



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER DE  
ROMORANTIN-LANTHENAY**

96 rue des capucins

Bp 148

41206 Romorantin-Lanthenay

FÉVRIER 2017

# SOMMAIRE

|  |    |
|--|----|
| <b>INTRODUCTION</b>  | 2  |
| 1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION   | 2  |
| 2. LA CERTIFICATION V2014  | 2  |
| 3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION  | 3  |
| <b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>  | 4  |
| 1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS   | 4  |
| 2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE   | 5  |
| <b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>   | 6  |
| <b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>  | 9  |
| 1. DÉCISION DE CERTIFICATION   | 9  |
| 2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES  | 9  |
| 3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE   | 9  |
| 4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ | 9  |
| 5. SUIVI DE LA DÉCISION  | 9  |
| <b>PROGRAMME DE VISITE</b>   | 10 |
| 1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES  | 10 |
| 2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR                   | 10 |
| <b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>                                       | 12 |
| MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES  | 13 |
| GESTION DU RISQUE INFECTIEUX   | 18 |
| DROITS DES PATIENTS  | 23 |
| PARCOURS DU PATIENT  | 28 |
| DOSSIER PATIENT  | 35 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT                             | 39 |
| PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS                               | 44 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE                         | 48 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE                              | 52 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE                      | 56 |

# 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 :<br><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.<br>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.<br>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<br><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.<br>Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite.  |
| Patient traceur :<br><i>Sigle PT</i>       | Méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.  |
| Preuve                                     | Justification de l'écart, c'est-à-dire ce qui a été observé ou entendu au travers des différents entretiens, visites terrain ou patient traceur.  |
| Qualification des écarts                   | Niveau de criticité de l'écart identifié et conformité en synthèse collective. Il existe en 3 niveaux de qualification : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>o Ou, écart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système (par exemple, par manque d'antériorité, de structuration et/ou d'appropriation).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul> |
| Référentiel applicable                     | Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.  |

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

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

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

| CENTRE HOSPITALIER DE ROMORANTIN-LANTHENAY |   |
|--|---|
| Adresse                                    | 96 rue des capucins<br>41206 Romorantin-Lanthenay |
| Département / région                       | LOIR-ET-CHER / CENTRE                             |
| Statut                                     | Public  |
| Type d'établissement                       | Centre Hospitalier                                |

| Liste des établissements rattachés à cette démarche |           |   |   |
|---|-----------|---|---|
| Type de structure                                   | FINESS    | Nom de l'établissement                                | Adresse   |
| GCS de moyens                                       | 410000000 | GCS MEDICO-TECHNIQUE ET LOGISTIQUE "LOIRE ET SOLOGNE" | Mail pierre charlot<br>41016 BLOIS                          |
| Entité juridique                                    | 410000103 | CENTRE HOSPITALIER DE ROMORANTIN-LANTHENAY            | 96 rue des capucins<br>Bp 148<br>41206 ROMORANTIN LANTHENAY |
| Etablissement de santé                              | 410000046 | CENTRE HOSPITALIER DE ROMORANTIN-LANTHENAY            | 96 rue des capucins<br>Bp 148<br>41206 Romorantin-Lanthenay |
| Etablissement de santé                              | 410004386 | ETABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DUREE                | 96 rue des capucins<br>Bp 148<br>41206 ROMORANTIN LANTHENAY |

| Activités               |                              |                                  |  |   |
|-------------------------|------------------------------|----------------------------------|--|---|
| Type de prise en charge | Activités                    | Nombre de lits d'hospitalisation | Nombre de places d'hospitalisation partielle | Nombre de places de chirurgie ambulatoire |
| MCO                     | Chirurgie                    | 33                               | /  | 11  |
| MCO                     | Gyneco-Obstétrique           | 17                               | /  | /   |
| MCO                     | Médecine                     | 69                               | 3  | /   |
| Santé mentale           | Psychiatrie générale         | 64                               | 49   | /   |
| Santé mentale           | Psychiatrie infanto-juvénile | /                                | 25   | /   |
| SLD                     | SLD                          | 60                               | /  | /   |

|     |     |    |   |   |
|-----|-----|----|---|---|
| SSR | SSR | 30 | / | / |
|-----|-----|----|---|---|

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

/

### Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements

Groupement hospitalier de territoire, avec les établissements publics de santé de LOIR-ET-CHER Prévu : 01/01/2016  
 Domaine : projet médical commun, politique commune d'achats, formation commune, rapprochement des systèmes d'information  
 GCS Loire-et-Sologne, avec le Centre hospitalier de BLOIS et divers établissements du LOIR-ET-CHER Domaines :  
 Biologie médicale (mise en œuvre au 01/05/2013),  
 Blanchisserie (mise en œuvre au 01/06/2015)  
 GCS Achats du CENTRE-VAL-DE-LOIRE Réalisé, dates : 2009 achats pharmaceutiques et 2011 achats hôteliers et logistiques  
 Domaine : mutualisation des achats  
 GCS Télésanté CENTRE-VAL-DE-LOIRE Réalisé, dates : 2010  
 Domaine : mutualisation régionale des outils informatique, des bonnes pratiques, télémédecine  
 GCS ONCOCENTRE Réalisé, dates : 03/2010  
 Domaine : organisation régionale cancérologie  
 Réseau régional PERINAT Réalisé, dates : dernière convention du réseau de juillet 2015 (1ère adhésion depuis 2006)  
 Domaine : organisation régionale périnatalité  
 Réseau régional Soins palliatifs Réalisé, dates : mars 2010  
 Domaine : organisation régionale soins palliatifs  
 Conventions, avec le Centre hospitalier de BLOIS Réalisé, dates : à partir de 2008 pour les différentes conventions  
 Domaines : cancérologie (anatomopathologie, mise à disposition de médecins oncologues, participation au 3C, préparation des cytostatiques)  
 Convention, avec le Centre hospitalier de BLOIS Réalisé, dates : 05/2008  
 Domaine : soins palliatifs (interventions équipe départementale soins palliatifs dans l'établissement, participation au réseau départemental)  
 Convention, avec le Centre hospitalier de BLOIS Réalisé, dates : 06/2009  
 Domaine : réanimation  
 Convention, avec le Centre hospitalier de BLOIS Réalisé, dates : à partir 2004 (pneumologie), à partir 2005 (planning familial)  
 Domaine : mises à disposition de médecins dans différentes spécialités (pneumologie, planning familial)  
 Convention, avec le Centre hospitalier de BLOIS Réalisé, dates : 06/2015  
 Domaine : maintenance et panne IRM  
 Convention, avec le Centre hospitalier de BLOIS Réalisé : 01/2015  
 Domaine : repérage de donneurs potentiels pour prélèvements d'organes  
 Convention, avec le Centre hospitalier de BLOIS Réalisé : 05/2011  
 Domaine : réalisation des préparations magistrales  
 Convention, avec le Centre hospitalier de BLOIS Réalisé : 06/2009  
 Domaine : mise à disposition à temps partiel d'un ingénieur biomédical  
 Convention, avec le CHRU de TOURS Réalisé, dates : 03/2000  
 Domaine : réanimation néonatale  
 Convention, avec le CHRU de TOURS Réalisé, dates : 03/2011  
 Domaine : télémédecine en neurochirurgie  
 Convention, avec le CHRU de TOURS Réalisé, dates : 08/2013  
 Domaine : formation projet maternité « Amie des bébés »  
 Convention, avec le CHR d'ORLEANS Réalisé, dates : 01/2014



Domaine : mise à disposition personne compétente en infectiologie  
 Convention, avec les cardiologues exerçant à la clinique ORELIANCE à SARAN Réalisé, dates : 11/2000  
 Domaine : cardiologie  
 Convention, avec le CH de VIERZON Réalisé, dates : 07/2013  
 Domaine : maintenance et panne scanner  
 Convention, avec les CH (ex-hôpitaux locaux) de SELLES-SUR-CHER, SAINT-AIGNAN, MONTRICHARD Réalisé, dates : 06/2013  
 Domaine : mises à disposition croisées de pharmaciens  
 Convention, avec le CH (ex-hôpital local) de SAINT-AIGNAN Réalisé, dates : 05/2015  
 Domaine : consultation avancée gynécologie-obstétrique  
 Convention, avec le CH (ex-hôpital local) de SAINT-AIGNAN Réalisé, dates : 10/2013  
 Domaine : mise à disposition de pédopsychiatre pour intervention en secteur médico-social  
 Conventions, avec les EHPAD du Sud du LOIR-ET-CHER Réalisé, dates : derniers renouvellements en 2015 (conventions initiales : 2006 puis 2011)  
 Domaine : organisation des transferts et rapatriements des résidents au Centre hospitalier ; mise à disposition de compétences du Centre hospitalier  
 Conventions, avec différents foyers de l'APAJH Réalisé, dates : à partir 2011  
 Domaine : mise à disposition de psychiatre pour intervention en secteur médico-social  
 Conventions, avec diverses associations de patients ou résidents (Ligue contre le cancer, Aide pour la Vie, VMEH, UNAFAM, UDAF, France Alzheimer, Alcool Assistance La Croix d'Or, Vie libre) Réalisé, dates : de 2004 à 2015  
 Domaine : intervention des associations de patients ou complémentarité des actions Centre hospitalier / associations

|   |   |
|---|---|
| Regroupement / Fusion                           | /   |
| Arrêt et fermeture d'activité                   | Arrêt : Centre dépistage IST, vaccination, anti-tuberculose<br>Depuis 01/2013   |
| Création d'activités nouvelles ou reconversions | Modification autorisation chirurgie par ajout activité chirurgie ophtalmique ; création d'une activité d'IRM<br>Depuis 09/2014 (pour chirurgie ophtalmique), 05/2015 (pour IRM) |

# 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 (A).

## **2. Avis prononcés sur les thématiques**

### **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 encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

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 endoscopie         |
| Management de la prise en charge du patient en salle de naissance |
| FONCTIONS SUPPORTS  |
|   |

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

| PT | Population | Secteurs d'activité / services                       | Pathologie                          | Mode d'entrée  | Type de parcours | PEC |
|----|------------|--|-------------------------------------|----------------|------------------|-----|
| 1  | Sujet âgé  | SSR Personne âgée polypathologique<br>Site principal | polypathologie                      | Programmée     | Complexe         | SSR |
| 2  | Adulte     | Médecine polyvalente HC                              | pathologie chronique (DID ou autre) | Programmée     | Simple           | MCO |
| 3  | Adulte     | Chirurgie HC   | Chirurgie digestive                 | Non programmée | Simple           | MCO |
| 4  | Enfant     | Chirurgie ambulatoire                                | Posthémectomie                      | Programmée     | Simple           | MCO |

| PT | Population | Secteurs d'activité / services                          | Pathologie  | Mode d'entrée  | Type de parcours | PEC              |
|----|------------|---|---|----------------|------------------|------------------|
| 5  | Adulte     | Obstétrique   | Césarienne en urgence, ou programmée .../...          | Non Programmée | Simple           | MCO              |
| 6  | Adulte     | Santé mentale<br>Site principal –<br>Sur 2 pavillons (p | Premier séjour<br>psychose ou<br>alternance ambu      | Programmée     | Complexe         | Santé<br>mentale |
| 7  | Sujet âgé  | Soins de longue<br>durée<br>Bâtiment Les<br>Magnolias   | Séquelle AVC<br>avec aphasie ou<br>troubles cognitifs | Programmée     | Complexe         | SLD              |

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

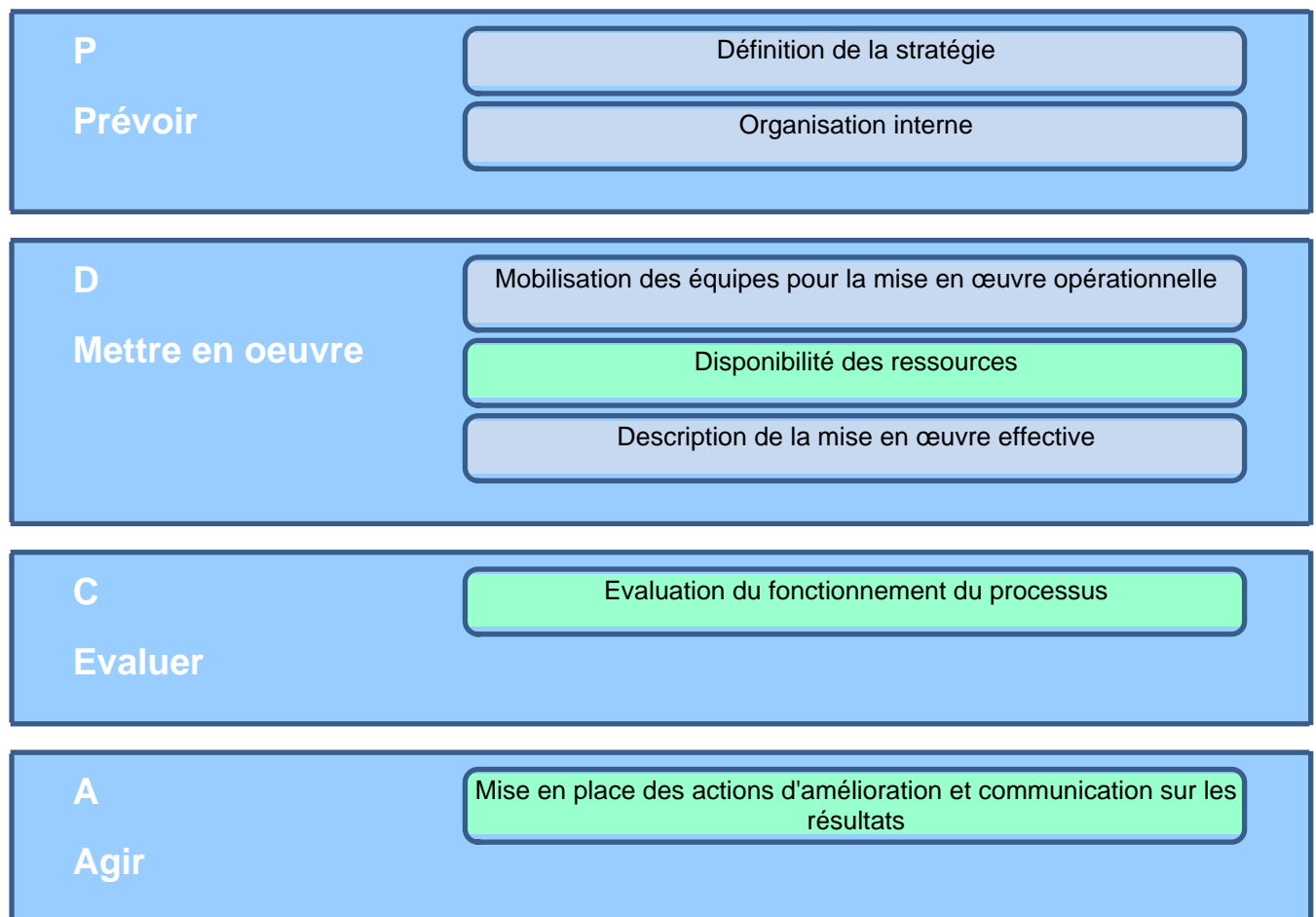
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay (CHRL) a défini sa politique qualité et gestion des risques dans son Projet d'Établissement 2014-2018. La démarche qualité et sécurité des soins s'inscrit au cœur des pratiques, l'établissement revendiquant qu'il « n'est légitime et ne rend réellement service aux patients que si les soins qu'il dispense sont aussi sûrs qu'ils peuvent l'être ailleurs ». La stratégie est déclinée selon le Manuel de Certification V2010 et les objectifs stratégiques répondent aux thèmes prioritaires identifiés dans le Manuel d'Assurance Qualité (MAQ). Ils ont été élaborés sur la base d'une identification du contexte en termes de points forts et de fragilités, des missions et de l'analyse structurée des risques propres à l'établissement. Au regard de ses besoins et de ses risques, les mesures de traitement, les ressources et les modalités de suivi ont été identifiées. La stratégie des EPP, quant à elle, est décrite dans une procédure spécifique et est retrouvée dans le MAQ. Ce dernier a pour but d'objectiver les priorités, les valeurs et les orientations de la démarche qualité et gestion des risques de l'établissement. Les Représentants des Usagers ont participé à l'élaboration de cette politique dans le cadre des instances auxquelles ils participent (COPIL QGDR, CRUQPC, CLUD, Comité Ethique, etc.). Cette stratégie validée par la CME et la Direction des Soins est déclinée dans un programme d'actions qualité et gestion des risques (PAQGDR) formalisé et identifiant pour chacune des actions, un responsable et un délai de réalisation. Le PAQGDR qui est la déclinaison opérationnelle de la politique, prend en compte les obligations réglementaires, les plaintes et réclamations ainsi que l'analyse a priori et a posteriori des risques. S'agissant du Compte Qualité (CQ), chaque service a été invité à formaliser sa cartographie des risques à partir du parcours du patient et à faire remonter au COPIL QGDR ses risques prioritaires. Les plus significatifs ont été retenus pour implémenter le CQ. L'établissement s'est ainsi saisi du CQ pour prioriser les actions du PAQGDR qui est aujourd'hui exhaustif et qu'il envisage de simplifier pour le rendre plus opérationnel. Le CQ a été validé par le COPIL QGDR. Le CHRL s'engage dans sa mise à jour régulière, via les pilotes de processus.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter son processus. Le COPIL QGDR, sous la responsabilité du Directeur et de la Présidente de la CME, pilote, en lien avec des instances spécialisées, la démarche (CLIN, CLUD, COMEDIMS, CRUQPC,..). Des règlements intérieurs définissent le fonctionnement de chaque instance. Au niveau opérationnel, le relais est assuré par les trio de Pôles qui sont membres du COPIL QGDR, par des référents ou correspondants (douleurs, hygiène, médicament, qualité, dossier patient...) qui assurent le lien entre le terrain et les instances thématiques. Un groupe « Gestion des risques » est responsable de la gestion des signalements des évènements indésirables. Sont également désignés avec une fiche de missions, un Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, deux Responsables du Système de Management de la Qualité de la prise en charge Médicamenteuse (RSMQM), un médecin pour le versant médical et la pharmacienne-Présidente de CME pour le versant médicament, des correspondants pour les vigilances sanitaires. Une Cellule Qualité assure la cohérence, la coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques et la centralisation de l'avancée des démarches. Par ailleurs, un temps institutionnalisé sur le jeudi après-midi est consacré aux réunions d'instances. Ces « jeudis qualité » regroupent successivement deux instances thématiques suivies du COPIL QGDR. Le calendrier est établi annuellement et accessible sur l'intranet. Pour conduire ses processus, l'établissement a désigné des pilotes. 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. Concernant les ressources humaines, l'établissement prévoit les moyens et compétences. Par exemple, les professionnels en charge du système de management de la qualité maîtrisent la conduite des RMM, des CREX et autres méthodes. Le plan de formation annuel est construit en fonction des priorités nationales, institutionnelles et individuelles. Des actions de formations sont prévues de façon récurrente sur la qualité et la gestion des risques (méthode Orion initiée depuis 2011, évènements indésirables,..) et sur le cœur de métier (bienveillance, hygiène, identitévigilance, médicament,..). L'intégration des nouveaux arrivants est organisée et des sessions de formation sur les signalements et l'identitévigilance sont planifiées plusieurs fois dans l'année. L'établissement prévoit ses ressources matérielles pour organiser son système qualité, un intranet support de la gestion documentaire, un dispositif de signalement des évènements indésirables et un logiciel spécifique pour l'exploitation statistique. L'établissement a identifié le besoin d'acquérir un logiciel spécifique pour sa gestion documentaire une fois son système mature et l'architecture documentaire totalement définie. Par rapport à la documentation, l'établissement projette d'améliorer la mise à disposition des référentiels et guides de bonnes pratiques en centralisant informatiquement ses abonnements. Le système qualité est documenté (procédure des procédures, MAQ). Des trames types sont définies (procédure, par exemple) et la gestion de crise est formalisée dans le plan blanc de l'établissement. Concernant la politique d'achat, l'établissement s'attache à développer l'association des utilisateurs aux choix d'équipements qui sont ensuite validés par les responsables ou à

