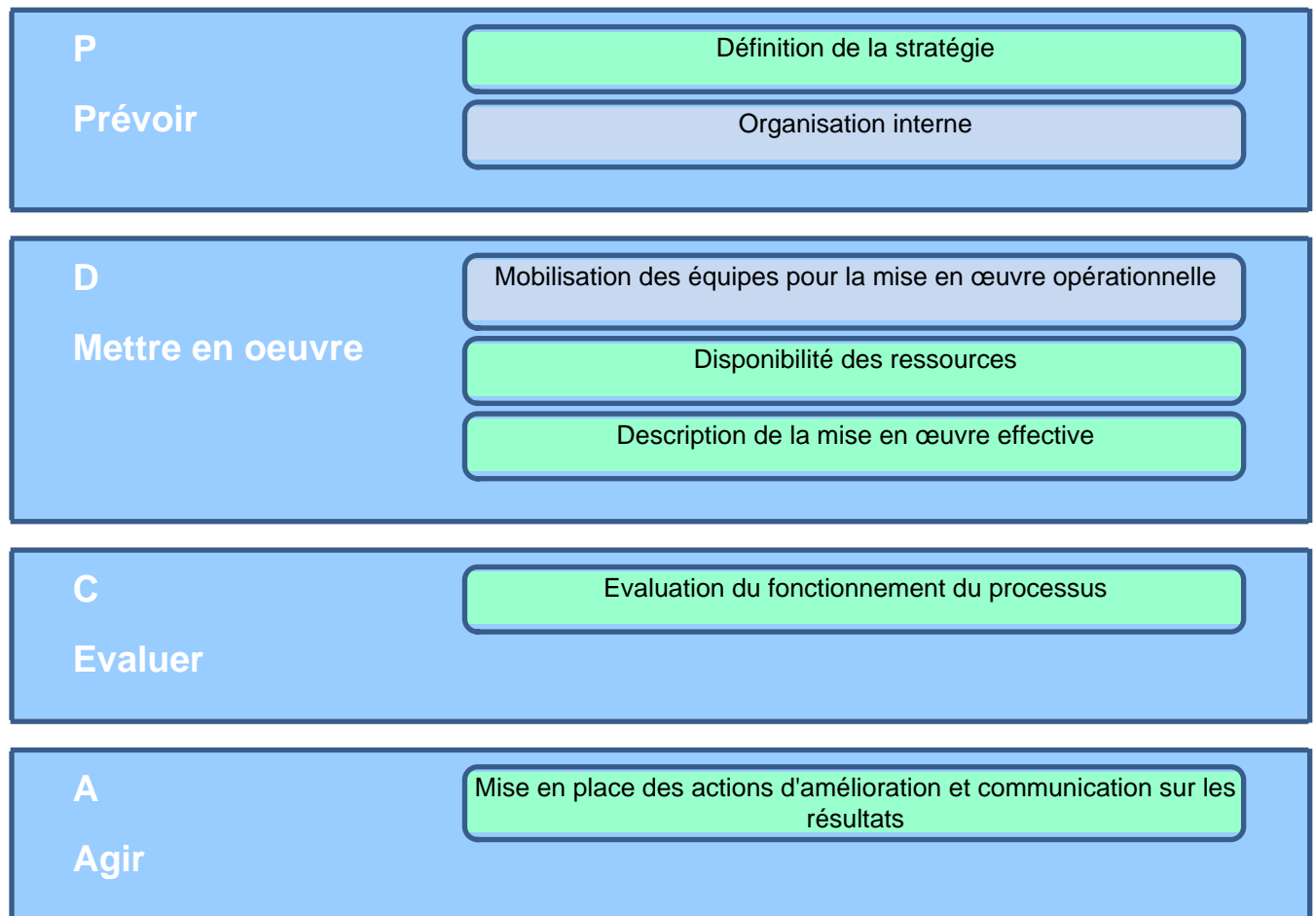
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a identifié les différents secteurs réalisant des endoscopies. L'activité d'endoscopie concerne plusieurs spécialités et plusieurs lieux d'exercice : digestive (au bloc opératoire et accessoirement au lit du patient en réanimation), en Pneumologie (plateau technique de pneumologie), en Urologie (consultation de chirurgie), en ORL (consultation en chirurgie et en pédiatrie/ gynécologie), en Cardiologie (plateau technique de cardiologie). La stratégie de prise en charge est précisée dans une charte de fonctionnement regroupant tous les secteurs d'endoscopie. Cette charte est connue des professionnels. Un pilotage commun a été défini. Le Centre Hospitalier Intercommunal de Castres a analysé ses besoins et identifié ses risques sur la base des audits internes menés par l'équipe d'hygiène hospitalière et sur les conclusions du groupe de travail endoscopie. Ces risques sont priorisés dans le compte qualité. Par ailleurs, une cartographie des risques du processus Endoscopie est en cours de finalisation. Le programme d'action d'amélioration formalisé est en cohérence avec les risques identifiés.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par la cadre de pôle, aidé des Cadres de proximité des différents secteurs réalisant des endoscopie. Le rôle du pilote est précisé dans une lettre de mission. Les rôles et les responsabilités des professionnels impliqués dans le processus endoscopie sont formalisés dans des fiches de postes. Pour faciliter la concertation avec les professionnels, la gestion des interfaces est organisée, une fiche de liaison permet la continuité de la prise en charge du patient après l'acte d'endoscopie. Les procédures et les protocoles sont classés et travaillés en termes de processus interventionnel (protocole médicaux), support (matériels, effectifs). Ils sont intégrés dans le logiciel de gestion documentaire de l'établissement. Les effectifs et les compétences sont prévus en fonction de l'activité d'endoscopie. En raison de la spécificité des endoscopies, les recrutements ou remplacements sont anticipés, un mode de tutorat est mis en place, si besoin en était. Le matériel mis à disposition est en adéquation avec l'activité et les risques identifiés sur le processus. La première désinfection a lieu dans les unités des soins dans des salles prévues à cet effet, et la deuxième prise en charge par le bloc opératoire dans une salle dédiée et identifiée, avec une marche en avant effective. Afin d'acheminer les endoscopes, un circuit spécifique partant des unités réalisant des endoscopies vers le bloc opératoire, et vice versa, est organisé pour les professionnels.