défaut par le Directeur. La gestion des interfaces et des circuits qualité et sécurité des soins est organisée et formalisée dans un organigramme, elle permet l'articulation cohérente des missions et compétences. Le COPIL QGDR dans sa version plénière et dans sa version restreinte assurent un lien étroit avec la Cellule Qualité. La composition et le fonctionnement de ces instances facilitent la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. En effet, le COPIL QGDR regroupe toutes les fonctions de pilotage de l'établissement. Il se compose du Directeur, du Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, de la Présidente de la CME, de la Directrice des Soins, des RSMQM, de chaque vigilant, de chaque président d'instance, des représentants de la direction QGDR, des représentants de pôles, des représentants des usagers, des responsables des fonctions support, des responsables médicaux et cadres des secteurs à risque.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Des objectifs et plan d'actions opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Chaque secteur a conçu de façon pluridisciplinaire sa cartographie des risques sur le parcours du patient pour en dégager ses priorités (en SSR, par exemple, les priorités identifiées concernent les chutes et le projet de sortie en lien avec la durée moyenne de séjour). La sensibilisation des professionnels aux risques a débuté par une formation à la méthode ORION puis par la formalisation de cartographies des risques spécifiques à chaque secteur. Des réunions de service sont organisées et intègrent un point qualité permettant un retour d'information (six réunions par an sur le service SSR, par exemple) sur les objectifs institutionnels et les résultats d'évaluation. Les temps de transmission permettent quant à eux de communiquer éventuellement sur la documentation institutionnelle et/ou sur l'information du moment (nouvelle procédure par exemple). A la faveur de ces actions d'association des équipes opérationnelles, les professionnels se sont appropriés les méthodes, objectifs et plans d'actions. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques sur des points qu'ils considèrent constituer un axe de progrès par rapport aux activités de leur service. Ils assurent ponctuellement des contrôles et informent les professionnels de leurs résultats. Les IPAQSS font l'objet d'un suivi et d'un affichage dans le service. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.) en associant les professionnels, notamment dans les CREX ou dans les réunions de service. Les professionnels s'associent à la mise en œuvre des actions engagées.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences sont effectives. Des référents ou correspondants sur des fonctions spécifiques sont identifiés dans tous les services (médicament, douleur, qualité, dossier patient, hygiène, etc.). Une Équipe Opérationnelle d'Hygiène est en place et très active dans la lutte contre le risque infectieux. Les formations mises en œuvre sont nombreuses et concourent au maintien des compétences. Elles sont identifiées au regard des demandes individuelles au cours des entretiens d'évaluation mais également au regard de priorités (nationales, institutionnelles) et des besoins du service ou d'une prise en charge (formation hypnose dans le cadre de la prise en charge de la douleur). Afin d'assurer l'intégration du nouvel arrivant, une formation sur le signalement des événements indésirables et de l'identitovigilance est effectuée. L'acquisition et/ou le maintien des compétences passe également par des actions d'information et de sensibilisation menées notamment au cours de la semaine sécurité des patients à destination des professionnels mais également de la population de Romorantin Lanthénay (dans une galerie commerciale avec la boîte à « Solution Hydro-Alcoolique » et la « chambre des erreurs »). Selon certains besoins, les équipements et matériels nécessaires à la prise en charge sont disponibles dans les unités et font l'objet d'un plan de maintenance. Les professionnels peuvent en outre solliciter les besoins en équipements et matériels au regard de besoins nouveaux. S'agissant des ressources matérielles couvrant le système de management de la qualité, les professionnels accèdent à la Gestion Electronique Documentaire (GED) et au dispositif de signalement des événements indésirables depuis les postes informatiques disponibles dans tous les services.

Enfin, concernant les ressources documentaires, la documentation est accessible dans tous les secteurs. Elle comporte les documents nécessaires à la prise en charge et notamment les fiches de poste et Charte de fonctionnement du service nécessaires dans le cadre de l'intégration des nouveaux arrivants. Dans certains cas, en fonction des besoins et des risques identifiés, un accompagnement en doublon du nouvel arrivant peut être envisagé (en salle de naissance, par exemple). Les professionnels peuvent émettre le besoin de formalisation d'un document utile à leurs pratiques. Ils participent à son élaboration et si nécessaire à son réajustement. Le système documentaire comporte déjà la diffusion de recommandations et de référentiels de bonnes pratiques. Toutefois, la gestion documentaire n'est pas totalement opérationnelle. Le système de mise à jour des révisions n'est pas totalement effectif, par exemple procédure de "formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels" non remise à jour en fonction de la période énoncée. D'autres documents ou pratiques ne sont pas conformes aux règles énoncées dans la procédure des procédures à savoir, absence de numéro de version (par exemple le protocole CREX), absence du logo de "diffusion contrôlée" (par exemple la procédure de gestion des alertes sanitaires). Des classeurs avec des documents en version papier persistent dans le secteur de salle de naissance, la procédure des procédures actant de la disparition des classeurs papiers. Par ailleurs,



l'historique des révisions n'est jamais tracé ce qui ne rend pas aisée la prise de connaissance rapide de la nouvelle version par les professionnels.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent l'organisation définie en termes de système de management de la qualité (documentation, signalement EI, analyse des causes profondes) et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Le travail en équipe est encouragé et favorise l'adhésion à la démarche. Les professionnels accèdent depuis leur poste de travail à l'intranet de l'établissement pour retrouver les documents utiles à leur exercice. Le dispositif de gestion des événements indésirables est opérationnel, connu et mis en œuvre. Les professionnels connaissent le circuit de signalement et la Charte de non punition à la déclaration. Le groupe « Gestion des risques » oriente les signalements et suit les actions d'amélioration. En cas d'évènement grave, le signalement fait l'objet d'une analyse des causes notamment profondes, selon la méthodologie ORION en associant les acteurs concernés et le déclarant lui-même. Les signalements peuvent également donner lieu à la mise en place de RMM interne ou inter-établissement. Le retour d'information au déclarant est systématique. S'agissant de la gestion des risques a priori, la mobilisation d'un grand nombre de professionnels, dans le cadre des EPP, à la formalisation des cartographies des risques et à la conduite de patients traceurs a facilité l'appropriation et le développement de cette démarche. De même, le dispositif de gestion de crise est connu et mis en œuvre par l'intermédiaire d'exercices de simulation et lors de crises effectives (inondations). Les professionnels participent à la démarche qualité et gestion des risques en étant pour certains membres d'une instance, d'un groupe de travail ou référents sur un thème spécifique. Les instances sont effectives. Depuis 2012, le COPIL QGDR se réunit tous les mois à l'exception des périodes d'été. S'agissant du COPIL QGDR restreint, il se réunit tous les 15 jours en alternance avec le COPIL système d'information (SI). Les instances thématiques quant à elles se réunissent 3 à 4 fois par an. Pour ce qui relève de l'Accréditation individuelle des médecins, deux praticiens sont accrédités et un autre est engagé dans la démarche. Ces démarches individuelles sont articulées avec le dispositif de gestion des risques interne à l'établissement notamment par un partage de données. Le recueil de la satisfaction des usagers est effectif. L'analyse des questionnaires de sortie en lien avec les Représentants des Usagers permet d'identifier des actions d'amélioration. Les plaintes et les réclamations sont traitées par la Direction puis évoquées et suivies dans le cadre la CRUQPC. Les circuits sont respectés et les interfaces nécessaires au système de management de la qualité sont connues (circuit de création d'un document destiné à la GED, circuit d'un signalement EI, circuit des vigilances sanitaires, modalités permettant d'engager une EPP avec le service qualité, missions des instances stratégiques et instances thématiques). Des RCP sont organisées par le Centre Hospitalier de Blois au niveau de la Cancérologie auxquelles les praticiens du CHRL sont conviés. Des Staffs en Oncologie sont tenus afin de préparer les dossiers des patients pour le passage en RCP (procédure du Centre Hospitalier de Romorantin sur intranet). S'agissant des traçabilités en lien avec le cœur de métier et le soin (dossier patient informatisé et papier, fiches de traçabilité,...), la traçabilité des actions et activités réalisées est assurée et partagée comme l'attestent les parcours patients traceurs réalisés au cours de la visite. En outre, la traçabilité des actions et activités réalisées dans le champ du système de management de la qualité (convocation, compte-rendu, émargement,...) est mise en œuvre.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de sa démarche qualité et sécurité des soins. Concernant les Évaluations de Pratiques Professionnelles, le CHRL a fait le choix de privilégier l'approche Patient Traceur (1 patient traceur par mois depuis 1 an), la cartographie des risques, les CREX et RMM afin d'assurer la participation du plus grand nombre de professionnels. Les indicateurs nationaux obligatoires font l'objet d'un recueil et des recueils internes sont également organisés. L'établissement satisfait à ses obligations en matière de RMM et de RCP en regard de ses activités. L'évaluation de la satisfaction des usagers en lien avec la CRUQPC est réalisée. Au vu du faible taux de retour via l'enquête e-satis, le CHRL a décidé de maintenir son questionnaire interne de fin de séjour (MCO, psychiatrie, pédiatrie et urgences). Les résultats sont présentés et analysés en CRUQPC afin de pouvoir débattre de la qualité de l'accueil et de la prise en charge et si besoin identifier des actions d'amélioration. Les actions d'amélioration et les préconisations retenues sont intégrées au PAQGDR. L'évaluation des pratiques cœurs de métiers est conduite. Toutefois, l'évaluation du système de management de la qualité ne couvre pas l'ensemble du dispositif. L'établissement n'a pas totalement défini d'indicateur pour évaluer et piloter son système de management de la qualité (taux de documents révisés, taux d'actions réalisées au PAQGDR,...).

### A / AGIR

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

L'établissement prend en compte les données issues d'évaluations externes et inspections. A ce titre, il a élaboré un plan d'actions en vue de répondre aux recommandations de la certification V2010 notamment s'agissant de la thématique dossier patient. Dans le cadre du suivi de ses indicateurs IPAQSS, l'établissement identifie les défaillances et valeurs nécessitant des mesures correctives, (délai d'envoi du courrier de sortie, tenue du dossier patient, traçabilité de la douleur en SSR, traçabilité des symptômes en phase initiale d'un AVC, traçabilité de la prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum). Les actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre. Celles-ci sont en grande partie intégrées et articulées avec le PAQGDR. A terme il est prévu de faire évoluer le PAQGDR, afin d'être exhaustif et mobilisable en tant qu'outil de pilotage et de partage d'information. Il est envisagé de le construire à partir des objectifs stratégiques qui seront déclinés en objectifs opérationnels renvoyant à des fiches projets. A la faveur des nouvelles évaluations et recueils d'indicateurs, l'établissement objective l'efficacité des actions conduites et réajuste ses objectifs.

La stratégie de communication est établie et les modalités de diffusion des résultats en interne et en externe sont multiples : journal interne (Chromozoom), semaine de la sécurité des patients, affichage des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS dont les IPAQSS, vidéo sur la télévision interne). D'autres vecteurs concourent à l'information des professionnels en interne, à savoir, les réunions de services, les temps de transmission, l'intranet qui met à disposition l'ensemble des comptes rendus de réunions, bilans annuels d'instances et le tableau de bord des indicateurs qualité et sécurité des soins. Les représentants des usagers, très impliqués dans la vie de l'établissement, représentent un vecteur privilégié de communication et de retour d'information à destination des patients, de leurs proches mais également de l'établissement. Le réajustement du programme et de la politique qualité / gestion des risques en fonction des évaluations menées et résultats obtenus est effectif et tracé sur les comptes rendus de réunions.

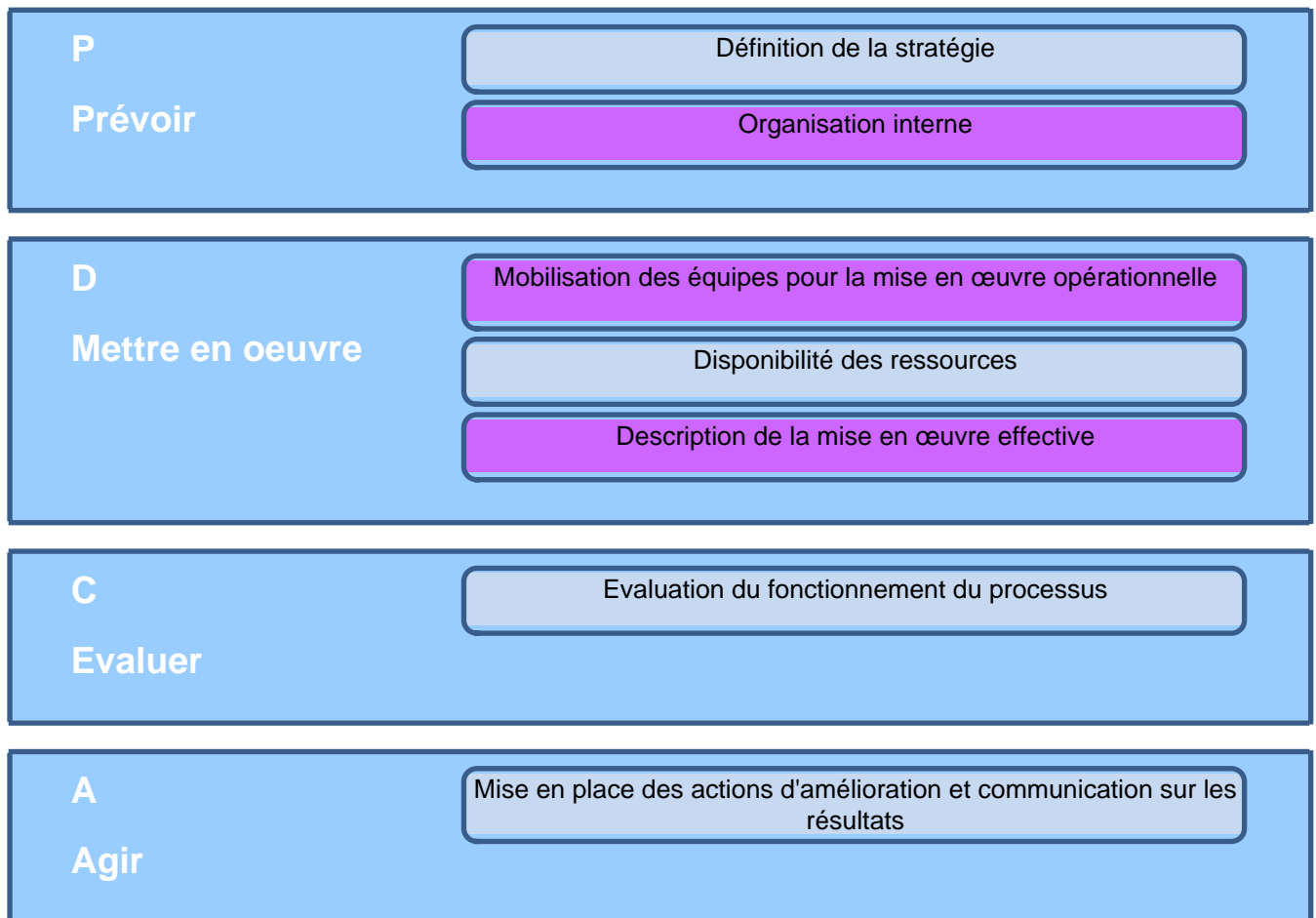
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 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**

La maîtrise du risque infectieux, le bon usage des antibiotiques et la lutte contre les infections nosocomiales sont des axes prioritaires du projet d'établissement, du projet de soins et de la politique qualité gestion des risques du Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay. La stratégie et les objectifs sont validés par les instances de l'établissement, ils sont cohérents avec les besoins spécifiques de l'établissement, les prises en charge assurées et les résultats publiés des indicateurs (ICSHA, ICATB, ICABMR). La définition, l'analyse et la hiérarchisation des risques a été réalisée par le Clin et l'EOH selon une méthode structurée, la méthode Analyse des Modes de Défaillances (AMDEC) et sur la base de la grille de la Has. Neuf de ces risques que l'établissement a classés prioritaires ont été repris dans le compte qualité. Un plan d'actions accompagne chaque risque identifié dans le compte qualité. Les mesures de traitement des risques et notamment les ressources requises sont identifiées. Les actions prévisionnelles énoncées dans le compte qualité intègrent le programme d'actions institutionnel dont le volet relatif au risque infectieux a été établi par l'EOH et a été validé par le CLIN.

Le plan d'actions précise les objectifs visés, les actions à mettre en place, le pilotage, les modalités de suivi et les échéances prévisionnelles de réalisation. Il est priorisé et présenté pour validation aux instances.

**ORGANISATION INTERNE**

Le Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay a défini une organisation pour le pilotage du processus qui englobe les risques infectieux liés à l'eau, à l'air, au linge, aux déchets, au contact avec le sang, à la réalisation de chantiers de travaux, ainsi que les risques liés à l'hygiène alimentaire.

Les rôles et missions sont identifiés. L'EOH assure le pilotage du processus et deux instances de l'établissement oeuvrent en matière de prévention du risque infectieux, le Comité Anti-Infectieux (CAI) et le CLIN. Le CAI est spécifiquement en charge de la promotion du bon usage des anti-infectieux, de la surveillance de la consommation des antibiotiques et de la lutte contre les résistances bactériennes. Le fonctionnement et les missions du Clin et du CAI sont détaillés dans leurs règlements intérieurs. Les missions de l'EOH sont décrites et des fiches de poste sont établies pour ses membres. Une cellule "eau" en charge plus particulièrement des problématiques liées à l'eau a élargi son champ d'intervention à l'air et aux surfaces. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a organisé la réponse à ses besoins afin d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixés. Sur le plan des ressources humaines, l'EOH est composée d'un praticien hygiéniste à mi-temps, d'un temps de praticien infectiologue (convention de mise à disposition avec le CHR d'Orléans), d'un pharmacien à mi-temps, d'une infirmière hygiéniste à temps plein, du cadre de l'activité d'endoscopie et de celui des activités médico-techniques. Un temps de secrétariat est affecté à l'EOH. Le coordonnateur général des risques associés aux soins participe aux travaux de l'EOH. L'organisation de l'entretien et de l'hygiène des locaux relève de l'infirmière hygiéniste qui a établi un zonage des différents lieux à entretenir. Un réseau de référents est déployé au sein des unités et une équipe centrale de nettoyage est chargée des locaux communs. Le recueil des indicateurs liés au risque infectieux relève de l'EOH. Sur le plan des compétences, l'EOH définit chaque année les axes de formation à déployer et à inscrire au plan institutionnel. Le plan de formation institutionnel reprend annuellement des formations sur la thématique de la maîtrise du risque infectieux, de la lutte contre les infections nosocomiales et de l'antibiothérapie. Les formations s'adressent au personnel médical, non médical mais également aux nouveaux arrivants et aux internes. Par ailleurs, l'accès aux compétences en matière de prévention du risque infectieux prévoit des dispositifs complémentaires des formations. L'information du patient et de son entourage sur la prévention du risque infectieux est organisée dans le livret d'accueil et par la remise de dépliants donnant des explications au patient porteur de BMR, de BHR, de gale ou de clostridium difficile et sur les précautions à prendre pour éviter la transmission. L'EOH est également rédactrice d'articles diffusés par la voie du journal interne du Centre Hospitalier et de son site internet. Elle organise trois jours de formation aux élèves aides-soignants étudiant à l'institut de formation rattaché à l'établissement. L'EOH est intégrée au dispositif d'information donnée aux nouveaux arrivants pour qui un cursus spécifique d'information sur la gestion du risque infectieux est obligatoire. Sur le plan des ressources documentaires, les protocoles et documents opérationnels de mise en œuvre du processus sont établis et intégrés dans la gestion documentaire de l'établissement accessible sur l'intranet. De nombreux autres documents pédagogiques complètent la documentation établie par l'EOH. L'organisation prévoit que les prescripteurs soient invités à signer individuellement une charte d'engagement au bon usage des antibiotiques. Sur le plan des ressources matérielles, l'établissement organise la mise à disposition des services des équipements nécessaires à l'entretien, à la protection des personnels, à la signalisation et au confinement du patient porteur d'agents infectieux. Le logiciel de prescription pharmaceutique est paramétré pour permettre l'apparition d'une alerte pour toute réévaluation d'antibiothérapie à effectuer par un prescripteur au terme des 72 heures. Les interfaces et les circuits sont définis et organisés pour faciliter la concertation entre les professionnels et entre les services. Une procédure sur les modalités de collaboration entre les services de l'établissement a été

formalisée pour en régler les règles et les principes.

La coordination, en lien avec la responsable qualité, repose, sur les membres de l'EOH qui interviennent autant que de besoin lors des réunions des instances de l'établissement et au sein des services. L'EOH est également associée à tout projet de travaux à réaliser au sein de l'établissement et un de ses membres siège au CHSCT. L'organisation de prévention et de lutte contre le risque infectieux est revue régulièrement, elle est ajustée en tant que de besoin avec la contribution de l'ensemble des acteurs institutionnels impliqués.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les services déclinent le programme qualité et gestion des risques institutionnel (PQGDR) recensant 40 actions liées à la gestion du risque infectieux, certaines étant transversales. D'autres touchant plus spécifiquement à certains services sont mises en œuvre, (urgences, bloc opératoire, obstétrique). L'information et la sensibilisation des professionnels sur le risque infectieux et la lutte contre les infections nosocomiales est réalisée selon différentes modalités, réunions des cadres, réunions dans les services, interventions de l'infirmière hygiéniste lors des transmissions, accompagnement de l'infirmière hygiéniste auprès des personnels, action des référents (une réunion des référents en hygiène est programmée tous les deux mois). Les membres de l'EOH rencontrent également les services de restauration, de lingerie, de stérilisation et les services techniques. Le pharmacien sensibilise les médecins hospitaliers et libéraux au bon usage des antibiotiques par la remise de documents spécifiques et une information individualisée. La sensibilisation repose également sur le livret d'accueil des professionnels et des nouveaux arrivants apportant des informations sur la gestion du risque infectieux. Le contrôle de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues est effectif. Les résultats des ces contrôles et des évaluations réalisées ainsi que le suivi des indicateurs sont analysés en lien avec les équipes, des actions d'amélioration sont définies pour atteindre les objectifs visés. La feuille d'évènement indésirable est également une source d'information exploitée pour définir les dysfonctionnements potentiels, le retour d'expérience est en place et les professionnels concourent à la définition des mesures pouvant être prises.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles et correspondent aux préconisations (praticien hygiéniste, infirmière hygiéniste, praticien infectiologue, pharmacien, cadres de santé). Un réseau de quarante six référents composé d'IDE, d'AS et d'ASH est déployé dans les services, (hygiène, linge, déchets, usage unique). Sur la base du plan de formation, les actions prévues sont dispensées soit par des organismes extérieurs, soit en interne par l'infirmière hygiéniste. Ces formations sont variées, s'adressent à des publics divers au sein de l'établissement. Elles incluent les nouveaux arrivants parmi le personnel médical et non médical (hygiène de base, prévention des AES, précautions standard et complémentaires, gestion des excréta, tri des déchets, entretien des locaux, risque légionnelle, hygiène des mains, TIAC, sensibilisation aux signalements, infections associées aux soins). Une journée spécifique à l'hygiène des mains est mise en œuvre annuellement par l'EOH. Les membres de l'EOH participent à des congrès nationaux et aux journées thématiques organisées par le CCLIN. Ils mettent à profit les formations et autres soutiens que peut leur apporter l'adhésion de l'établissement au Réseau Hygiène de la région Centre (RHC). Les outils proposés par le Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH) sont également utilisés. Les ressources documentaires sont disponibles, accessibles et connues des professionnels. Elles sont intégrées dans la gestion documentaire informatisée (protocoles hygiène des mains, précautions standard, précautions complémentaires, AES, entretien des lave-bassins, gestion des excréta, guide de gestion des déchets, entretien des locaux, etc.). Un guide de l'antibiothérapie et une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée sont établis à destination des prescripteurs. Les précautions standard et complémentaires sont mises à disposition dans les unités ainsi que les règles à respecter en cas de besoin de confinement d'un patient. Les règles à adopter pour le tri sélectif des déchets sont affichées. Les ressources matérielles nécessaires au bon fonctionnement du processus sont tenues disponibles (tabliers plastiques de protection pour les soins mouillants et souillants, locaux d'accès sécurisé par digicode pour le dépôt des DASRI, chariots de soins uniformisés, armoires à linge conformes, absence de croisement des circuits propre et sale, ...).

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis. Les circuits impactant le risque infectieux sont respectés et les interfaces entre les secteurs (de soins, médico-techniques, logistiques) sont opérationnelles. Les procédures d'hygiène des locaux sont mises en œuvre sous la surveillance de l'infirmière hygiéniste. La traçabilité de l'entretien des locaux effectué est présente sur les chariots de soins ainsi que la traçabilité du nettoyage des chariots eux-mêmes. La purge des circuits d'eau est réalisée dans les unités de soins et les locaux communs trois fois par semaine. Elle est tracée. Les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux sont effectuées et tracées. Différentes méthodes adaptées de surveillance et d'évaluation sont utilisées (audit, Epp, quick audit, prélèvements de surface, ...). Un affichage des indicateurs est effectif dans chaque service. Le pharmacien

analyse les prescriptions d'antibiotiques, suit la réévaluation effective du traitement à 72 h. La réévaluation des antibiotiques injectables à dispensation contrôlée fait l'objet d'une traçabilité dans le dossier du patient. Le signalement par la fiche d'événement indésirable (FEI) de l'établissement (reprenant des items sur la prévention du risque infectieux et la lutte contre les infections nosocomiales) est mis en œuvre. A la faveur de l'habitude du travail en équipe, ces FEI relatives au risque infectieux font l'objet d'un examen par la cellule qualité et sont systématiquement suivies d'une CREX associant les professionnels. Les situations nécessitant un traitement intersectoriel et/ou interdisciplinaire sont identifiées. La lettre de sortie du patient et la fiche de liaison infirmière mentionnent l'existence d'une infection pour l'information des professionnels de santé amenés à prendre en charge le patient à la sortie du service. L'information est également délivrée aux ambulanciers assurant le transport. Toute présence de patient porteur de bactéries résistantes est signalée au sein de l'établissement par une alerte du laboratoire à destination du service d'hospitalisation du patient concerné, du pharmacien et des membres de l'EOH. L'infirmière hygiéniste se rend alors dans le service pour prendre les premières mesures et active un signalement sur le dossier informatisé et sur le dossier papier du patient concerné. Les instances en charge du risque infectieux sont opérationnelles. Le CLIN, le CAI et le COMEDIMS se réunissent au moins 3 fois par an. Les référents hygiène sont réunis tous les deux mois par l'infirmière hygiéniste. Le groupe "eau" se réunit quatre fois par an. Les comptes-rendus des réunions sont rédigés et intègrent la gestion documentaire de l'établissement tout comme les résultats des indicateurs. Comme le confirment les valeurs de la plupart des indicateurs spécifiques, (ICALIN 2 A/90, ICSHA 2 A/94.5, ICABMR B/88, ICALISO A/91 et score agrégé A/89) la mise en œuvre de la prévention et de la lutte contre les infections associées aux soins est effective au sein de l'établissement.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'EOH, en lien avec la CAI, assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du dispositif de maîtrise du risque infectieux sur la base d'outils identifiés et adaptés, les résultats sont exploités et concourent à identifier des actions correctives. Les méthodes d'évaluation du processus sont variées (patient traceur en pédiatrie, RMM sur l'infection du site opératoire, REX relative à l'épidémie de gale, EPP sur la réévaluation de l'ATB entre la 24<sup>e</sup> et la 72<sup>e</sup> heure, audit précautions standards et hygiène des mains, recueil et suivi des IQSS, audit sur les précautions complémentaires, sur le circuit des DASRI, prélèvements de surface, prélèvements bactériologiques sur le linge, suivi de la consommation des SHA et des antibiotiques, suivi et transmission par service des résultats des BMR, évaluations pédagogiques avec les outils du GREPHH, etc.). Certaines modalités d'évaluation sont reconduites avec une périodicité définie. L'établissement renseigne annuellement l'enquête nationale de prévalence sur les infections nosocomiales et les antibiotiques. Le volet du plan d'action qualité relatif à la gestion du risque infectieux fait l'objet d'une revue mensuelle avec la responsable qualité. Le pharmacien évalue régulièrement le bon usage des antibiotiques et suit des indicateurs adaptés. Un bilan d'activité annuel de la CAI, du CLIN, du COMEDIMS est transmis au Comité de pilotage qualité gestion des risques et à la CME.

## A / AGIR

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

Dans le cadre de l'analyse des données disponibles, l'établissement a déployé des actions notamment en regard de la valeur de l'ICATB2. Les actions d'amélioration mises en œuvre au vu des résultats constatés sont intégrées et articulées avec le programme d'actions qualité et gestion des risques (PAQGDR) institutionnel. A la faveur de la reconduction d'évaluations, l'établissement mesure l'impact des actions conduites et réajuste ses objectifs le cas échéant. Des supports et modalités de diffusion sont établis et la communication des actions et des résultats est réalisée en interne comme en externe. Les partenaires extérieurs et professionnels de santé libéraux reçoivent le journal interne et des manifestations publiques sont organisées pour la sensibilisation et l'information de la population. Dans le cadre de la semaine « sécurité du patient », par exemple, les membres de l'EOH ont proposé dans une galerie marchande, en présence des représentants des usagers, une animation au cours de laquelle les passants étaient invités à se servir d'une « boîte à SHA » avant et après une éducation sur le lavage des mains. Des interventions sont également effectuées dans les écoles. Les résultats des indicateurs font l'objet d'un affichage dans les unités.



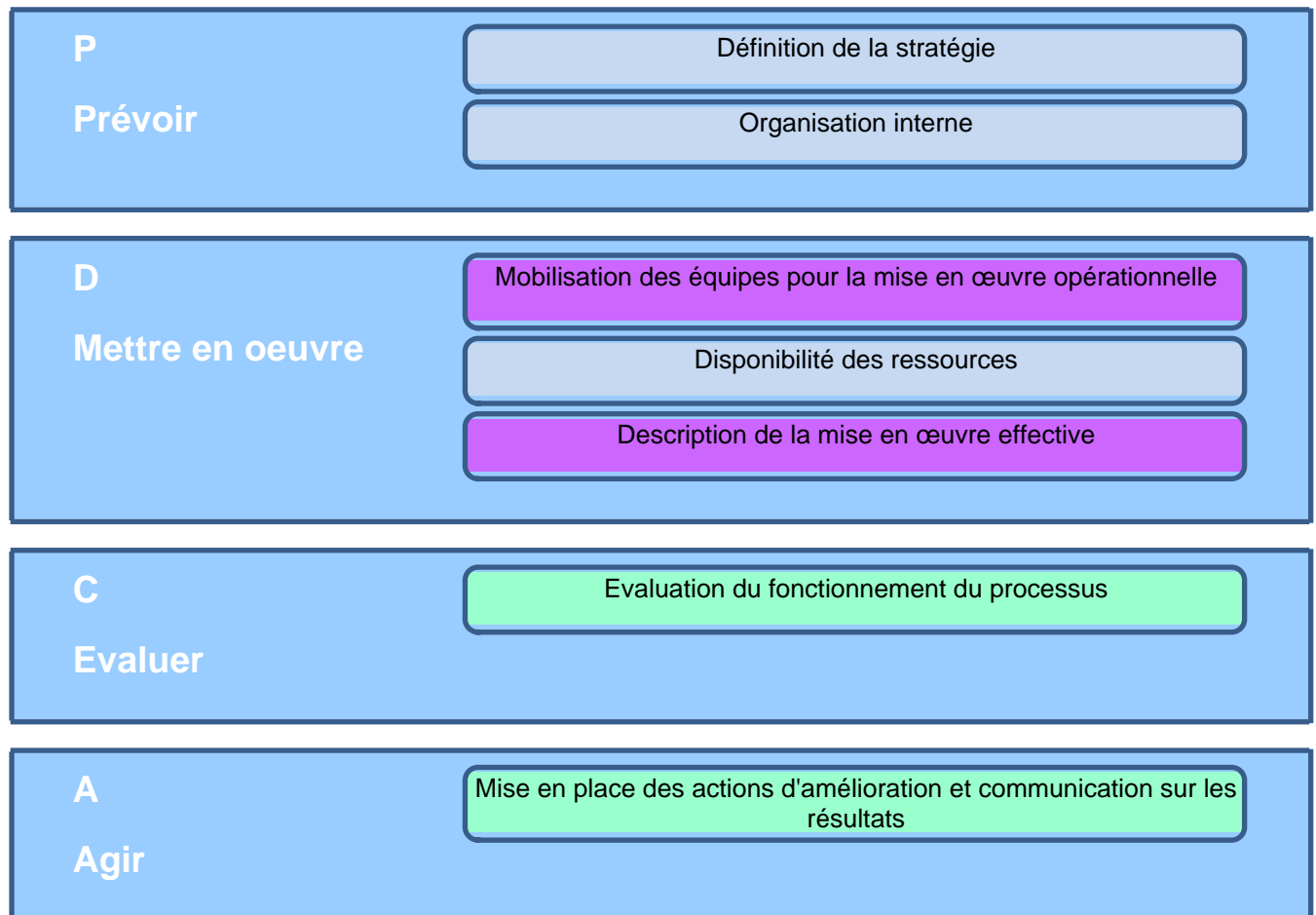
# DROITS DES PATIENTS

## 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**

Le Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay a inscrit le respect des droits, valeurs et croyances des patients, la promotion de la bientraitance, l'information ainsi que l'implication et la place des usagers dans ses orientations stratégiques. Un volet intitulé "valeurs et missions" est inséré dans son projet d'établissement. Les valeurs portées par l'établissement correspondent à sa mission de service public, à sa volonté de prévenir la maltraitance et de promouvoir le droit de tous à accéder aux soins. Elles sont en concordance avec les besoins de la population majoritairement vieillissante, fragilisée et vulnérable prise en charge par l'établissement. Des coopérations sont établies pour une offre de consultations avancées la plus complète possible et une intégration dans la filière gériatrique. La prise en charge dans l'établissement de patients hospitalisés en psychiatrie avec ou sans leur consentement est une donnée que l'établissement prend en compte dans la définition des axes spécifiques qu'il s'attache à développer. Les besoins identifiés tiennent également compte des résultats des audits internes, des enquêtes de satisfaction, des questionnaires de sortie et de l'étude des plaintes et réclamations. Les représentants des usagers membres de la CRUQPC participent activement à la définition de la stratégie de l'établissement et à l'information de l'établissement sur les besoins exprimés par ses usagers. Le Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay a établi dès 2015, sur la base d'une méthode explicite, une cartographie des risques liés aux droits des patients et certains de ces risques, jugés prioritaires, figurent au compte qualité. Ils ont été priorisés selon la méthodologie de la grille HAS. Sont ainsi identifiés l'absence de recueil des directives anticipées, le défaut d'information sur un dommage lié aux soins, le non respect de la confidentialité, de la dignité et de l'intimité du patient. Les risques identifiés sont soit transversaux à toutes les prises en charge soit spécifiques à un secteur d'hospitalisation. Il en est ainsi, par exemple du non respect de la liberté d'aller et venir en structure de psychiatrie fermée. Un plan d'actions accompagne chacun des risques identifiés au compte qualité. Les mesures qui y sont prévues sont reprises dans le programme d'actions qualité et gestion des risques institutionnel (PAQ GDR) qui est formalisé et priorisé. Ce plan d'action relatif aux droits des patients définit les objectifs d'amélioration, les mesures de traitement des risques (audit, formation, patient traceur), le pilote de l'action, l'indicateur ou les modalités de suivi et l'échéance prévisionnelle de réalisation. Le programme d'action est élaboré en lien avec la CRUQPC et validé par les instances.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation de pilotage du processus droits des patients qui garantit le respect de la confidentialité des informations relatives au patient et le respect de ses libertés individuelles. Le Chef d'établissement, la Présidente de la CME et la Directrice des Soins assurent le pilotage stratégique de cette thématique. Les missions de la CRUQPC sont définies dans son règlement intérieur et font de cette instance un partenaire dans ce pilotage. Le comité d'éthique installé au Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay contribue également à la définition des thèmes à prioriser et au pilotage du processus. L'établissement a pris acte de la nécessité de mettre en œuvre d'ici décembre 2016 la réforme de la CRUQPC en application du décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la Commission des usagers des établissements de santé. Des pilotes opérationnels sont désignés pour assurer la déclinaison opérationnelle de la stratégie déployée par l'établissement. Les professionnels en charge des relations avec les usagers et de l'accès du patient à son dossier sont identifiés (responsable qualité pour les plaintes et réclamations, l'archiviste pour l'accès du patient à son dossier). Au regard de ses missions, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, en ressources matérielles et en ressources documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. En matière de ressources humaines, est défini un temps dédié de la personne en charge des relations avec les usagers, du médiateur médical et non médical, de l'archiviste, afin de rendre effective la protection des droits des patients. Une aide effective est apportée dans ce domaine par l'implication des représentants des usagers désignés pour siéger au sein de l'établissement. Des professionnels travailleurs sociaux sont en outre en poste dans l'établissement, ils concourent à faire valoir les droits des usagers. Les plans de formation 2014-2015-2016 prévoient la programmation annuelle de thématiques en lien avec les droits du patient (bientraitance, droits des patients, bientraitance des personnes handicapées initiée par un représentant des usagers, annonce d'un dommage lié aux soins, gériatrie, incontinence, etc.). La gestion documentaire est informatisée et centralisée sur l'intranet de l'établissement. Elle intègre la documentation nécessaire au déroulement du processus droits des patients (procédures formalisées, formulaires et modes opératoires) elle est accessible et adaptée aux besoins. Le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins qui lui sont proposés, incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins, est formalisé. Le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, de son refus de soins, est organisé, notamment en ce qui concerne la recherche d'adhésion au contrat de soin du patient hospitalisé sous contrainte en psychiatrie. Les situations et populations à risque de maltraitance sont définies et diffusées ainsi que les modalités de