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Dans les secteurs d'activités réalisant des endoscopies, les cadres de santé communiquent, impulsent une démarche d'amélioration auprès des équipes sur la stratégie de prise en charge des endoscopies. Les cadres de santé sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus. Les professionnels se sont appropriés les objectifs et plans d'actions. Le circuit de recueil des événements indésirables est connu des professionnels, la déclaration est réalisée par le biais d'un logiciel institutionnel. En collaboration avec l'équipe E.O.H.H, le cadre s'assure régulièrement de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues dans les procédures et protocoles. Si besoin en était, des actions correctives sont mises en place. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration et participent à la rédaction ou réactualisation des protocoles, en collaboration avec les cadres de santé et l' E.O.H.H.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Sur les secteurs d'endoscopie, les effectifs en personnel sont en adéquation avec l'activité. Les professionnels en poste sont formés et bénéficient, si nécessaire ou à leur demande, d'actions de formation réalisées par l'équipe d' E.O.H.H. La documentation utile à l'exercice de leur fonction est à la disposition des professionnels en temps utile et accessible dans tous les secteurs d'activité endoscopique. Les protocoles d'entretien sont à disposition des professionnels dans le logiciel de gestion documentaire. Pour plus de réactivité, les principaux documents utiles à la prise en charge en endoscopie sont regroupés dans un classeur : la charte, les risques, le plan d'actions, les protocoles et procédures, les fiches d'information pour les patients sont présents au sein de tous les secteurs réalisant des endoscopies. Les protocoles sont connus et appliqués. Afin de réaliser les activités d'endoscopie, le matériel est disponible. Chaque endoscope dispose de son carnet de vie.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement. Afin de respecter la programmation et la sécurité pour le patient, la régulation des activités est organisée au bloc