signalement et les conduites à tenir dans de telles situations. La gestion des plaintes et réclamations ainsi que l'accès du patient à son dossier sont organisés et formalisés. Les ressources documentaires sont établies, elles permettent d'assurer le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients, (charte de confidentialité et d'utilisation des ressources informatiques), le respect des libertés individuelles, (charte de bientraitance, liste des ministres du culte), l'accueil adapté des patients, (nationalité étrangère, déficients sensoriels). L'établissement diffuse l'ensemble des informations nécessaires au respect des droits des patients dans son livret d'accueil qui est actualisé. D'autres documents institutionnels d'information à l'attention des patients et des accompagnants sont établis et mis à disposition, dont une plaquette d'information du patient hospitalisé en psychiatrie. L'affichage est assuré dans les unités et les lieux de circulation (tarifs, composition de la CRUQPC). Le système d'information institutionnel relatif aux droits des patients passe également par le site internet, l'intranet, le journal interne. L'établissement prévoit les ressources matérielles permettant le respect des droits des patients. Les matériels sont déployés au sein des services, un plan d'équipement annuel assure le renouvellement des équipements, un plan pluriannuel d'investissement programme les travaux à prévoir. Les locaux d'hospitalisation et d'hébergement permettent le respect de l'intimité et de la confidentialité. La gestion des interfaces entre la direction, la CRUQPC, le comité d'éthique, les services de soins, les services médico-techniques et les services administratifs est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels et les secteurs d'activité, ce qui favorise une articulation cohérente des missions et compétences permettant d'assurer le respect des droits des patients au sein de l'établissement.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Compte tenu des risques et besoins identifiés, la direction de l'établissement décline avec la CME, la CRUQPC, le comité de pilotage qualité gestion des risques, le comité d'éthique et la Direction des soins, la démarche institutionnelle de respect des droits des patients et le plan d'action qualité et gestion des risques de ce processus. Des plans d'actions propres sont établis par les services en regard de leurs risques et besoins propres, (surveillance de la mise en chambre d'isolement en psychiatrie, élaboration et évaluation des projets de vie en soins de longue durée, réorganisation architecturale du service des urgences, etc.). La responsable qualité rencontre chaque trimestre les « trios de pôles » (chef de pôle, cadre soignant et cadre administratif du pôle) pour leur présenter les résultats de leurs indicateurs et faire un point d'avancement de leur plan d'actions. Les réunions des instances, les réunions des cadres, les réunions de service, les transmissions ciblées sont des temps privilégiés également mis à profit pour la sensibilisation régulière des professionnels sur les objectifs de leur service. La mobilisation des équipes s'effectue encore par la diffusion d'informations via le journal interne et le site intranet. Ces supports sont destinés à la prise de connaissance des résultats des évaluations et des risques identifiés en matière de respect des droits des patients et de rappel des bonnes pratiques ou nouveaux modes opératoires à mettre en œuvre. Les cadres de santé disposent des résultats des questionnaires de sortie et de satisfaction des usagers concernant leur service. Des items sur les droits des patients sont intégrés dans la fiche d'événement indésirable (FEI) afin de pouvoir les analyser et suivre leur progression dans le temps. L'ensemble des résultats est restitué aux équipes régulièrement (tableaux de bord regroupant des indicateurs propres à l'établissement disponibles dans les salles de soins et indicateurs nationaux affichés dans les unités à l'attention des usagers). Des audits sont menés régulièrement au sein des services, (annonce au patient d'un dommage lié aux soins, bonnes pratiques en bientraitance, etc) et de leurs conclusions sont tirés des plans d'actions et axes d'amélioration (besoin de formations, rédaction de procédure ou de document d'information, révision d'un document se révélant difficile d'utilisation...). Le retour d'expérience est en place et associe largement les professionnels des services. En cas de dysfonctionnement, de signalement d'événements indésirables ou d'observations relevées de façon récurrente dans les questionnaires de satisfaction, des actions correctives sont immédiatement identifiées avec la participation des professionnels, elles sont intégrées au programme d'actions et mises en œuvre.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs et formations) sont disponibles dans les secteurs d'activité, elles permettent d'offrir un accueil personnalisé et adapté au patient et un soutien à son entourage. Les personnels bénéficient de formations sur la connaissance et le respect des droits des patients qui portent notamment sur la bientraitance, les soins palliatifs, le consentement aux soins, la personne de confiance. Les professionnels exerçant dans le service de psychiatrie bénéficient de formations spécifiques. La gestion documentaire informatisée est accessible depuis tous les services et elle est adaptée au fonctionnement du processus (fin de vie, bientraitance, personne de confiance, directives anticipées, accueil du patient, contention physique, démarche d'annonce d'un dommage lié aux soins, respect de l'anonymat). Une grille de repérage du risque suicidaire est utilisée dans les services de psychiatrie. Une grille d'autonomie est utilisée dans les services de long séjour. Les ressources matérielles mises à disposition sont adaptées au respect des droits des patients. Les pratiques permettent de garantir le respect de l'intimité et de la dignité des patients. La signalétique est adaptée. Des espaces et salons ont été aménagés à l'usage des patients pour l'accueil des proches. Des solutions de restauration et d'hébergement pour les accompagnants sont offertes dans les services où cette possibilité est compatible

avec le fonctionnement du service et les restrictions induites par les pathologies des patients présents dans l'unité. Les chambres sont majoritairement individuelles et équipées de douche et de WC privatifs. Un rideau d'intimité sépare les lits dans les chambres doubles. Des baignoires sont disponibles dans les unités de psychiatrie pour les besoins de la prise en charge du patient. Des aides sont apportées pour permettre la déambulation des patients en situation de handicap ou leur mobilisation (harnais, lève malades). Des dispositifs d'ouverture des portes permettent de contenir les patients désorientés ou souffrant de troubles cognitifs tout en préservant la liberté d'aller et venir pour les autres patients.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les représentants des usagers ont participé à la préparation de la visite de certification ils sont assidus aux réunions de la CRUQPC et sont consultés sur les projets en cours (par exemple l'actualisation du livret d'accueil). La composition de la CRUQPC est conforme à la réglementation. Elle se réunit 4 fois par an sur la base d'ordres du jour qui respectent ses missions et attributions ce que confirment les comptes rendus. Sa composition et ses missions sont mentionnées au livret d'accueil. Le livret d'accueil est disponible dans la chambre du patient. Il décline le droit du patient d'être informé sur son état de santé, de désigner une personne de confiance, de déposer ses directives anticipées, d'accéder à son dossier médical, de déposer une plainte ou réclamation, etc. L'organisation définie relative à l'information du patient est mise en œuvre. Le formulaire de désignation de la personne de confiance est remis et expliqué au patient par les personnels des services. Les services mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne de la politique des droits des patients. Un témoin lumineux permet de signaler la présence d'un soignant au chevet du patient afin de préserver la dignité et l'intimité de ce dernier lors des soins et des toilettes. Une liste des ministres de divers cultes pouvant être appelés est affichée dans les salles de soins. Une fiche technique rappelle les principaux rites funéraires à observer en cas de décès. L'accueil du patient est personnalisé et le soutien de l'entourage est effectif dans les situations qui le nécessitent, avec intervention sur demande de la psychologue ou de l'assistante sociale. Une liste d'interprètes permet l'instauration d'un dialogue avec les patients ne parlant pas le français et des aides sont utilisées pour la communication à destination des personnes mal entendantes (ardoise). Le recueil des habitudes de vie et des aversions alimentaires est réalisé dès l'admission. Le patient est impliqué dans la construction de son projet de soins (SSR et SLD notamment) et l'avis de l'entourage est recherché comme le confirment les parcours patients traceurs qui ont été réalisés. Le projet thérapeutique est réajusté en fonction des évaluations périodiques dont la trace figure dans le dossier patient. Les éventuelles restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite et sont réévaluées. En cas de dommage lié aux soins, l'équipe se réfère à la procédure validée sur l'établissement. Lors de l'admission, au moment de l'évaluation initiale du patient, les professionnels identifient les patients les plus vulnérables et mettent en place les actions d'accompagnement nécessaires. Une consultation "précarité" existe depuis 2014 en lien avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Les professionnels sont encouragés à signaler les situations qui pourraient être considérées comme maltraitantes et utilisent les feuilles de signalement. Les FEI sont également utilisées pour signaler les dysfonctionnements observés concernant le respect des droits des patients. Dans l'unité SLD-UHR, l'heure de lever du patient est totalement libre ainsi que son accès au petit déjeuner et un projet de vie, impliquant le patient chaque fois que cela est possible, est systématiquement établi. Un contrat de soins informatisé et signé par le médecin et le patient est établi au sein de l'unité Le Hallier (Hospitalisation de psychiatrie fermée). Dans ce même service, des groupes de parole sont programmés régulièrement pour expliquer aux patients concernés les conditions de la contrainte et de la limitation de la liberté d'aller et venir dont ils font l'objet. Aucune mesure de contention physique n'est prescrite au sein du service qui n'a recours, après analyse de la situation et de la pertinence, qu'à la mise en chambre d'isolement. Tout refus de soin du patient est inscrit au dossier. Les noms des patients ne sont pas apparents dans les salles de soins des services de MCO et la confidentialité des informations personnelles y est assurée ainsi que lors des transferts pendant lesquels des pochettes opaques permettent d'insérer les documents relatifs à la prise en charge et à l'identité du patient. L'expression des plaintes et réclamations des patients et de leur entourage est favorisée. Les plaintes et réclamations font l'objet d'un traitement en lien avec l'encadrement médical et paramédical du service concerné. Les représentants des usagers y sont associés. La CRUQPC émet des recommandations reprises dans le plan d'action institutionnel (édition de plaquettes d'information à l'usage des patients) et un bilan annuel est établi. Chaque réunion de la CRUQPC est tracée dans un compte-rendu. La traçabilité des actions (désignation de la personne de confiance, recueil des habitudes de vie et des aversions alimentaires, etc.) est assurée dans le dossier du patient, ce que confirment les patients traceurs. Le dispositif de traçabilité mis en œuvre par les professionnels constitue un atout significatif dans la lisibilité des besoins et attentes des usagers ainsi que dans le respect de leurs droits. L'accès du patient à son dossier et le recueil des plaintes et réclamations sont tracés dans un registre et suivis pour en évaluer le délai de réponse et la typologie. Forts de cette culture de respect des droits des usagers, les professionnels font preuve d'une habitude de travail en équipe permettant d'appréhender toute situation imprévue ou particulière et de l'analyser pour dégager une réponse appropriée.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus « droits des patients » sont réalisés à partir du recueil des plaintes et réclamations, de l'exploitation des événements indésirables relatifs aux droits des patients et du retour des questionnaires de satisfaction collectés et analysés périodiquement. Ce questionnaire de satisfaction comprend des items relatifs aux droits des patients et met en évidence des indicateurs de satisfaction positifs avec un taux de retour significatif. L'analyse en est faite, les résultats sont restitués aux équipes et à la CRUQPC. Des audits sont organisés régulièrement (traçabilité des données dans le dossier patient, information du patient en cas de dommage lié aux soins, présence et évaluation du projet thérapeutique du patient). L'évaluation de l'ensemble du processus droits des patients est basée également sur le recueil d'indicateurs de suivi propres à l'établissement (délais de réponse aux demandes de dossier, délai de réponse aux plaintes et réclamations, taux de satisfaction des patients, taux de personnel formé aux droits du patient et à la bienveillance). Le recueil des indicateurs nationaux obligatoires ainsi que la participation au dispositif e-satis sont effectifs. Le rapport annuel d'activité de la CRUQPC est établi et présenté aux instances de l'établissement.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration relatives aux droits des patients sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité. Les actions sont planifiées et suivies en lien avec la responsable qualité et au regard des résultats obtenus. Les résultats des questionnaires de satisfaction, du suivi des plaintes et réclamations sont partagés avec la CRUQPC qui peut émettre des propositions d'actions comme récemment la demande de changement du mobilier des chambres d'isolement de psychiatrie. Ces actions sont reprises dans le PAQ GDR. La communication des résultats des évaluations et des actions menées est assurée auprès des instances de l'établissement dont la CRUQPC, du Comité de pilotage qualité-gestion des risques et des professionnels de terrain. L'information est délivrée auprès des partenaires extérieurs par le biais du site internet et par la diffusion du journal interne qui leur est adressé.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

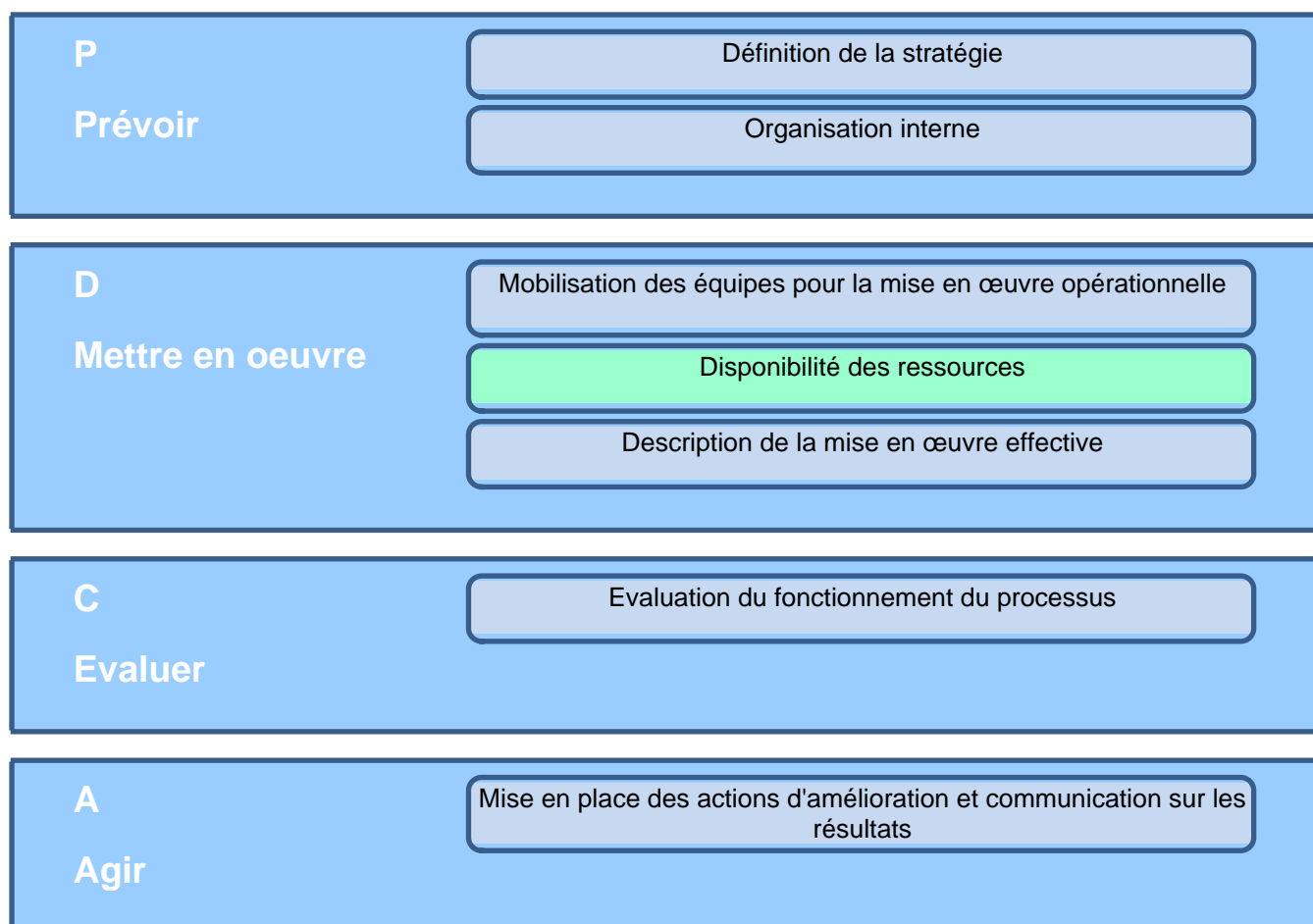
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



|                        |
|------------------------|
| Non défini             |
| Fonctionnement de base |
| Défini                 |
| Maitrisé               |
| Optimisé               |

P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay (CHRL) a défini sa stratégie du parcours patient dans son projet d'établissement 2014 – 2018. L'élaboration de cette stratégie a été menée à partir d'une analyse des données socio-démographiques de la population desservie, des orientations régionales et nationales et d'une analyse forces et fragilités intégrant des aspects d'opportunités et de faisabilité. Cette analyse itérative repose sur une méthode explicite. L'énoncé des valeurs de l'établissement en préalable des orientations stratégiques constitue le cadre de référence largement partagé par l'ensemble des professionnels rencontrés. Répondre aux besoins de la population de manière qualitative et efficiente, constitue le fil conducteur de cette réflexion stratégique. Soucieux d'anticiper l'évolution du parcours patient, l'établissement a acté dès l'élaboration du projet d'établissement (2014), la nécessité d'une révision de sa stratégie dans l'éventualité de la concrétisation des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). La confrontation des orientations du CHRL avec les données disponibles du projet médical de territoire en cours d'élaboration est assurée. L'établissement s'attache à associer les parties prenantes à l'élaboration et à l'actualisation des orientations stratégiques, en interne mais également en externe dans des logiques de partenariats. Les objectifs stratégiques relatifs aux parcours patient sont formalisés et déclinés en objectifs opérationnels. Les fiches actions en regard de ces objectifs décrivent les actions à engager, leurs échéances, les responsables chargés de leur pilotage et des modalités de suivi dont des indicateurs. Le programme d'actions qualité et gestion des risques (PAQGDR) intègre les actions énoncées dans le projet d'établissement et en organise le suivi (échancier). La mise en œuvre du compte qualité a en outre permis d'affirmer parmi les actions engagées, celles comportant un caractère prioritaire au regard de risques ou en fonction des enjeux institutionnels. Parmi les axes développés, l'établissement a inscrit la maîtrise d'étapes clés de la prise en charge (accueil du patient, évaluation et prise en charge, coordination du parcours, sortie) mais également l'organisation de la prise en charge des personnes appartenant à des populations spécifiques (enfants et adolescents, personnes âgées, etc.) le volet somatique dans le projet de prise en charge en santé mentale, le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels, le risque suicidaire, l'éducation thérapeutique du patient. La stratégie de l'établissement est présentée annuellement aux instances (Directoire, CME, Conseil de Surveillance, etc.), conformément aux exigences réglementaires.