opératoire ainsi qu'au sein des autres secteurs d'activité. La désinfection des endoscopes est tracée dans le carnet de vie de l'endoscope et dans le dossier du patient. La séquestration des endoscopes est mise en œuvre en cas de panne, d'infection... Le consentement du patient, le risque d'ATNC sont systématiquement recherchés et tracés sur une fiche spécifique. Une fiche de liaison entre les unités de soins et l'endoscopie est mise place permettant la communication depuis la demande, l'examen, le compte rendu, et les consignes post opératoires. En cas d'urgence en endoscopie, une salle dédiée pour les urgences en affectée au bloc opératoire. Sur chaque secteur, une salle dédiée pour la désinfection est en place. La traçabilité des différentes étapes est effective et est intégrée dans le dossier du patient (ouverture, fermeture des salles au bloc opératoire, identité du patient, identité de l'endoscope, identité de l'opérateur et de l'infirmière, check-list). Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles : interface avec la pharmacie, le service biomédical et technique... La traçabilité du nettoyage est effective et rangé dans un classeur spécifique.

## **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Des prélèvements sont programmés sur l'année (air, eau, surface) et suivis par l'équipe EOHH. L'audit de la check-list réalisé sur 10 dossiers en endoscopie digestive a permis de mettre en place des actions d'amélioration notamment sur le renseignement des trois phases. L'évaluation du processus se fait aussi de par le recueil du nombre d'actes réalisés chaque année. L'établissement recueille le nombre d'actes une fois par an, un audit sur la check-list au bloc opératoire en endoscopie digestive a été réalisé en 2015.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnelles. Le plan d'action du processus endoscopie est revu lors du groupe de travail endoscopie. Les actions réalisées sont communiquées aux professionnels lors des réunions d'encadrement dans les secteurs de soins. Dans certains secteurs (pneumologie), ils sont disponibles sur les ordinateurs des soignants au niveau des postes soins. Toutefois, la communication des actions n'est pas réalisée auprès des usagers. En effet, l'établissement n'a pas mis en place un système de diffusion des résultats des évaluations aux usagers.

### c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	La communication des actions n'est pas réalisée auprès des usagers L'établissement n'a pas mis en place un système de diffusion des résultats des évaluations aux usagers.	26b

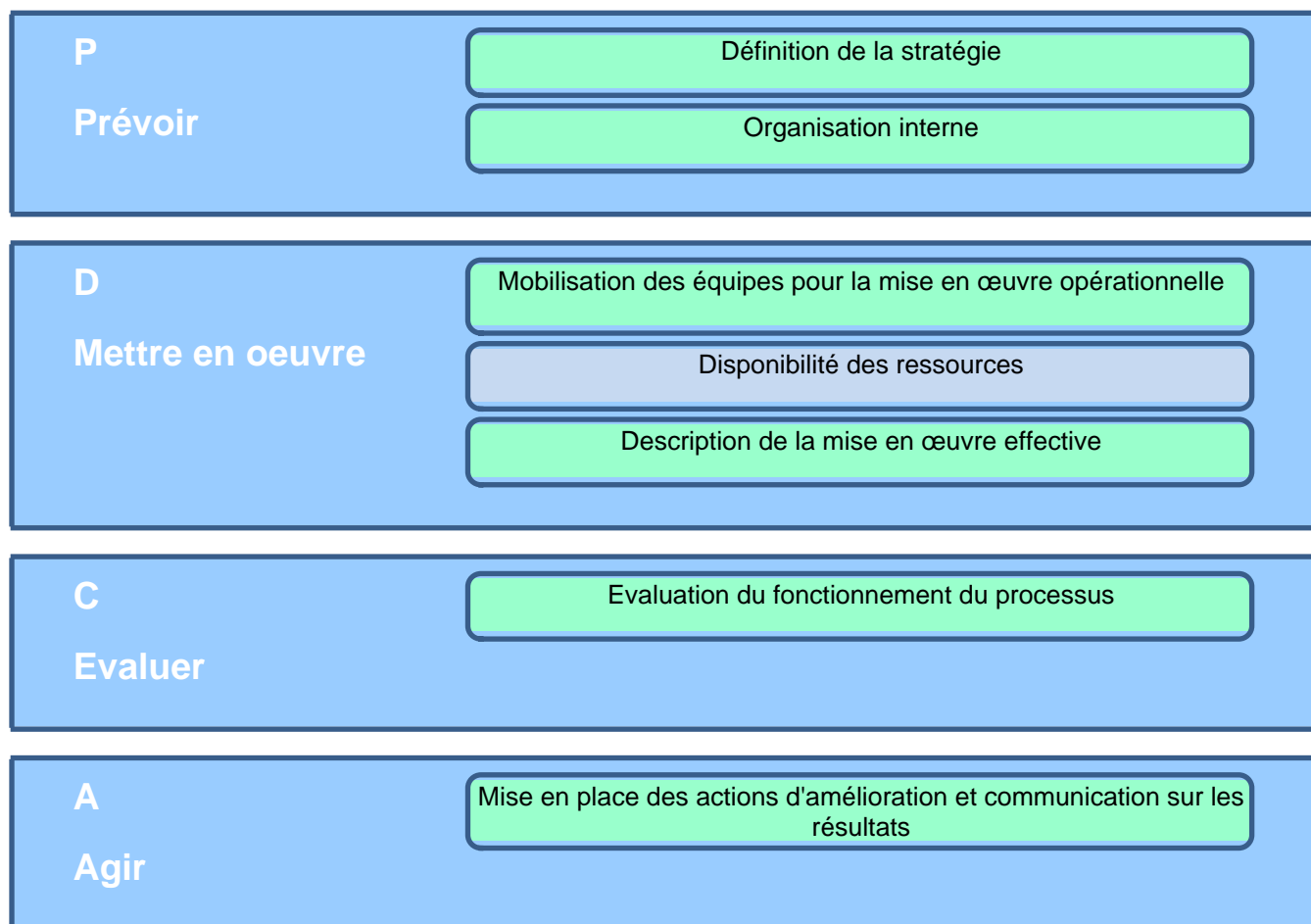
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