**ORGANISATION INTERNE**

Le Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay a établi une organisation pour piloter le processus parcours patient. La réflexion stratégique est menée conjointement par le Directeur, la Présidente de la CME et la Coordinatrice Générale des Soins en lien avec le Directoire et les instances représentatives. L'intrication constante de la démarche qualité avec l'ensemble des dimensions de la vie institutionnelle se traduit par une association effective du Comité de Pilotage Qualité et Gestion des Risques (COPIL QGDR) à la réflexion stratégique et au pilotage de l'action. Le statut reconnu des Représentants des Usagers comme partenaires qualifiés et légitimes se traduit également par leur association constante au développement des projets et à leur concrétisation. Des instances thématiques concourant à la qualité et à la sécurité du parcours patient existent au sein de l'établissement, CLUD, CLIN, les missions spécifiques du CLAN ont été affectées de manière explicite et à hauteur des compétences respectives à la COMEDIMS et la CSIRMT. La Commission de la permanence des soins (COPS) est opérationnelle et organise la continuité de soins. Des fonctions de référents ou correspondants sont identifiées au sein de l'établissement en rapport avec des thématiques concourant au parcours patient, plaies et cicatrisation, douleur, etc. Les rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans le parcours du patient sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste ou fiches de mission des professionnels concernés. Au regard de ses missions, de ses risques et de ses objectifs, l'établissement organise et ajuste en tant que besoin la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires. L'établissement organise les effectifs qualitatifs et quantitatifs en cohérence avec les conditions techniques de fonctionnement définies par la réglementation, il veille à garantir une proximité pour les professionnels en astreintes opérationnelles compatible avec les impératifs de sécurité. Des ressources spécialisées à certains aspects du parcours patient sont en place, diététicienne, psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeute, éducateur en activités physiques adaptées, psychomotricien, assistantes sociales. L'établissement s'attache à promouvoir son attractivité pour garantir les recrutements tant sur le plan qualitatif que quantitatif, il dispose en son sein d'un institut de formation d'aides-soignants. Au regard de difficultés de recrutement notamment pour motif de démographie médicale, l'établissement recourt en tant que de besoin à l'intérim. Des modalités d'intégration des nouveaux arrivants (complémentaires des ressources documentaires) sont en place, éléments incontournables à maîtriser dans une mission courte, modalités d'adaptations à l'emploi, doublage ponctuel, etc. Un plan de formation annuel est établi, il est élaboré à partir des priorités institutionnelles (orientations nationales, axes prioritaires dont certaines actions revêtent un caractère obligatoire, AFGSU, incendie, etc.) mais prend également en considération les demandes émanant des services et des agents eux-mêmes. Le plan de formation comporte un volet

promotionnel. Parmi les actions en rapport avec le processus parcours figurent l'urgence vitale, la formation validante à l'éducation thérapeutique, la nutrition pour des populations spécifiques, l'approche psychologique de populations vulnérables et/ou à risques, etc. L'établissement formalise les organisations et activités en regard des risques identifiés, procédures et enregistrements relatifs à la nutrition, au dossier patient, aux examens de laboratoire, aux modes d'hospitalisation en psychiatrie, etc., mais également documents décrivant les fonctions support comme les ressources humaines, la maintenance et les achats, le système d'information, etc. Dans le but de promouvoir les bonnes pratiques établies sur les données acquises de la science, l'établissement diffuse des recommandations et référentiels de bonnes pratiques. La liste des programmes d'éducation thérapeutique autorisés dans le bassin de population est diffusée en interne et actualisée annuellement. Enfin, les tableaux de gardes et astreintes sont établis, diffusés et actualisés le cas échéant. La diffusion des ressources documentaires repose sur le système de gestion documentaire électronique. Le CHRL met en œuvre un processus constant de modernisation des locaux par construction ou réhabilitation. L'accessibilité aux personnes souffrant de handicaps sensoriels et/ou moteurs ainsi que la prise en compte des aspects de développement durable constituent une constante dans ces projets portant sur le patrimoine. L'établissement dote les services des équipements nécessaires aux prises en charge et à leur sécurité, dispositifs divers de pesée des patients, équipements opérationnels de réponse à l'urgence vitale, dispositifs de sécurisation des accès destinés aux personnes désorientées, dispositifs médicaux divers, borne allume/cigarette en psychiatrie pour prévenir le risque lié à la détention de briquets, etc. Les équipes sont associées au choix des équipements les concernant. Des plans de maintenance existent et sont mis en œuvre. Enfin, le CHRL développe un schéma directeur de l'information en veillant à en garantir la sécurité, postes informatiques pour les professionnels, PCA, redondances, modes dégradés, etc. Des solutions nomades sont développées notamment pour permettre la gestion des données du patient en temps réel au lit du patient. Ce système d'information permet en outre la disponibilité des données tout au long de la trajectoire du patient. La gestion des interfaces et des circuits nécessaires à la concertation et coordination entre professionnels et entre secteurs d'activité est effective et repose sur des formalisations en tant que de besoin par des chartes, (urgences et services de soins, urgences et maternité, urgence et psychiatrie, services et biologie médicale, imagerie, etc.). Le COPIL QGDR restreint se réunissant tous les quinze jours, rassemble autour de la cellule qualité, de la Présidente de la CME de la Coordinatrice Générale des Soins et du Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins, l'ensemble des Cadres Supérieurs de Pôle ; cette instance de coordination traite de tous les aspects de la prise en charge et des organisations. L'établissement développe en outre des interfaces au sein même des processus de soins, entre les modalités prise en charge de santé mentale, entre le secteur MCO et le secteur de soins de suites, etc. Ces interfaces développées pour garantir la qualité et la continuité des prises en charge sont également développées graduellement avec des acteurs extra-hospitaliers (PMI, praticiens et infirmiers libéraux, autres établissements sanitaires ou médico-sociaux, etc.).

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La méthode d'analyse du processus parcours patients lors de sa phase initiale comportait un parcours ascendant de description des parcours au sein de chaque service au regard de ses activités, spécialités, risques et besoins spécifiques. Cette étape reposait sur l'implication forte des professionnels de terrain à la faveur d'une culture qualité/sécurité largement partagée. Sur la base de ces travaux, l'établissement a dégagé les étapes clés de tout parcours, accueil, évaluation initiale, prise en charge et sortie. Il a en outre élaboré une cartographie de ses processus lui permettant de dégager les objectifs et plans d'actions. Les services et pôles ont donc prolongé leurs travaux d'identification des risques et besoins propres par la définition de plans d'actions opérationnels intégrés au PAQGDR de l'établissement ; cette intégration permet la lisibilité institutionnelle des plans d'actions des pôles et services. Les CREX menés au sein des pôles apportent en outre des données nouvelles permettant de compléter l'analyse des risques et les plans d'actions des secteurs concernés. Conscient de la nécessité de maîtrise des interfaces, l'établissement a impulsé des « CREX d'interfaces » dans lesquels les équipes des services concernés sont largement impliquées, CREX parcours de l'opéré, CREX urgences médecine, CREX parcours – territoire, CREX psychiatrie urgences, etc. Les résultats des évaluations et actions sont communiqués aux équipes. A la faveur de leur participation au COPIL QGDR restreint se réunissant tous les quinze jours, les Cadres Supérieurs de Pôle portent au sein de leur pôle les axes de sensibilisation au regard des priorités institutionnelles. Les cadres participent en outre aux réunions d'encadrement qui constituent un espace relais de ces priorités institutionnelles. Ils répercutent dans leurs services ces informations et sensibilisent les professionnels en réunion de service, lors de relèves ou au cœur même de l'activité au quotidien. Les référents thématiques (nutrition, douleur, etc.) relaient les informations et objectifs issus des instances dont ils sont membres. Des points de vigilance font l'objet de contrôles de conformités des pratiques sur l'initiative de cadres ou de référents. Des actions correctives sont définies avec le concours des professionnels des équipes à l'occasion de ces contrôles ou à l'occasion des CREX.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES



Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les pôles et services. Les effectifs sont disponibles à concurrence des besoins, le recours à l'intérim permettant de remédier à des déficits ponctuels. Les qualifications des praticiens permettent la réalisation des actes à caractère médico-légal dans le respect de la réglementation, par exemple, certificats dans le cadre des hospitalisations psychiatriques sous contrainte. Les qualifications spécifiques au processus parcours patient prévues par l'établissement sont disponibles et une réflexion constante permet d'optimiser des ressources rares (kinésithérapeutes, diététicienne...) notamment sur la base de partages de tâches dans le respect des compétences propres à chaque métier. Une ré-affectation de poste en vue d'un meilleur service rendu peut être décidée comme par exemple le repositionnement d'un ergothérapeute. Les actions de formation prévues au plan de formation sont conduites et l'intégration des nouveaux arrivants est assurée. Les professionnels sont formés à l'urgence vitale, (AFGSU, chaîne de survie hospitalière), à l'éducation thérapeutique par la formation validante, à l'écoute et à l'accueil, au risque suicidaire, etc. Les ressources matérielles sont disponibles dans les services, locaux adaptés aux situations de handicap, équipement opérationnel de réponse à l'urgence vitale, dispositifs permettant de sécuriser les patients désorientés déambulant sans pour autant contraindre les patients en capacité d'aller et venir, équipements permettant le suivi du poids en toutes circonstances, (debout, assis, couché). Les populations spécifiques, (enfants et adolescents, personnes à risque suicidaire...) bénéficient d'équipements et de locaux adaptés à leurs risques spécifiques. L'établissement assure un plan de maintenance et de rénovation au sein des unités. Toutefois les ressources matérielles en termes de locaux ne sont pas toujours maintenues. En santé mentale les chambres d'isolement sont dégradées, de nombreuses fissures ont été observées au niveau des murs, des fragments de matériaux sont manquants ou aisément détachables. Les ressources documentaires nécessaires à la prise en charge sont disponibles dans les unités. La gestion documentaire électronique est opérationnelle et connue des professionnels. Les organisations sont formalisées en tant que de besoin, (accueil personne hospitalisée dans les services de soins, prise en charge du patient mineur en établissement, sortie du patient hospitalisé, protocole d'urgence vitale). Des check-list sont établies pour garantir la complétude des actions attendues en regard de séquences spécifiques de prise en charge, (admission, sortie, passeport chirurgie ambulatoire...). Des documents destinés à l'information des patients et des proches sont disponibles dans les unités, livrets d'accueils spécifiques, (personne âgée, accompagnant, chirurgie ambulatoire) mais également des documents d'informations sur des risques spécifiques comme les risques BMR, Entérobactéries, etc. ou portant sur des actes spécifiques à destination des enfants comme par exemple les plaquettes sur la « douleur », la « chirurgie », les « piqûre », etc. Enfin, les services disposent de recommandations de bonnes pratiques et les prennent en compte dans la maîtrise des risques comme par exemple le travail récent sur la délivrance dirigée et la prévention de l'hémorragie du post-partum. Les tableaux de gardes et astreintes actualisés sont présents dans les unités.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

A la faveur d'une large association des équipes à la définition des organisations, les professionnels des services connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Le travail en équipe est encouragé. Les dispositifs d'accueil et l'évaluation initiale de l'ensemble des besoins du patient dans des délais compatibles avec les impératifs de prise en charge sont mis en œuvre au sein des unités ; ces deux étapes ont été identifiées lors des cartographies de processus au sein des unités comme étant une constante de toute prise en charge. L'accueil et l'orientation des personnes se présentant pour une urgence est mise en œuvre pour toutes les populations le nécessitant, urgence somatique, obstétrique, santé mentale. Des mécanismes de relais existent entre les différents intervenants, ils sont décrits dans diverses chartes définissant les interfaces entre services. L'articulation intra/extra hospitalière en santé mentale est ainsi travaillée pour garantir une continuité de prise en charge à la faveur de mécanismes comme des synthèses partagées, des prises de contact du patient encore hospitalisé avec l'équipe d'ambulatoire... L'articulation entre les services de médecine et chirurgie et le projet de soins de suite est effective, elle bénéficie du partage du dossier qui garantit la disponibilité des données en temps utile. Comme les parcours « patient traceur » l'ont confirmé, les données de l'ensemble des catégories professionnelles concourant à la prise en charge sont disponibles et actualisées. Les prises en charge au sein des services reposent sur des mécanismes de concertation pluri-professionnelle et pluridisciplinaire, tracées dans le dossier. Le projet de soins est élaboré en tant que de besoin et la traçabilité de la réflexion bénéfique/risque est majoritairement retrouvée. La traçabilité des données est partagée et concourt à la qualité des prises en charge. Le projet de sortie est largement anticipé et s'appuie sur une concertation entre les différents intervenants dont le service social si besoin. Le patient et le cas échéant ses proches, sont associés à l'élaboration du projet personnalisé de soins et au projet de sortie, comme l'ont confirmé les parcours « patient traceur ». Le relais ville hôpital est développé tant en amont des séjours que lors de la phase de préparation de la sortie des patients. A côté de ces étapes chronologiques de prise en charge, les professionnels répondent à des besoins spécifiques conformément aux organisations et circuits établis. La prise en charge somatique en santé mentale est assurée et tout patient entrant bénéficie d'un examen somatique. Les professionnels assurent la maintenance du dispositif de réponse à l'urgence vitale et en assurent la traçabilité. La totalité des professionnels est formée à la chaîne de survie hospitalière et les services bénéficient d'une formation à l'AFGSU pour graduellement atteindre l'exhaustivité de satisfaction à cette obligation. Les dispositifs de réponses aux besoins des populations spécifiques sont mis en œuvre s'

agissant par exemple de la réponse au risque suicidaire, aux personnes âgées, aux enfants... Comme l'attestent les valeurs de l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » en MCO, SSR et Santé mentale disponibles au moment de la visite, le suivi du poids est effectif et l'IMC a été retrouvé dans l'ensemble des dossiers des patients traceurs. Les équipes mettent en œuvre des actions d'éducation à la santé et développent une offre d'éducation thérapeutique en visant à terme à disposer de programmes autorisés. D'ores et déjà, l'offre d'éducation thérapeutique du bassin étant connue, l'orientation de patients le nécessitant vers des programmes autorisés est effective. Les circuits et interfaces établis sont respectés s'agissant des parcours de soins (entre secteurs cliniques, entre secteurs cliniques et médico-techniques, entre secteurs et services administratifs) mais également pour ce qui relève des processus logistiques, supports des prises en charge, (linge, restauration, etc.).

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement réalise l'évaluation du processus parcours patient, analyse les résultats et en dégage des actions correctives. Il assure le recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IPAQSS) en rapport avec le processus parcours patient. Il extrait les résultats par service et suit le détail des non-conformités. Ces indicateurs sont intégrés dans le « tableau de bord des indicateurs V2014 ». Les axes stratégiques du parcours patient ont été élaborés en prenant en compte divers indicateurs préexistants dont le suivi est assuré, DMS, taux de conversion dans le cadre de l'activité de chirurgie ambulatoire, etc. Ces indicateurs sont recueillis en routine et font l'objet d'un suivi. Le parcours patient fait l'objet d'évaluations ou d'analyses des pratiques, (EPP escarres, préparation à la sortie) ; la méthode du patient traceur est mise en œuvre sur divers profils de patients selon des modalités et un calendrier établis. Les analyses sur événements indésirables sont conduites dans le cadre de CREX, RMM, etc. L'établissement réalise des bilans de son activité portant sur le rapport d'activité, bilan quantitatif intégrant notamment des éléments d'activité, mais également bilan de CREX. Les bilans sont présentés annuellement en CRUQPC, CME et Conseil de Surveillance. Enfin, l'établissement assure annuellement un bilan par pôle dans le cadre du dialogue « trio de pôle » composé du Chef de Pôle, du Cadre Supérieur de Pôle et du Référent Administratif de pôle.

## A / AGIR

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

Les différentes modalités d'évaluations, de contrôles externes et la certification concourent à générer des données, (indicateurs IQSS et indicateurs internes, nouveaux risques intégrés à la cartographie des risques, décision de certification...). L'établissement analyse ses résultats de manière collégiale et définit des actions d'amélioration intégrées au programme d'actions institutionnel. L'intégration progressive du compte qualité comme outil de management de la démarche est perçue comme une opportunité en termes de priorisation des actions. A titre d'exemples, l'établissement a défini et mis en œuvre des actions en regard d'indicateurs de spécialité ou transversaux dont la valeur était inférieure à la cible, « Début des symptômes de l'accident vasculaire cérébral, Délai d'envoi des courriers de sortie ». A la faveur de nouveaux recueils de ces indicateurs, l'établissement a pu objectiver l'impact de ses plans. Des supports et modalités de diffusion sont établis en interne, articles dans la publication interne « Chromozoom », posters suite à des CREX, publication sur internet des nouveaux résultats validés de la campagne des IQSS, communications en réunions de cadres, réunions de services, communications lors de la semaine de sécurité des patients... Les professionnels se sont appropriés les indicateurs comme marqueurs de leur qualité de pratiques. La communication des résultats des indicateurs à diffusion obligatoire est effective auprès des usagers par affichage et par le site internet de l'établissement. L'établissement diffuse son journal interne à l'ensemble des acteurs du bassin de population, médecine de ville, infirmiers libéraux, établissements sanitaires et médico-sociaux, etc.



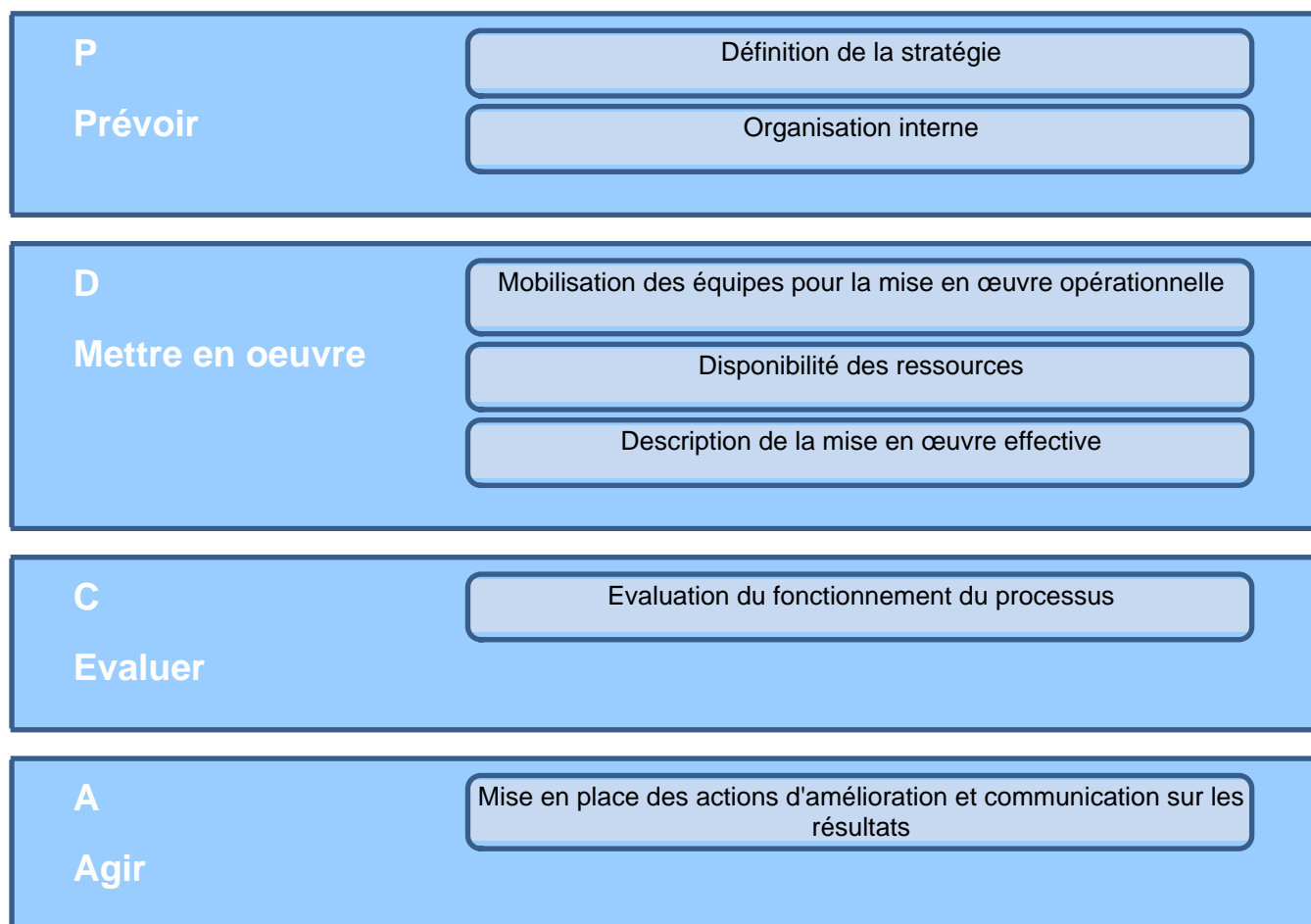
# DOSSIER PATIENT

## 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**

Le Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay a initié en 2007 son projet de déploiement d'un dossier patient informatisé qui réponde aux orientations nationales, à ses engagements et à ses besoins propres liés aux modes de prise en charge qu'il assure (MCO, USLD, SSR, Santé mentale). Il prend également en compte l'harmonisation des systèmes d'information à mettre en œuvre dans le cadre de la création des Groupements Hospitaliers de Territoire. Pour l'étude des applications choisies, le Centre Hospitalier a mobilisé des données telles que les recommandations faites sur le dossier patient à l'occasion de la visite de certification V2010, les résultats des indicateurs IQSS, des EPP et des audits menés en interne sur la thématique du dossier patient. En raison de l'absence de fiabilité du module de prescription pharmaceutique du produit choisi et des risques potentiels de sécurité des données qui en découlait, le déploiement du produit a été stoppé et un logiciel de pharmacie a été adopté en 2013. Les risques du processus sont identifiés, (perte partielle ou totale du dossier, méconnaissance des règles de tenue du dossier, identitovigilance, information sur les droits d'accès au dossier). Ils ont été étudiés selon la grille HAS avec les professionnels et sont en cohérence avec le contexte et les besoins de l'établissement. Les objectifs poursuivis et les risques identifiés sont présents sur le compte qualité ainsi que dans le programme d'actions qualité et gestion des risques (PAQ GDR) institutionnel présenté et validé par les instances. Les pilotes de processus ont participé à l'élaboration du compte qualité. La stratégie menée autour de la thématique du dossier patient traite également du droit d'accès du patient à son dossier. La stratégie est incluse dans le projet d'établissement 2014-2018 présenté et validé par les instances.

**ORGANISATION INTERNE**

Le Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay a établi une organisation pour piloter et mettre en œuvre le processus « dossier patient ». Les rôles et missions sont définis. Le pilotage stratégique du dossier patient est assuré par le Chef d'établissement, le Médecin DIM et la Coordinatrice générale des soins. L'organisation du pilotage est établie et garantie par le fonctionnement du comité de pilotage du système d'information hospitalier réuni toutes les deux semaines, du Comité Qualité et Gestion des Risques réuni tous les mois et de la Cellule d'identitovigilance qui est opérationnelle. Le suivi des indicateurs IQSS de tenue du dossier patient est organisé et piloté par le service qualité. Le référent du dossier patient, le responsable des archives médicales et l'identitovigilant sont identifiés ainsi que le professionnel en charge du dispositif d'accès du patient à son dossier (archiviste de l'établissement). Les fiches de mission sont établies. 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. Sur le plan des ressources documentaires, les organisations sont formalisées à concurrence des besoins identifiés. L'accès du patient à son dossier est organisé et l'information en est donnée par le livret d'accueil. Les modalités énoncées tiennent compte des spécificités d'accès du mineur, du patient de santé mentale, du majeur protégé et de l'ayant droit du patient décédé. L'archivage du dossier est organisé en lien avec les archives départementales. Un guide de tenue du dossier patient est à disposition dans la gestion documentaire. Il est régulièrement actualisé en fonction des modifications apportées au logiciel et de l'évolution de la réglementation. La procédure d'archivage du dossier est formalisée. Les procédures dégradées d'accès au dossier patient en cas de rupture du système sont établies ainsi que le plan de reprise d'activité. Sur le plan des ressources humaines, la formation des utilisateurs du dossier patient est prévue au plan de formation institutionnel. Un dispositif d'intégration des nouveaux arrivants est en place et traite notamment de l'utilisation du dossier patient. La sensibilisation aux risques spécifiques est organisée et les utilisateurs des applications informatiques signent une charte à leur arrivée dans l'établissement. Sur le plan des ressources matérielles, les équipements nécessaires au système d'information, support du dossier patient, sont identifiés et leur mise à disposition est organisée, ordinateurs, solutions nomades... L'établissement prévoit les dispositifs visant à garantir la disponibilité, l'intégrité et la confidentialité des données. Les sécurités mises en place sur le plan informatique et en termes d'organisation et de conservation du dossier papier permettent une coexistence efficace des supports utilisés. La coordination des circuits est assurée par les pilotes du processus qui participent aux instances de management de la qualité. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels et les services cliniques, médico-techniques (examens de laboratoire, délivrance pharmaceutique, examens d'imagerie, information de l'EOH en cas de patient porteur de bactéries), logistiques (transports des patients) et administratifs (notamment le service des admissions pour l'identitovigilance et le service informatique). Une liaison et une messagerie sécurisées permettent au laboratoire d'analyses de déposer dans le dossier les résultats d'examen qu'il a réalisés. La rubrique transmissions du dossier patient permet au médecin et à l'équipe soignante de se communiquer les informations nécessaires à la prise en charge du patient.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Le pilote du dossier patient, l'encadrement de proximité, la responsable qualité sensibilisent les professionnels sur les résultats du service (EPP, audit, tableau de bord des indicateurs, plans d'action). Ces informations sont notamment délivrées lors des réunions d'encadrement, des réunions de service, des transmissions et à l'occasion de passages du pilote et du référent du dossier patient dans les services. Elles sont également présentes sur la base documentaire accessible par tous les agents sur les postes informatiques et font l'objet d'articles dans le journal interne. La conformité des pratiques est évaluée au sein des services, les personnels des services participant aux audits de tenue du dossier patient. Les équipes se sont approprié les objectifs et plans d'actions, des actions correctives sont identifiées avec leur concours dès lors que des résultats d'évaluation sont estimés insuffisants dans le service.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines, en compétences et en effectifs, sont adaptées aux besoins de l'établissement (formations à l'utilisation du logiciel dossier patient, formations identitovigilance). La formation à l'utilisation de l'outil informatique est assurée auprès des personnels permanents, des nouveaux arrivants et des personnels remplaçants. Le suivi quantitatif de ces actions de formation est assuré annuellement. Les personnels des services d'admission ont été formés à l'identitovigilance. Une astreinte informatique est assurée le week-end et les jours fériés. Les ressources documentaires sont disponibles sur les postes informatiques des services (guide d'utilisation et de tenue du dossier, procédure d'accès du patient à son dossier, procédures dégradées). Elles sont dématérialisées, connues, utilisées par les professionnels et actualisées au fur et à mesure du déploiement de l'informatisation du dossier (suppression des documents papier et mise à jour du mode opératoire d'utilisation du dossier). Toute nouvelle procédure ou mode opératoire fait l'objet d'une communication par le service qualité et l'encadrement de proximité. Des triptyques papier d'information sur les fonctionnalités et les règles relatives à la tenue du dossier patient sont également mis à disposition. Les matériels informatiques d'accès au dossier patient sont fonctionnels et déployés dans tous les services pour être aisément accessibles. Ils font l'objet d'un plan de renouvellement et d'une maintenance adaptée. Un logiciel spécifique permet le repérage des doublons d'identité. Les locaux centraux d'archivage des dossiers médicaux sur support papier sont sécurisés et les dossiers informatiques sont accessibles à tout moment. Un logiciel de classement permet de connaître en temps réel la localisation d'un dossier recherché.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier patient est créé soit par les services eux-mêmes (hospitalisation programmée en gériatrie), soit au service des urgences, soit par un secrétariat spécifique dédié aux consultations externes, soit par l'agent des admissions pour les hospitalisations programmées des secteurs autres que la gériatrie. Les règles relatives à l'identitovigilance sont respectées et une pièce d'identité est demandée lors des formalités d'admission. Le Médecin DIM gère les habilitations et les droits d'accès au dossier (lecture et/ou écriture) par profil de métier. Une procédure de contrôle des accès « bris de glace » permet de repérer et de faire justifier par le personnel concerné toute intrusion de ce dernier dans le dossier d'un patient ne relevant pas de l'unité dans laquelle il exerce. Le contenu du dossier du patient répond à l'organisation fixée par l'établissement et aux procédures formalisées pour sa création, sa tenue, son archivage et sa destruction. Le support papier reprend les observations médicales, les résultats de biologie signés et validés, les résultats d'examens d'imagerie et autres examens spécifiques. Les divers documents du dossier portent l'étiquette d'identification du patient. Dans le dossier informatique sont retracés les transmissions, la fiche de liaison infirmière, le plan de soins, les prescriptions pharmaceutiques, l'évaluation initiale, la prise en charge de la douleur, la prise en charge du risque d'escarres, l'évaluation de l'état nutritionnel, les soins spécifiques, le projet de vie (SSR- SLD), le contrat de soins (Psychiatrie). La coexistence du support informatisé et du support papier est encadrée à l'échelle de l'établissement permettant ainsi de garantir une constance des pratiques. Une double sauvegarde est effectuée en miroir dans deux salles serveurs. L'identitovigilant est en charge de la gestion des doublons et fusions d'identité. Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient, en interne comme en externe, sont tracés en temps utile dans le dossier patient, ce qui permet une communication en temps utile des informations relatives au patient entre les professionnels impliqués en interne et en externe dans la prise en charge comme le confirment les parcours patients traceurs effectués et les valeurs des indicateurs pour l'activité MCO et SSR. L'accès du patient à son dossier est réalisé conformément à l'organisation en vigueur et dans les délais prévus par la réglementation. Les interfaces entre les différents services cliniques, médico-techniques, techniques, logistiques et administratifs sont opérationnelles. Le comité de pilotage du système d'information se réunit tous les 15 jours et consacre un temps de sa réunion au dossier patient. Les comptes rendu de ses réunions sont établis et intégrés dans la gestion documentaire. La communication sur les actions et sur les résultats d'évaluation, dont les indicateurs, est effective et passe par différents supports, mise à disposition des indicateurs IQSS dans

les unités, articles dans le journal interne, réunions institutionnelles, réunions de service, etc. La CRUQPC est informée des demandes des patients pour l'accès à leur dossier.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus dossier patient sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Les demandes d'accès du patient à son dossier sont suivies, nombre de demandes, délais de transmission ; les délais réglementaires d'accès du patient à son dossier respectés. L'établissement participe aux campagnes de recueil des indicateurs IQSS et mène des audits spécifiques de tenue du dossier sur certains items (audit ciblé un jour donné sur l'appropriation des règles par le personnel, personne de confiance, traçabilité de la douleur, recueil des directives anticipées) ainsi que des parcours patients traceurs (psychiatrie, SSR, chirurgie). La feuille de déclaration des événements indésirables (FEI) intègre les dysfonctionnements liés à la tenue du dossier patient et à l'identitovigilance, le nombre d'évènements en rapport avec ces items est suivi. Les incidents sont colligés et examinés par la cellule qualité réunie chaque semaine pour l'analyse des dysfonctionnements déclarés par les professionnels. Cette évaluation est pilotée par la responsable qualité. Les résultats des différentes évaluations sont exploités et concourent à la définition d'actions correctives. Les bilans annuels de la cellule d'identitovigilance, de la CRUQPC (accès du patient à son dossier), des travaux du comité de pilotage du système d'information sont établis et présentés aux instances.

## A / AGIR

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

L'établissement prend en compte les résultats des évaluations externes pour définir des plans d'actions. C'est ainsi que la décision de certification V2010 relative au dossier patient a donné lieu à un plan d'actions mis en œuvre. Les indicateurs sur la tenue du dossier patient en psychiatrie, dont le score était en C en 2014 et faible pour la traçabilité de la douleur, a amené ce service à travailler sur ce sujet. En interne, les résultats des audits et autres évaluations sont pris en compte dans la définition des actions d'amélioration à apporter au fonctionnement du processus. Des actions ont ainsi été conduites à l'échelon de l'établissement pour la désignation de la personne de confiance et dans le service de psychiatrie pour la mention de la mesure de tutelle ou de curatelle dont bénéficie le patient. Les personnels soignants de l'unité de SSR Les Magnolias ont également souhaité que soit ajoutée à leur dossier une grille d'autonomie, ce qui a été mis en œuvre par le référent du dossier patient en lien avec le service informatique. Les actions engagées sont intégrées au PAQ GDR de l'établissement et pour celles à caractère prioritaires, au compte qualité. La communication des résultats et des actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers (Instances, CRU, affichage, journal interne, etc.). L'affichage des indicateurs à diffusion obligatoire est effectif. Les nouvelles itérations des évaluations et recueils d'indicateurs ont permis d'objectiver l'impact des actions menées et de réajuster les objectifs.

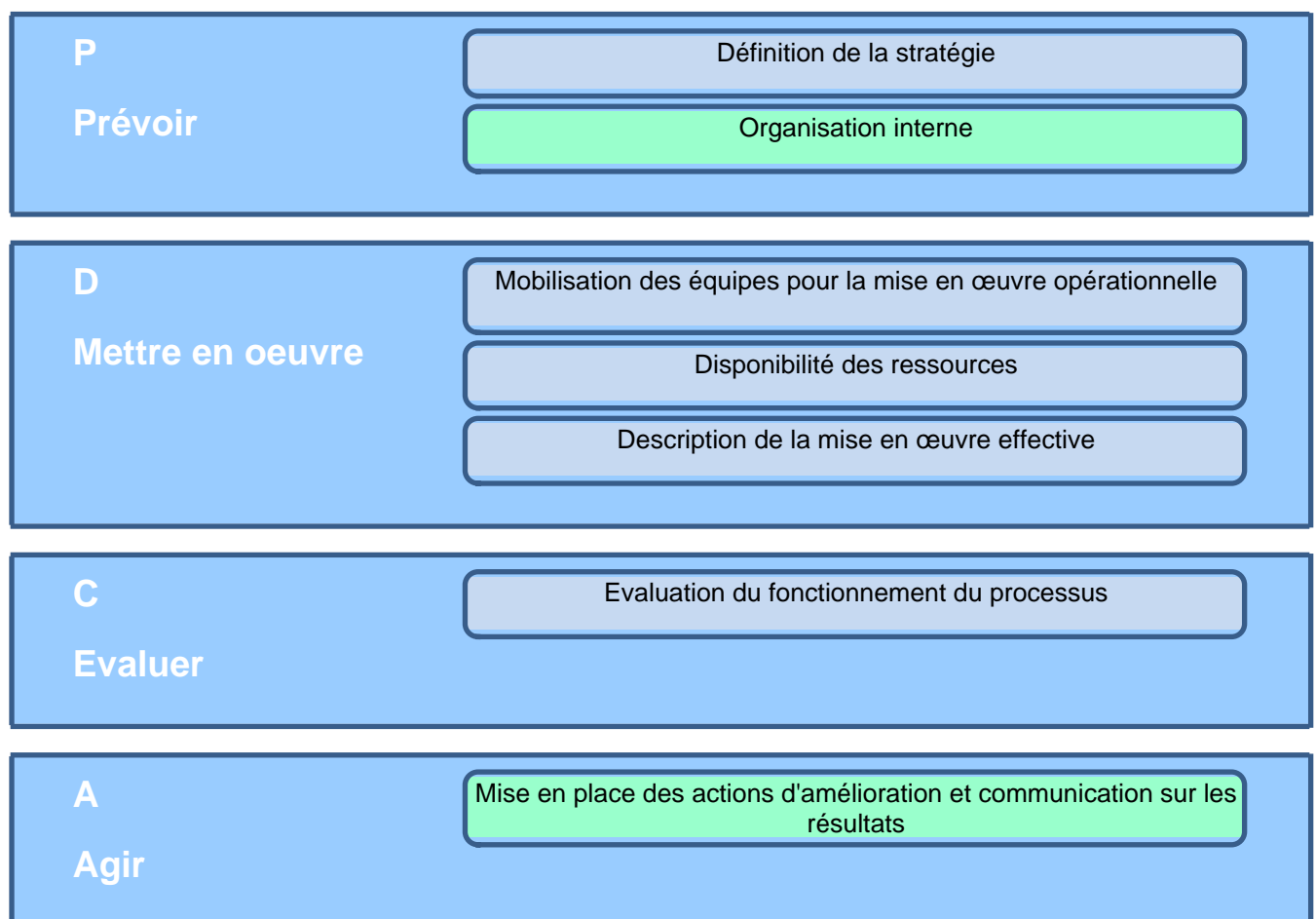
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay a formalisé sa stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) à partir d'une identification de ses missions et des risques. Pour la définition de ses objectifs, il a pris en compte notamment la décision initiale de certification V2010 et les exigences spécifiques du CPOM. Les objectifs de sa politique sont décrits dans le projet médical. La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse constitue une des priorités de la politique management qualité et risques, validée conjointement par le directeur, la présidente de CME, (pharmacienne gérante co-responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse avec le médecin anesthésiste coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins). Le Manuel Assurance Qualité (MAQ) de la prise en charge médicamenteuse intègre la politique et l'engagement de la direction autour d'axes stratégiques et d'objectifs opérationnels. Les axes d'amélioration sont identifiés en fonction de l'évaluation structurée des risques sous forme de cartographie des risques réalisée de façon pluridisciplinaire par l'établissement à partir du suivi des décisions V2010, des engagements du CBUM, des EPP, du suivi des indicateurs, de l'analyse des événements indésirables (EI). Cette cartographie a été réalisée pour la première fois en 2012 (méthode Cartoretex), et une seconde fois selon la méthode analyse des modes de défaillances, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC), sur une période de trois mois, de mars à juin 2015. En regard des risques identifiés, les mesures de traitement sont arrêtées, les ressources nécessaires et les modalités de suivi sont définies. Le plan d'actions formalisé et priorisé, relatif au circuit du médicament est intégré au Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Gestion des Risques (PAQGDR) institutionnel. Il existe une articulation entre PAQGDR et Compte qualité, les risques et actions prioritaires étant repris dans ce dernier. Ce plan d'actions décline des dispositions spécifiques pour les sujets âgés et les patients à risque. Les objectifs sont identifiés. Il est actualisé annuellement et présenté aux membres de différentes instances et à la CRUQPC. Sa diffusion est assurée auprès des professionnels via intranet, les cadres, le personnel de la pharmacie. Les actions prioritaires retenues au Compte Qualité le sont conjointement par les responsables de la PECM et la responsable qualité. L'établissement participe à des groupes de travail régionaux et nationaux, il est en lien avec l'OMEDIT Centre.