## 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 CHIC Castres Mazamet est niveau II A. Le recours au réseau de périnatalité régional MATERMIP est formalisée. Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Un groupe de travail multi professionnel et multi spécialité a été constitué pour établir une première cartographie des risques en 2009. Après le déménagement de l'établissement de santé et à partir de l'analyse des actions d'amélioration de cette première cartographie, des IQSS et des programmes régionaux, il a été produit une seconde cartographie des risques en 2014, puis des plans d'action. Ils ont été validés par les instances. La hiérarchisation des risques a été faite. Les risques les plus fréquents ou les plus graves et les programmes d'actions prioritaires sont inscrits dans le compte qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Les circuits de prise en charge, du suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post partum sont décrits. Les responsabilités et les missions sont définies. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. En 2011, le secteur bloc obstétrical a rédigé une charte qui est en cours d'actualisation. Elle décrit les étapes de la prise en charge du suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post partum. Les processus à risque sont identifiés, analysés et hiérarchisés. La démarche qualité est documentée et actualisée. Elle est informatisée et des classeurs contenant les procédures les plus importantes sont disponibles en cas de mode dégradé du système d'information. Des protocoles définissent les conduites à tenir et les bonnes pratiques dans ce secteur d'activité. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activités (maternité, bloc opératoire, anesthésie, néonatalogie). Depuis 2002, une convention est signée avec le réseau de périnatalité régional MATERMIP pour la prise en charge des transferts in utero ou post natal entre l'établissement et le CHU de Toulouse.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Le secteur de naissance décline la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels et en lien avec sa cartographie des risques. Cette déclinaison repose sur une concertation entre les professionnels : médecins, sage-femme, cadres, AS. Les plans d'actions s'y rapportant sont répartis par secteur d'activité et par outils sur le parcours de la parturiente : consultation, secteur d'examen clinique, salle de naissance, dossier, matériel, circuits... Des actions de communication sont faites pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. Les dysfonctionnements sont identifiés et analysés en équipe (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs). Les résultats en sont communiqués aux équipes. Les événements indésirables sont saisis dans le logiciel prévu pour cette fonction. Le processus est institutionnalisé pour l'ensemble de l'établissement de santé, avec des formations. Un état annuel de ces événements est produit. Des réunions spécifiques de secteur sont instaurées et s'adressent à l'ensemble des agents de l'équipe, ou à certains professionnels selon les sujets. Les compte-rendus sont validés par le pôle et diffusés aux équipes. Un CREX est mis en place. Des RMM sont organisées par le réseau régional et en interne. 3 RMM internes ont été organisées en 2014 et 2 en 2015.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les professionnels sont formés sur les différentes situations rencontrées, notamment pour les urgences. Les professionnels ont les compétences requises pour le secteur. Les professionnels sont formés aux situations spécifiques potentielles : des formations pluriannuelles avec exercices de simulation ou par e-learning sont organisées pour les médecins, les internes, les sages-femmes, les IDE et les puéricultrices. La gestion documentaire est renseignée et accessible à tous. Les protocoles et processus spécifiques y sont décrits et actualisés selon les bonnes pratiques reconnues. Des check-lists sont élaborées. L'ensemble est harmonisé à toutes les étapes de la prise en charge. Les matériels de surveillance et de mesure ont été adaptés aux pratiques et aux organisations. Leur maintenance et suivi sont tracés et contrôlés par le service biomédical. Les locaux sont vastes, récents et sont spécifiquement adaptés à leurs fonction. Les salles sont toutes organisées de la même manière. Certaines ont des spécificités supplémentaires. Une salle dispose une baignoire de balnéothérapie, et une autre d'un matériel de réanimation plus complet.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les plannings de permanence des professionnels sont à disposition des équipes et régulièrement remis à jour. Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Une démarche spécifique concerne les hémorragies du post-partum. Après analyse des indicateurs, des plans d'action sont mis en place avec actions d'amélioration et un suivi d'indicateur. Les vérifications et le suivi des différents actes, entretien et désinfection sont assurés et tracés. Des staffs quotidiens analysent les hospitalisations de la veille et les dossiers nécessitant une décision et une réunion hebdomadaire réunit les obstétriciens et les pédiatres.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont suivis par le secteur de naissance et le service qualité. Ils sont régulièrement suivis et font l'objet de communications en CME. A partir des résultats de ces indicateurs, les plans d'actions sont établis et réévalués : hémorragie en post-partum, surveillance du rythme cardiaque fœtal et harmonisation de son interprétation, risque infectieux après suture d'une épisiotomie ou d'une déchirure périnéale, vérification de l'identité de la patiente et de l'enfant en salle de naissance, taux de césariennes...

### A / AGIR

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

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin. Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions du Pôle. Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures de prévention ou correctives complémentaires. La cartographie des risques a été ainsi réajustée. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée en interne dans le pôle, et comité qualité et en CME.



**c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**

# GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de l'existence, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la qualité et la sécurité des équipements et produits médicaux et non médicaux mis à disposition au domicile du patient par l'HAD.

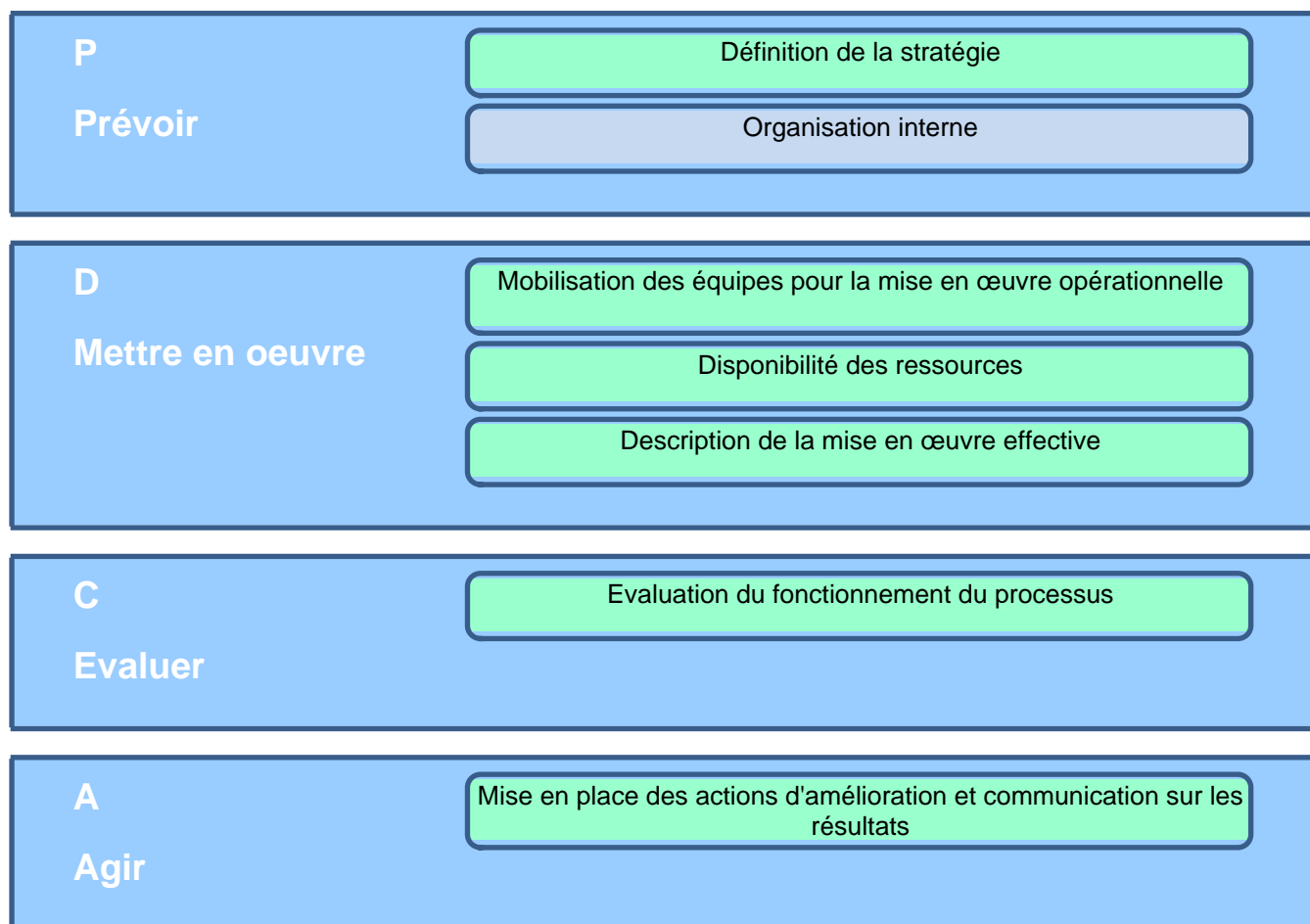
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

- le matériel d'assistance respiratoire, de perfusion, de nutrition, le matériel utilisé dans les techniques de pression négative ;
- les dispositifs médicaux stériles et non stériles, y compris le matériel dit "hôtelier" (par exemple le lit).