**ORGANISATION INTERNE**

Les rôles et responsabilités sont définis. Le Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) de l'établissement est l'instance de pilotage du management de la prise en charge médicamenteuse ; son fonctionnement est articulé ainsi avec le dispositif de management qualité et risques et avec la sous-commission des anti-infectieux. Une sous commission « nutrition » est opérationnelle depuis la suppression du CLAN, elle prend en charge les aspects spécifiques au champ de compétence de la PUI en rapport avec la nutrition ; le versant alimentation/soins est quant à lui porté par la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques (CSIRMT). Un comité des événements indésirables médicamenteux (CODEIM) a été créé, il est pluridisciplinaire et se réunit au moins trimestriellement. L'organisation du CREX est formalisée, une charte d'incitation et de non punition a été diffusée au niveau institutionnel. Les rôles et responsabilités des responsables du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPECM), des pharmaciennes, des préparateurs en pharmacie et des autres professionnels de pharmacie, sont définies dans des fiches de poste. Le Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins (CGDRAS) est Co-RSMQPECM avec la pharmacienne, Présidente de la CME, ceci permettant d'associer une vision de clinicien avec une vision de pharmacien. Une des pharmaciennes est chargée plus particulièrement du risque infectieux, de la gestion des antibiotiques et de la prescription chez le sujet âgé. Une autre est en charge des chimiothérapies et de la démarche d'analyse d'ordonnances. Les préparateurs en pharmacie sont polyvalents sur les différents postes. Le fonctionnement de la pharmacie à usage intérieur (PUI) est formalisé. Les astreintes sont organisées en dehors des heures d'ouverture de la PUI par les trois pharmaciennes, 24h /24. La procédure est définie et connue des professionnels. L'établissement organise la mise à disposition des ressources humaines, matérielles et documentaires en réponse aux objectifs et risques identifiés. S'agissant des ressources humaines, l'établissement prévoit les effectifs et les compétences en regard de ses besoins. Un plan de formation interne est établi à destination des médecins et des personnels soignants, il prend en compte les nouveaux arrivants, notamment en termes de maîtrise du logiciel de prescription pour les nouveaux médecins et les internes. L'établissement prévoit annuellement des formations sur le traitement des événements indésirables selon la méthode ORION. S'agissant des ressources documentaires, l'établissement prévoit leur mise à disposition dans tous les secteurs d'activité, y compris à la PUI, grâce à l'intranet, les classeurs papiers ont été supprimés. L'élaboration des documents et leur actualisation est organisée au regard des besoins et des risques avec la participation des professionnels. La prise en charge médicamenteuse est décrite dans le manuel qualité de la PECM. Les étapes clés sont décrites, analyse pharmaceutique a priori pour une population ciblée, (à savoir les patients recevant des médicaments à risques, les chimiothérapies et les antibiotiques à

dispensation contrôlée), continuité du traitement médicamenteux organisée de l'admission jusqu'à la sortie, démarche de conciliation médicamenteuse (initiée via le travail d'une interne en 2015 concernant les secteurs de chirurgie et les patients venant des urgences). Des outils d'aide à la prescription sont présents (livret thérapeutique, tableau des équivalences, médicaments contre-indiqués pour la personne âgée, par exemple, via la liste de Laroche, aide à la prescription de médicaments à marge thérapeutique étroite avec indication de la clairance, généralisation des DCI pour tout l'établissement). L'équipe de la pharmacie a rédigé un triptyque d'aide à la prescription des antibiotiques à l'attention des nouveaux médecins. Les règles de prescription et d'administration des médicaments à risques sont définies. Toutefois, les règles d'administration des médicaments à reconstituer en pédiatrie ne sont pas totalement formalisées. L'infirmier(e) prépare l'injection, suite à une prescription du pédiatre, sans support particulier ou protocole de dilution, type abaque par exemple. Il n'y a pas de trace du mode de reconstitution ni de double contrôle de cette dilution pédiatrique. L'unité a identifié cette situation. Les besoins et ressources matérielles nécessaires sont identifiés. Au niveau du système d'information, l'informatisation du circuit du médicament a été initiée avec le logiciel actuel en novembre 2012, elle est déployée dans toutes les unités, à l'exception de la salle de naissance, du bloc opératoire pour la partie interventionnelle. La prescription informatisée est généralisée à toute l'hospitalisation à temps complet. Les prescriptions de chimiothérapies relèvent d'un logiciel spécifique, commun avec l'hôpital de Blois avec lequel une convention a été signée en 2009, pour la reconstitution des cytotoxiques. L'établissement a organisé la sécurisation des locaux de la PUI par une alarme reliée au standard et leur entretien est organisé. Les armoires réfrigérées de la pharmacie font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance et disposent d'une alarme. Dans les unités, l'établissement prévoit les équipements requis, armoires à pharmacie, chariots à médicaments sécurisés, chariots d'urgence, etc. La fonction transport et le respect de la chaîne du froid sont organisés et sécurisés sur le plan matériel, les contenants sont adaptés. La gestion des circuits et interfaces avec les services est organisée formellement pour faciliter la concertation entre la PUI et les différents secteurs. L'articulation des missions est cohérente au regard des objectifs identifiés.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les équipes sont mobilisées pour la mise en oeuvre opérationnelle de la prise en charge médicamenteuse. L'équipe de la pharmacie assure la déclinaison des objectifs institutionnels en objectifs opérationnels dans les secteurs d'activité ; un relais est en place par le biais des cadres, et des référents « pharmacie », qui assurent une présence régulière dans les unités (visites d'armoires, contrôle des chariots d'urgence entre autres). De la même façon, un correspondant soignant « médicament » est désigné dans chaque unité. L'équipe de la PUI est en charge d'actions de sensibilisation des professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses. La semaine de sécurité a donné lieu à des actions de communication telles que des vidéos (chambre des erreurs). La déclaration et le traitement des événements indésirables contribuent à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse. Le CODEIM au cours de ses réunions trimestrielles, examine toutes les fiches d'événements indésirables liées à la iatrogénie médicamenteuse et choisit certains événements pour élaborer des CREX. Les résultats de ces CREX permettent d'identifier des actions d'amélioration, la rétroinformation des professionnels concernés est effective. Les compte-rendus sont diffusés sur intranet, ils font l'objet pour certains de discussions au sein des services lors des réunions ou des staffs pluridisciplinaires. Cette démarche peut déclencher des évaluations de pratiques professionnelles. L'établissement dispose d'un tableau synthétique regroupant les risques dont ceux liés à la prise en charge médicamenteuse, les objectifs annuels, les EPP, les indicateurs, ce document fait l'objet d'une communication auprès des professionnels. L'encadrement soignant s'assure de la conformité des pratiques dans les services par rapport aux dispositions prévues et de l'appropriation par les professionnels des objectifs et plans d'actions. Les équipes se sont appropriées les objectifs et plans d'actions, ils s'impliquent dans la mise en oeuvre opérationnelle (évaluation des pratiques professionnelles notamment tenue d'armoires de services, pratiques d'administration, pratiques de préparation des piluliers sans interruption de tâches, etc.). Les résultats de contrôles de conformités sont communiqués aux équipes. Ils font évoluer les pratiques et permettent de mettre en place un fonctionnement plus sécurisé.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources définies par l'établissement sont disponibles dans les secteurs. S'agissant des ressources humaines, les effectifs et les compétences sont conformes aux besoins et activités des services, en quantité et compétences. Le maintien de ces compétences est assuré, via le plan de formation interne à la pharmacie. Des formations sont mises en oeuvre auprès des médecins et des personnels soignants et intègrent les nouveaux arrivants, notamment sur le logiciel de prescription pour les nouveaux médecins et les internes. Le logiciel contribue à la formation en permettant des alertes informatiques, en cas de dépassement de doses ou de non réévaluation de traitement notamment en antibiothérapie. Tous les ans, des formations sont réalisées sur le traitement des événements indésirables (méthode ORION). Une formation e-learning est proposée, par exemple pour des électrolytes sensibles (potassium). Les

ressources documentaires sont présentes sur intranet, actualisées et accessible dans tous les secteurs d'activité, y compris à la PUI. Elles sont élaborées avec la participation des professionnels. Elles sont connues de l'ensemble des soignants. L'aide à la prescription est disponible via la mise à disposition d'outils (livret thérapeutique, tableau des équivalences, mention des médicaments à ne pas écraser ou broyer, médicaments à ne pas utiliser chez le sujet âgé), et grâce à des fonctionnalités du logiciel de prescription-administration (généralisation des DCI pour tout l'établissement). Les ressources matérielles sont disponibles. Pour ce qui relève du système d'information, le logiciel de prescription médicamenteuse est opérationnel, son accès est sécurisé par des mots de passe. Les locaux de la pharmacie à usage intérieur sont sécurisés par une alarme reliée au standard. L'entretien de ces locaux est assuré. Les armoires réfrigérées de la pharmacie sont dotées d'une alarme et leur suivi et leur maintenance sont effectifs. Les armoires à pharmacie des unités sont disponibles et sécurisées, elles sont gérées pour partie par les professionnels de la pharmacie et des unités. Les péremptions sont suivies. Les dotations sont revues annuellement. Les chariots d'urgence sont suivis, réactualisés pour leur contenu, autant que de besoin, les péremptions sont contrôlées au moins mensuellement ou en cas d'utilisation et tracées. Tous sont sécurisés par un système de scellé présent sur tout l'établissement.

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

L'établissement met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne, visant à la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Les circuits de la prescription à l'administration sont respectés et les interfaces entre services et PUI sont opérationnelles. La permanence pharmaceutique est connue, assurée et utilisée par les professionnels soignants. Les règles et supports de prescription validés sont mises en œuvre pour l'ensemble des prescripteurs. Les signatures des prescripteurs sont collectées et conservées à la pharmacie. La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission jusqu'à la sortie. L'informatisation a permis de faire évoluer de façon significative les indicateurs de conformité des prescriptions médicamenteuses ainsi que le développement de l'analyse pharmaceutique du traitement complet des patients pour les patients ciblés (traitement personnel inclus). La délivrance est en place, soit bi-hebdomadaire dans la plupart des unités. La dispensation nominative mensuelle est en place pour le long séjour. La conservation et l'acheminement des médicaments sont sécurisés (y compris pour les médicaments nécessitant un respect strict de la chaîne du froid, pour les stupéfiants), tant à la PUI que dans les services cliniques (armoires et chariots de médicaments, chariots de soins, chariots d'urgence). Les dépannages sont possibles, les professionnels connaissent la procédure, et s'y réfèrent autant que de besoin. La gestion des péremptions est fonctionnelle. Les modalités de gestion des médicaments personnels du patient sont mises en œuvre. A la faveur de la maîtrise des organisations, les équipes sont en capacité de faire face à toute situation inattendue. Les bonnes pratiques en matière de préparation de piluliers sont appliquées en référence aux règles définies (gestion des demi comprimés, retours, préparations des injectables, produits à garder au froid, stupéfiants). Les produits de chimiothérapies sont préparés par l'hôpital de Blois avec lequel une convention a été signée. Toute la logistique est soumise aux règles de bonnes pratiques. Une inspection de cette activité a eu lieu, les recommandations ont été prises en compte. Une des pharmaciennes est plus particulièrement en charge des chimiothérapies, elle est intégrée au staff de cancérologie et y participe autant que de besoin. L'administration des médicaments répond aux règles de bonnes pratiques, piluliers journaliers ou hebdomadaires, selon les types de prise en charge et la traçabilité est réalisée en temps réel. La traçabilité des différentes étapes est effective et partagée comme le confirment les parcours patients traceurs réalisés au cours de la visite. Des actions d'information pour les patients sont mises en œuvre dans les services (gestion des AVK, de l'insuline). Le retour des médicaments non administrés à la pharmacie est effectif. L'élimination des médicaments périmés respecte le circuit des déchets à risques. Les relations entre l'équipe de la pharmacie et les services de soins ou les professionnels des différentes instances (EOH, CLUD, etc.) sont étroites. La présence régulière des préparateurs dans les services et l'existence de correspondants "pharmacie" dans les équipes soignantes favorisent le dialogue, le travail en équipe est encouragé. Le système de déclaration des EI est opérationnel et les professionnels y recourent. Les fiches d'événements indésirables sont analysées en associant les professionnels concernés. La participation au CREX ou aux réunions du CODEIM respecte la pluridisciplinarité exigée. Le COMEDIMS se réunit régulièrement, les professionnels de la PUI participent à d'autres instances (CLIN, CLUD, CME, etc.).

## **C / EVALUER**

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

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre du fonctionnement du processus de la prise en charge médicamenteuse sur la base d'outils identifiés, recueil des indicateurs nationaux de qualité et sécurité des soins (IQSS), d'indicateurs régionaux et locaux, EPP, analyse des événements indésirables et des erreurs médicamenteuses, indicateurs de consommations médicamenteuses. L'établissement répond aux exigences du CBUM. Le programme des évaluations est formalisé annuellement, le tableau de bord est actualisé en fonction des résultats obtenus. Des CREX "médicament" sont menés, en lien avec les objectifs du CBUM. Les indicateurs du CBUM sont suivis régulièrement. De plus, des audits sur la PECM sont organisés, des audits « patient traceur » ont été menés dans tous les

services, ils ont révélé des points à améliorer et ont donc permis d'améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse. Les visites des armoires à pharmacie sont régulières, (au moins une fois par an), les évaluations sont tracées. La PUI dispose de tableaux de bord de ses activités. Elle suit également mensuellement le tableau de bord de ses interventions (opinions pharmaceutiques, taux d'acceptabilité de ces opinions par les médecins). Des évaluations de type quick audit concernant diverses thématiques ou étapes du processus comme l'administration du médicament ou la tenue des chariots d'urgence sont déployées par le service qualité en lien avec la PUI. La mesure des indicateurs de tenue du dossier patient, réalisées en 2015 selon la méthodologie IPAQSS, a montré une évolution significative de la conformité des prescriptions médicamenteuses. Un indicateur via le questionnaire de sortie quant à l'information des patients sur les effets indésirables des médicaments montre un taux de satisfaction conforme aux objectifs de l'établissement. Les résultats des évaluations sont exploités et concourent à la définition d'actions correctives.

## **A / AGIR**

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

Une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est en place, le suivi régulier des actions d'amélioration et de réduction des risques est effectif. L'établissement exploite les données d'évaluations et intègre les résultats issus de la certification. Un plan d'actions a été mené au regard du résultat de l'indicateur ICATB2 dont la valeur était inférieure aux objectifs. De ces suivis, des révisions et ajustements d'objectifs sont menés conjointement par les deux responsables du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et la cellule qualité. Des réunions bi mensuelles sont effectives à cet effet. La communication des résultats des évaluations et des actions menées est assurée via intranet, les réunions d'information, des supports écrits qui sont transmis aux professionnels et revus en réunions de service. Pour exemple, le taux de non-validation informatique de l'administration des médicaments est suivi avec retro-information aux professionnels. La CRUQPC est informée. Les actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQ GDR. La communication des différents indicateurs à diffusion obligatoire est réalisée en externe et en interne.

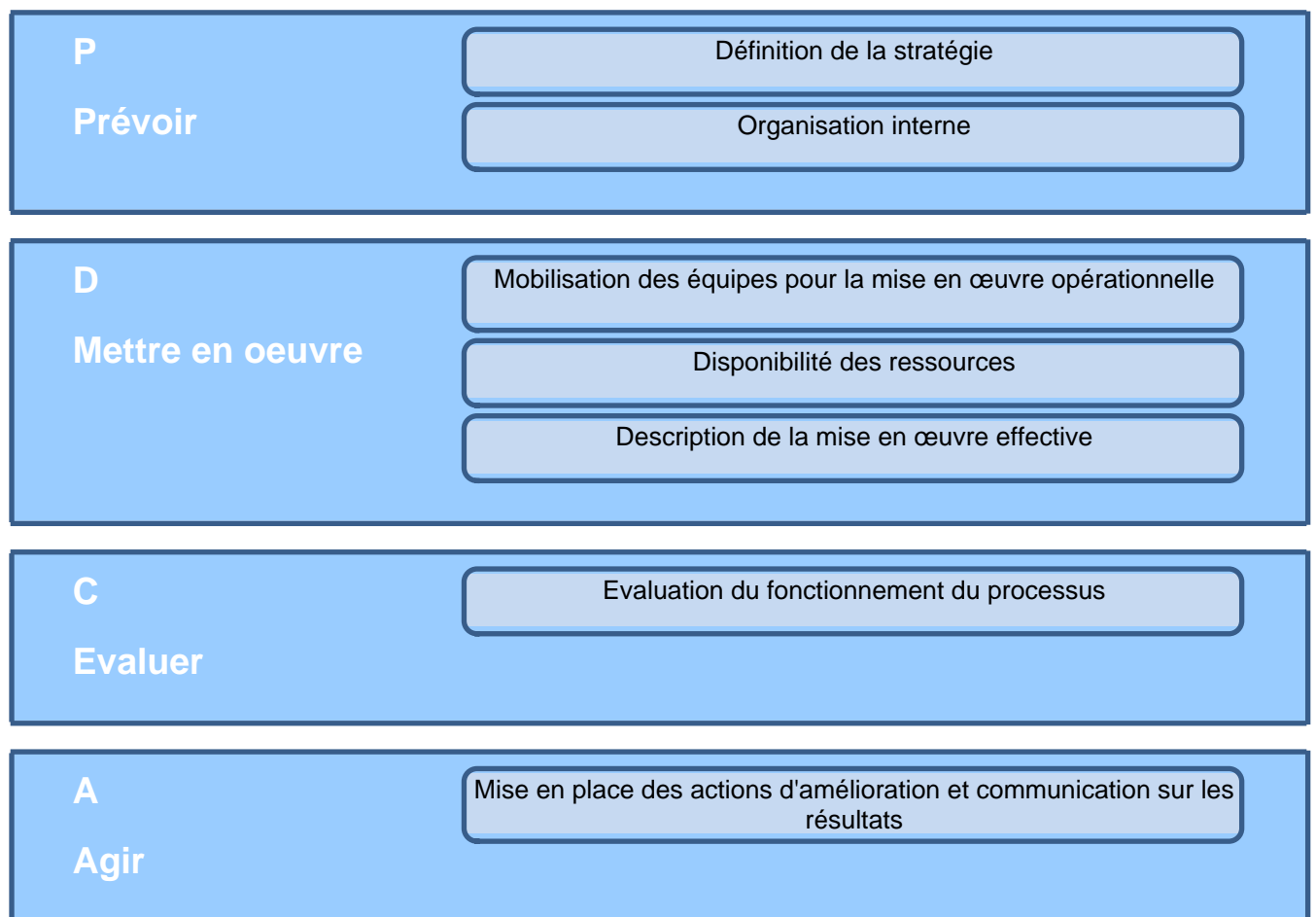
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 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**

Dans le cadre d'un Groupement Hospitalier de Territoire du Loir-et-Cher, le Centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay offre une prestation d'urgence mixte : accueil et orientation des urgences et une antenne SMUR dépendant du SAMU de Blois. Le service d'urgence connaît une augmentation significative du nombre de passages (proches de 25000 en 2015) avec un nombre de praticiens restreint (recours constant à l'intérim) et des locaux proportionnellement exigus (4 box, 4 lits d'UHTCD, 3 salles d'interventions (déchoquage, plâtre, petite chirurgie). Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des missions et du contexte et intégrés dans les données du CPOM et du projet d'établissement 2014-2018. Cette stratégie est également basée sur une analyse structurée des risques propres à l'établissement effectuée à l'occasion de l'élaboration du compte qualité. Pour cette analyse, un groupe de travail mis en place en mai 2015 et comportant les représentants des différentes catégories de personnels, a exploité les données du rapport de la V2010, des différents indicateurs, des CREX, RMM et autres EPP, des évaluations internes, des cartographies antérieures et de la réglementation en vigueur. Cette nouvelle cartographie s'appuie sur le Processus du parcours patient aux urgences élaboré par le groupe en avril 2015. Les risques identifiés ont été hiérarchisés selon la grille de criticité de la HAS et regroupés en thèmes prioritaires : risques liés à l'accueil du patient, à son évaluation, à son traitement et à sa surveillance. Un plan d'actions prioritaires a été établi sur les principaux risques retenus. Il comporte la définition des mesures de traitement des risques et identifie les ressources et modalités de suivi. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé, priorisé et décliné par rubrique (exemples : audit sur l'activité de l'IAO, réorganisation des locaux, informatisation...) et intégrée au programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement. Le compte qualité reprend quant à lui les risques et actions prioritaires.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Cette réflexion a permis de redéfinir les différents secteurs et circuits de prise en charge du patient et de réorganiser le pilotage institutionnel des urgences décrit dans la Charte de fonctionnement des Urgences actualisée en 2016.