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'HAD de l'établissement de santé est une unité obstétricale de 6 places qui concerne uniquement les patientes en pré et post partum. Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. A partir de l'analyse des recommandations de la HAS, du résultat de la précédente visite de certification, des IPQSS, d'audits et des questionnaires de satisfaction des patients, il a été réalisé un programme d'action. Des objectifs et plans d'action opérationnels propres à cet HAD sont établis.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Il existe une organisation interne qui permet la mise à disposition en temps utile des équipements et produits au domicile (circuits, missions et responsabilités) et l'approvisionnement en urgence, et en cas de panne ou de dysfonctionnement. Pour les équipements, une maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est organisée. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. La coordination est assurée par un médecin gynécologue-obstétricien, une coordinatrice et d'une secrétaire. L'équipe hospitalière est composée de trois sage-femmes et d'une secrétaire. La structure travaille en collaboration avec les médecins traitants, sage-femme, infirmières et kinésithérapeutes libéraux.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés concernant la gestion des risques liés à la gestion des équipements et produits au domicile. Les événements indésirables peuvent être recueillis au domicile du patient. Ils sont enregistrés et traités comme les autres événements indésirables de l'établissement. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles en HAD. Ces ressources sont partagées avec les autres services du pôle : consultations, salle de naissance et hospitalisation. L'établissement la formation des professionnels au processus de mise à disposition du matériel et des produits. L'établissement de santé s'assure que les locaux de stockage sont adaptés et entretenus.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Cette organisation permet de gérer les équipements qui sont apportés à chaque visite de la sage-femme. Le matériel délivré est conforme à la commande et adapté à la prise en charge. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'HAD assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base des mêmes outils que le service d'hospitalisation.

### A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

**c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**

## ANNEXE

Tableau Récapitulatif des écarts par thématiques présent dans le rapport des EV

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	P / Définition de la stratégie	PS	La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins inscrite dans les orientations stratégiques n'est pas validée au moins une fois par an par l'instance délibérante. La politique n'est pas validée par les instances (et plus spécialement par la CME ou la CRU). Le programme global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques n'a pas été révisé annuellement en CME en 2013, 2014 et 2015 et n'a pas fait l'objet d'un suivi régulier en Comité Qualité – Sécurité - Gestion des risques et Vigilances, en dehors des actions directement liées à la visite de certification.	1e
		PS	La stratégie de développement des RMM dans tous les secteurs le nécessitant (anesthésie-réanimation, chirurgie, oncologie) n'est pas inscrite dans le document présentant la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.  L'établissement n'a pas défini de stratégie quant au déploiement des RMM dans tous les secteurs le nécessitant.	1f
	P / Organisation interne	PS	Les missions et les responsabilités ne sont pas définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médicotechnique. L'établissement n'a pas défini les responsabilités des personnes concernées afin d'assurer le déploiement des EPP, et notamment des RMM dans l'ensemble des secteurs.	1f
		PS	L'établissement n'a pas organisé une coordination structurée entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques.  Si une réunion de certains vigilants est organisée semestriellement pour évoquer les plans d'actions de chacun, elle n'étudie pas le bilan des CREX et RMM. Cette structure ne participe pas l'analyse de certains événements indésirables graves, les EI liés aux vigilances étant très peu nombreux. La cellule de gestion des risques et la personne responsable de la radioprotection des patients n'y participent pas.	8i
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	NC	Il n'existe pas de RMM régulières dans tous les secteurs concernés. Certaines RMM sont réunies de manière ponctuelle (réanimation, pédiatrie, anesthésie, soins palliatifs, chirurgie gynécologique) ou à la suite d'un événement indésirable grave. Aucune RMM ne fonctionne de manière régulière en oncologie, urologie. Par ailleurs, les équipes ne participent	28a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			pas à la mise en œuvre des actions d'amélioration identifiées suite aux RMM.	
		NC	La démarche institutionnelle n'est pas déclinée au niveau des secteurs d'activité pour les actions qui les concernent. L'établissement ne met pas en œuvre de plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein des pôles d'activité. Ainsi, il n'existe pas de dispositif structuré au niveau des Pôles comprenant des objectifs opérationnels déclinés dans les pôles, en fonction de leurs risques spécifiques et traduits en plans d'actions d'amélioration, évalués régulièrement. L'annexe qualité des contrats de Pôles préconise la réalisation d'actions en petit nombre : une EPP par spécialité, une analyse de causes profondes d'un EIG par service et la désignation d'un référent médecin et d'un référent cadre formés par Pôle. L'établissement souhaite s'appuyer sur le dispositif des référents pour développer son système de déclaration, mais il n'est pas opérationnel au moment de la visite.	8a
		PS	Les professionnels ne se sont pas approprié le dispositif de signalement des événements indésirables. Bien que des actions de formation en matière de gestion des risques aient été réalisées en 2014 et 2015, les professionnels rencontrés au cours de la visite ne connaissaient pas la définition d'un événement indésirable associé aux soins (non défini par la procédure en place), ni dans certains cas, l'existence de la « Charte d'incitation au signalement d'événement indésirable ». Les EI déclarés dans des secteurs à risques, comme le bloc opératoire ou le bloc obstétrical, sont peu nombreux. Le bilan annuel des EI ne précise pas le nombre des EIAS de criticité supérieure ou égale à 3. L'analyse thématique des typologies d'EIAS met en valeur le petit nombre d'EIAS concernant des secteurs à risques.	8f
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Il n'existe pas de dispositif de communication en interne sur les résultats obtenus. L'établissement ne rend pas compte de ses démarches d'EPP et de RMM devant ses instances et n'informe pas les professionnels des résultats. La CME n'a pas eu connaissance des bilans annuels de fonctionnement des RMM pour 2013 et 2014.	1e
		NC	Il n'existe pas de dispositif structuré d'amélioration. Bien que des actions soient conduites au regard des plaintes/réclamations, des EI (sur le médicament essentiellement), des IQSS, et de la certification, le programme global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques n'est pas mis à jour annuellement au regard des actions d'amélioration identifiées suite aux évaluations conduites. Ainsi, le Département Qualité - Gestion des risques ne participent pas toujours aux RMM, les comptes-rendus ne lui sont pas toujours transmis ne permettant pas une consolidation des actions décidées dans le programme global institutionnel.	8a
Droits des patients	P / Définition de la stratégie	PS	La stratégie relative aux droits des patients n'aborde pas tous les aspects relatifs aux droits des patients. L'établissement n'a pas réalisé, en lien avec la CRU, un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de	1d



Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			maltraitance, ni identifié les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	
		PS	La stratégie n'est pas soumise à toutes les instances concernées. La stratégie n'a pas été soumise à la CME et au Directoire.	1d
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	NC	Il n'existe pas de dispositif structuré d'évaluation. L'établissement n'a pas mis en place d'évaluation du respect des droits des patients. Le bilan de la mise en œuvre du programme n'a pas été réalisé périodiquement par l'établissement. Il n'a pas structuré de dispositif d'évaluation et de suivi pérenne, notamment à l'aide d'indicateurs autres que les IQSS.	1d
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	Il n'existe pas de dispositif structuré d'amélioration. L'établissement n'a pas structuré de programme d'amélioration, suite à l'évaluation des actions menées en matière de respect des droits des patients. L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes ne contribue pas à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. L'établissement assure une analyse des plaintes, mais il ne consolide pas cette exploitation dans un programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge, présenté à la CRU. L'établissement ne communique pas auprès des personnels et des patients sur ses résultats en matière de mise en œuvre du programme d'amélioration en matière de droits des patients. Il n'existe pas de système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites.	1d
Parcours du patient	P / Définition de la stratégie	PS	La stratégie de l'établissement n'est pas validée par toutes les instances concernées, puis communiquée au personnel. L'établissement n'a pas validé, ni communiqué sa politique d'amélioration du "Parcours patient". Le projet médical stratégique de l'établissement formalisé dans une note interne (comprenant un axe 2 «Organiser les parcours de soins »), n'a pas été approuvé par les instances de l'établissement au moment de la visite. Il n'a donc pu faire l'objet d'une communication interne puisqu'il s'agissait d'un document provisoire, en cours de débat au sein du directoire. En l'absence de validation d'un projet médical au moment de la visite et de communication antérieure des objectifs figurant dans le CPOM, l'établissement n'a pas validé, ni communiqué en interne, sa politique d'amélioration du "Parcours patient".	1a
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'établissement n'a pas défini de dispositif structuré d'évaluation sur l'ensemble des aspects du parcours patient. La qualité et l'efficacité du parcours patient, notamment en matière d'accueil du patient, de continuité et coordination des soins, de traçabilité des informations concernant l'évaluation initiale et continue et le projet personnalisé de soins n'est pas évaluée. Il ne réalise pas de bilan annuel du PAQSS en matière de parcours patient.	1a
Dossier patient	P / Définition de la stratégie	NC	Il n'existe pas de stratégie et des objectifs en matière de dossier patient, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. L'établissement n'a pas établi de politique d'amélioration de la qualité du	14a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			Dossier Patient. Il n'a pas soumis aux instances un document définissant la politique du dossier patient. Le guide du dossier patient n'évoque pas le dossier informatisé, ni les modalités de réduire les risques liées à la juxtaposition entre dossier papier et dossier informatisé.	
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	P / Organisation interne	NC	Toutes les règles d'administration des médicaments ne sont pas définies. Si toutes les règles de préparation des médicaments sont définies, les règles d'administration des médicaments à ne pas écraser ne sont pas définies. Cependant, il a été constaté en secteur de SSR Les Monges que les IDE écrasaient ensemble tous les médicaments avec des pilons ou des écrase médicaments, pouvant entraîner des risques d'iatrogénie et d'hygiène.	20a bis
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La sécurité de la dispensation des médicaments n'est pas totalement assurée. Il a été constaté que les piluliers étaient étiquetés avec des étiquettes blanches (sur lesquelles étaient recopiés manuellement le nom, le prénom et la date de naissance), alors que des étiquettes conformes étaient disponibles dans les secteurs de soins.	20a bis
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Il n'existe pas de communication structurée des résultats et actions d'amélioration. Les modalités de communication des résultats aux professionnels et aux usagers ne sont pas définies. Les résultats des IQSS ne sont pas disponibles sous forme d'affichage dans les services, les résultats des audits internes sont peu connus des professionnels. En dehors des IPAQSS, les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés ne sont pas examinés au sein des instances ou en réunions de Pôles.	20a
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Les RMM n'associent pas toujours les professionnels paramédicaux. En 2014, les RMM réalisés en anesthésie et en Anesthésie sont mono professionnels. Les IBODE, IADE, Cadre de santé ne sont pas associés à la démarche.	26a
	D / Disponibilité des ressources	NC	Les locaux ne permettent pas toujours d'assurer la sécurisation du stockage. Du matériel stérile (quatre RAQ spécifique pour les interventions en l'orthopédie) est entreposé dans le couloir du bloc, en attente d'entrer dans les salles d'intervention. Les salles prévues à cet effet étant toute pleine.	26a
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	La communication des résultats des évaluations, n'est pas organisée en externe. Le mode de diffusion et de communication ne sont pas défini auprès des usagers.	26a
Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle	P / Définition de la stratégie	PS	La stratégie n'est pas validée par les instances concernées et n'est pas déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Les risques et les plans d'action n'ont pas été présentés aux instances : CME, Conseil de bloc et différents conseils de pôles. Par ailleurs, la commission de l'imagerie interventionnelle a été créée le 18 novembre 2015, soit au cours de la visite. Elle a repris les actions recensées par les PCR et par les services. Cette première réunion a redéfini les objectifs et les plans d'action.	26b
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	La sensibilisation des professionnels sur les risques identifiés est partielle. La démarche d'identification des risques étant très récente puisqu'elle a été formalisée au cours de la visite, l'appropriation par les professionnels des	26b

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			recommandations pour la radioprotection des patients est insuffisante. Elle se limitait en effet au simple relevé de la dosimétrie en fin de procédure.	
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	Il n'existe pas de dispositif structuré d'amélioration. Le recueil et l'analyse des événements indésirables ne permet pas la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration. 5 EI ont été déclarés entre janvier et novembre 2015. Le faible nombre d'évènements indésirables déclarés ne permet pas d'améliorer le processus de l'imagerie interventionnelle. Les audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs ne permettent pas la mise en place d'actions d'amélioration. En raison de leur définition récente, les plans d'actions, notamment les réponses au contrôle de la radiologie interventionnelle par l'ASN, ne sont pas tous intégrés dans les actions de ce groupe de travail et ne sont donc pas repris dans le PAQSS institutionnel. Par ailleurs, beaucoup d'autres actions ont été très récemment décidées, sans être intégrées dans le PAQSS institutionnel. Il n'y a pas de communication sur les résultats d'évaluation, ni sur les actions d'amélioration.	26b
Management de la prise en charge du patient en endoscopie	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	La communication des actions n'est pas réalisée auprès des usagers L'établissement n'a pas mis en place un système de diffusion des résultats des évaluations aux usagers.	26b