Les rôles et responsabilités des pilotes sont identifiés (chef de service et cadre de santé des urgences, cadre supérieur de santé du pôle urgences-médecine) et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Cette organisation de la prise en charge des urgences, incluant le recours aux avis spécialisés internes et externes, est formalisée et connue par les acteurs du territoire de santé, notamment via les réseaux et les multiples conventions. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés :

- humaines, notamment par la nécessité de recourir à l'intérim pour les praticiens ; par la planification de formations transversales et spécifiques (ex. : soins infirmiers en médecine d'urgence, prise en charge du handicap...). Une formation à l'hypnose pour les professionnels de l'établissement est en projet.

- matérielles : en planifiant les équipements nécessaires pour l'activité du SMUR et en anticipant les besoins en matériel spécifique dans le cadre du plan blanc (notamment en prévision de l'afflux massif de blessés dans le contexte du risque d'attentat),

- locaux : aménagement du local de l'IOA inscrit dans les priorités du plan d'actions, réalisation d'une infrastructure d'accueil pour les risques NRBC et Ebola...

- documentaires : par la mise en place d'un nouveau logiciel spécifique des urgences (début septembre 2016), et la mise à disponibilité de procédures, de protocoles, d'un livret d'accueil des nouveaux arrivants (dont les médecins intérimaires)...

Le Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay a particulièrement investi les interfaces entre le service des urgences et les autres services, ces interfaces permettent ainsi une articulation cohérente tant en termes de flux qu'en matière de pertinence des orientations. L'établissement a également prévu une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique. Le déploiement de cette offre dans le cadre d'une filière gériatrique est en cours d'élaboration. Les circuits de prise en charge des patients selon le degré d'urgence (ex. : box de déchoquage/transfert) et la typologie des patients (circuit court, circuit long, psychiatrie, pédiatrie...) sont définis et formalisés. Enfin une organisation est en place permettant la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits d'hospitalisation trois fois par jour via un support informatique spécifique. Ce dispositif est géré par les cadres dans la journée et par les paramédicaux pour la période de garde.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Compte tenu de ses risques et besoins, le management du service des urgences et du SMUR organise la

déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels. Les pilotes du processus s'assurent de la conformité des pratiques établies dans la charte de fonctionnement des urgences, dans le plan d'action, les procédures, les protocoles et l'ensemble des référentiels. Des actions correctives identifiées par les pilotes avec la participation des professionnels sont mises en place en cas de besoin à partir des éléments du compte qualité, du plan d'action issu de la cartographie des risques, de l'analyse des EI, des CREX et RMM mis en place, du suivi des indicateurs, des réunions périodiques du secteur d'urgence-SMUR. Les résultats en sont communiqués aux équipes qui s'approprient ainsi les objectifs et plans d'actions. Des actions périodiques d'évaluation et d'amélioration par l'équipe des urgences sont définies : évaluation des temps d'attente, du nombre de passages, des évènements indésirables déclarés et analysés en CREX ou à l'occasion de RMM.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs d'activité. La disponibilité et la motivation des professionnels pallient la difficulté de recrutement de praticiens et permettent de faire face à l'augmentation constante de l'activité. Des réunions de service sont organisées périodiquement et des staffs quotidiens sont mis en place pour les transmissions de la garde notamment. Des formations sont réalisées en particulier les formations à l'accueil et à l'orientation des patients et à l'afflux massif de blessés pour tous les professionnels. D'autres formations sont également dispensées : méthode ORION pour l'analyse des évènements indésirables (EI), tenue du dossier patient, prise en charge de la douleur, e-learning Potassium, etc. Des praticiens et des IDE détiennent également des diplômes spécifiques (Médecine de catastrophe, Cardiologie gériatrique, capacité Douleur, DU Urgences-SMUR). Le secteur des urgences organise également un enseignement pour ses propres professionnels, notamment pour les internes. Des référents sont identifiés et les liens avec les instances sont organisés. Le projet d'établissement prévoit l'étude d'une extension des locaux des urgences; des travaux d'aménagement des locaux de l'IOA, prévus dans le plan d'action à la suite de l'analyse de risques, ont d'ores et déjà été réalisés. La maintenance préventive et curative des locaux et des matériels est assurée. Les documents utiles à l'activité des professionnels sont disponibles sur l'Intranet. Le cheminement du patient aux urgences répond à une « check-list du parcours patient » et les prises en charge en pédiatrie, en gynéco-obstétrique, en médecine, en chirurgie, en imagerie, sont formalisées dans des documents spécifiques. D'autres prises en charge spécifiques par pathologie sont également protocolisées dans des documents internes de référence (prise en charge somatique d'un patient psychiatrique, suspicion d'AVC, douleur thoracique, hémorragie digestive, urgences main etc.). De nombreuses fiches-conseil sont également disponibles pour des conduites à tenir particulières (morsures, sutures, traumatisme crânien, plâtre, etc.).

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent et mettent en œuvre les dispositions arrêtées et les circuits définis. Le travail en équipe est encouragé et permet une réaction adaptée en cas d'imprévu. La visite du secteur et le rendu des patients traceurs ont permis de vérifier l'efficacité de l'organisation de la prise en charge du patient et de sa traçabilité pour tous les types de patients et de circuits. Les procédures actualisées sont mises en œuvre et respectées. Les interfaces avec les autres secteurs du plateau technique (radiologie, laboratoire, bloc, ambulatoire) sont opérationnelles et formalisées, de même qu'avec les secteurs cliniques. Il existe de nombreuses conventions établies, entre autres, dans le cadre du GHT, notamment avec l'hôpital de référence de Blois, avec le CHU de Tours (télémédecine dans le cadre de la neurochirurgie/AVC), avec une structure privée pour la cardiologie, etc. La traçabilité des différents actes, activités, prescriptions, transmissions, est désormais réalisée sur support informatique exclusif depuis la mise en place du logiciel spécifique à l'urgence début septembre 2016. Les documents (procédures, protocoles...) sont disponibles, utilisés et mis à jour par les professionnels des urgences.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sur la base d'outils identifiés : indicateurs nationaux, nombre d'indicateurs internes quantitatifs sur l'activité par circuits, par degré d'urgence, nombre d'hospitalisations en UHTCD, nombre de fiches d'évènements indésirables (FEI) (dont identitovigilance) et indicateurs qualitatifs (délais d'attente, temps de passage, temps de sortie SMUR, tenue du dossier, conformité des prescriptions, analyse des évènements indésirables qui sont discutés avec les professionnels du secteur avec communication systématique des résultats en retour... Un tableau de bord de l'activité est en place, en lien avec la Cellule Qualité. Par ailleurs, le secteur des urgences a organisé une mesure de satisfaction des patients propre à son activité. Des CREX et RMM sont ancrés dans la pratique du secteur notamment des CREX d'interfaces (CREX urgences médecine, CREX parcours – territoire, CREX psychiatrie urgences). Une RMM inter-hospitalière est programmée en novembre 2016 avec un établissement voisin. Les évaluations sont exploitées pour identifier des actions correctives.

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

L'établissement a pris en compte le résultat de l'indicateur "traçabilité de date et heure de survenue des symptômes lors de la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral" dont la valeur était inférieure au seuil attendu ; un plan d'actions a été mis en œuvre. Les actions mises en œuvre au regard des résultats obtenus sont intégrées et articulées avec le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques (PAQGDR) institutionnel. Certaines actions issues de l'analyse des risques dans le cadre du compte qualité et du résultat des indicateurs internes ont déjà été effectuées : travaux de positionnement du box IOA proche de l'admissioniste pour prioriser la marche en avant, audit sur l'activité de l'IOA, travaux de restructuration des locaux, déploiement d'un logiciel spécifique des urgences, formations... D'autres actions sont intégrées dans un plan d'actions avec identification d'un pilote et calendrier de suivi. A la faveur de nouvelles itérations des évaluations, l'établissement a pu objectiver l'impact des actions et réajuster ses objectifs. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers et via les instances (réunions, affichage, journal interne « Chromozoom »). L'établissement communique également les résultats de ses indicateurs nationaux.



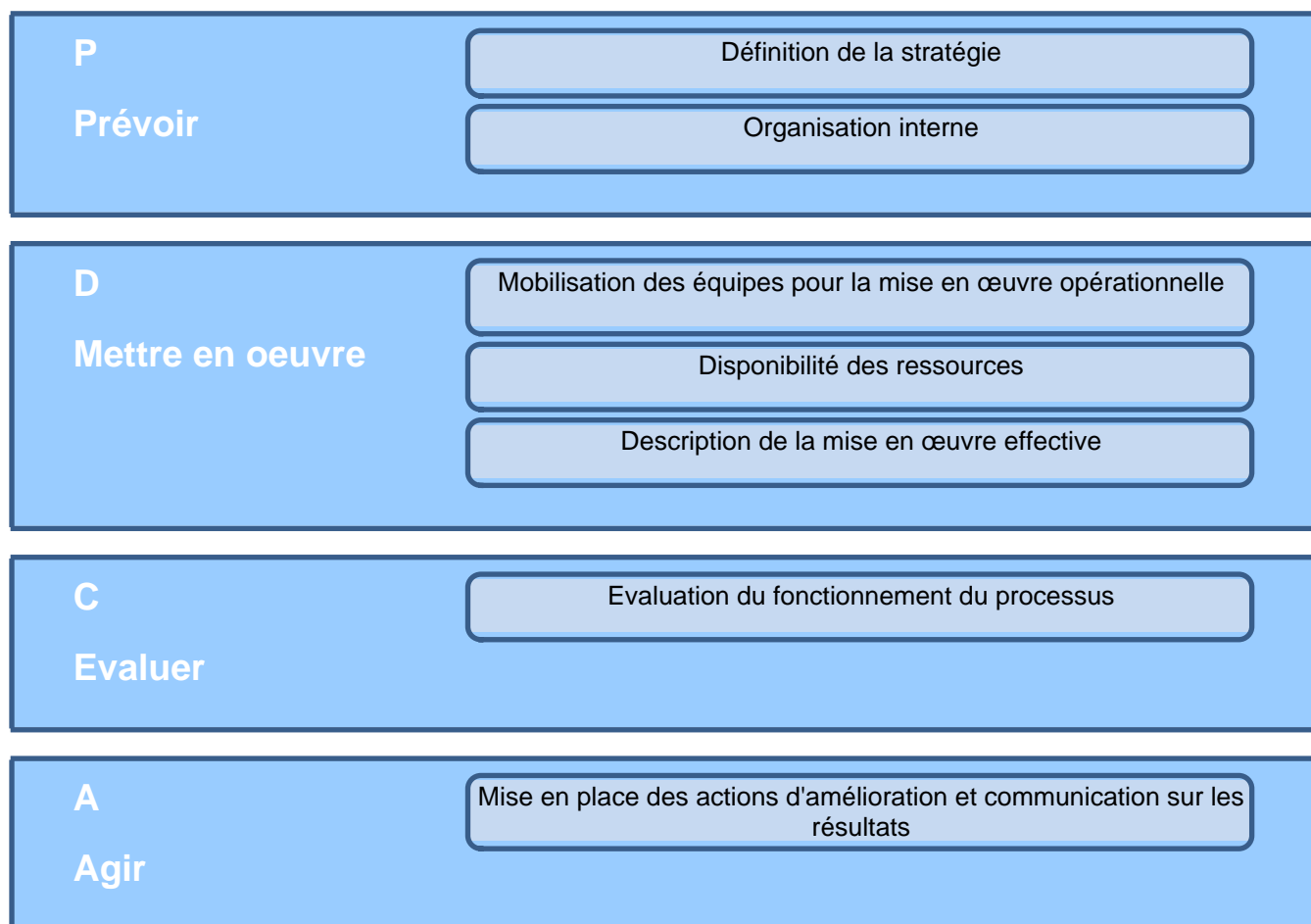
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le bloc opératoire du Centre Hospitalier de Romorantin Lanthénay regroupe 4 salles d'interventions pour une activité polyvalente (digestif, urologie, gynécologie, orthopédie-traumatologie, ophtalmologie, ORL...). Une salle est dédiée à l'obstétrique, une autre préférentiellement à l'orthopédie. Les endoscopies sous anesthésie générale sont également effectuées au bloc opératoire. Une salle de SSPI de 10 postes est située dans l'enceinte du bloc opératoire. L'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) est située au même étage. Le plateau technique d'endoscopie (sans anesthésie générale) a été transféré récemment (courant 2015) à proximité du bloc. Le bloc opératoire a un pilotage institutionnel décrit dans la Charte du bloc opératoire mise à jour en mai 2016 ; le fonctionnement de l'activité ambulatoire est stipulé dans la Charte de Chirurgie et d'Endoscopie ambulatoires. Pour la prise en charge des patients au bloc opératoire, il existe une stratégie et des objectifs décrits dans le CPOM et dans le Projet d'établissement 2014-2018. Cette stratégie est élaborée sur la base d'une identification des missions, du contexte de l'établissement dans le bassin d'offre des soins du Loir-et-Cher et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Pour cette analyse, un groupe de travail mis en place en mai 2015 et comportant les représentants des différentes catégories de personnels a exploité de manière structurée les données du rapport de la V2010, des différents indicateurs, des CREX, RMM et autres EPP, des évaluations internes, des cartographies antérieures et de la réglementation en vigueur. Par ailleurs, dans le cadre du compte qualité, une cartographie des risques a été établie à partir d'une analyse du processus parcours patient au bloc opératoire étudié selon les différents circuits de patients. Les risques identifiés ont été hiérarchisés selon la grille de criticité de la HAS et regroupés en rubriques (risques liés à la check-list, à l'acte chirurgical, à l'anesthésie, à l'intégration des urgences, à la programmation...) et un plan d'actions prioritaires a été établi sur les principaux risques. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé, priorisé et décliné par thème (exemples : audit de la check-list, formations, sensibilisations, renforcement des transmissions, élaboration de procédure de gestion des urgences...), les priorités sont en outre intégrées au compte qualité. Les mesures de traitement des risques prioritaires sont arrêtées, les ressources et modalités de suivi sont identifiées. La stratégie est communiquée à l'ensemble des professionnels lors des réunions de service, conseils de bloc, par l'intranet ou affichage.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. L'organisation du bloc est formalisée dans la Charte du bloc opératoire mise à jour en mai 2016, et, pour l'activité ambulatoire, précisée spécifiquement dans la Charte de Chirurgie et d'Endoscopie ambulatoires actualisée en mars 2016.

Le comité de bloc est l'organe de pilotage opérationnel du plateau chirurgical ; il se réunit au moins huit fois par an. Ses missions et ses responsabilités sont formalisées et ses activités et comptes rendus de séance sont diffusés aux professionnels concernés. Les pilotes rencontrés lors de la visite du processus bloc : le Président du Conseil de bloc opératoire (anesthésiste), le Coordonnateur du bloc (chirurgien), les Cadres de santé et la Cadre supérieur de santé du pôle "prestations médico-techniques" sont formés à cette mission et leurs rôles et responsabilités sont formalisés dans les fiches de poste actualisées. D'autres responsables d'actions d'amélioration par spécialité ou secteur (cadres, praticiens, pharmacie, EOH, intervenants externes, etc.) ont été identifiés, en lien également avec d'autres processus ou vigilances pour conduire ces actions. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés :

- ressources humaines : l'effectif répond aux conditions techniques de fonctionnement ; des formations régulières sont planifiées (pour la SSPI, douleur, hygiène, AFGSU, radioprotection...) ; un IADE est formé à l'hypnose ; d'autres formations sont également inscrites au plan 2016-17 (chirurgie ambulatoire, IBODE, AS au bloc opératoire). Les nouveaux arrivants sont intégrés et bénéficient d'une formation/accompagnement spécifique. Des référents sont identifiés (matériel, douleur, pharmacie, hygiène, stérilisation, PCR),
- ressources matérielles : la disponibilité des équipements et locaux est organisée, il existe des plans pour la maintenance du matériel et pour les achats,
- ressources documentaires : la formalisation des documents nécessaires à la réalisation des activités est assurée, le système d'information est structuré et la coexistence des supports papier et informatique est organisée et lisible. La gestion des interfaces est effective entre services d'hospitalisation et bloc opératoire et un CREX d'interface "parcours de l'opéré" est en place ; il concourt à garantir l'articulation cohérente des activités.

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

Les objectifs et plans d'actions opérationnels issus de la politique institutionnelle et des réunions du comité de bloc sont communiqués régulièrement aux professionnels (réunions du secteur, intranet, affichage), les équipes se sont appropriés ces objectifs et plans d'actions. Les pilotes du processus sensibilisent régulièrement les professionnels sur les risques spécifiques à leur activité et s'assurent de la conformité des pratiques établies dans la charte du bloc et de l'ambulatoire, dans le plan d'actions, les procédures, les protocoles et l'ensemble des référentiels. Des actions correctives identifiées par les pilotes avec la participation des professionnels sont mises en place en cas de besoin à partir des éléments du compte qualité, du plan d'actions issu de la cartographie des risques, de l'analyse des événements indésirables (EI), des CREX et RMM, du suivi des indicateurs, des réunions périodiques du plateau technique. Le suivi en est assuré et les résultats en sont communiqués aux équipes.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences sont en adéquation avec l'activité pour répondre aux besoins et assurer la continuité de la prise en charge en cas d'urgence y compris en période de garde. Un planning sous forme de tableau permet l'affectation des professionnels chaque jour de la semaine. Les astreintes sont organisées et diffusées. Un tableau de vacances et congés des praticiens est régulièrement actualisé. Le nombre de postes en SSPI est conforme. Des formations et informations pour les personnels paramédicaux et médicaux sont effectuées. Les ressources documentaires (recommandations de bonnes pratiques professionnelles, fiches d'interventions, procédures, protocoles) sont disponibles sur l'intranet et support papier à l'intérieur du bloc, leur actualisation est effective. Le programme opératoire, initié dès la consultation chirurgicale par les secrétariats médicaux, fait l'objet d'une prévision hebdomadaire lors d'une réunion le jeudi au cours de laquelle le programme est planifié et arrêté pour la semaine suivante. Cette concertation se fait entre le coordonnateur médical du bloc et la cadre de bloc opératoire. Il est accessible aux professionnels dans un logiciel non spécifique. En attendant l'acquisition à venir d'un logiciel de planification (dans le cadre de l'harmonisation des pratiques du Groupement Hospitalier de Territoire), le programme opératoire est accessible sur support électronique au bloc, édition papier dans les secteurs cliniques. Ce programme est actualisé au fil de l'eau y compris pour les interventions urgentes par la responsable de bloc. Cette disposition est sécurisée et connue de tous. Elle est détaillée dans plusieurs documents (Charte, Circuit de programmation Bloc et Endoscopie, Programmation pour l'urgence vitale, Consulter le programme opératoire sur Intranet, Créer une fiche de programmation). Pour chaque intervention, les professionnels disposent de toutes les informations concernant le patient et nécessaires à sa prise en charge (dossier médical, dossier d'anesthésie, examens complémentaires). Ces matériels nécessaires sont disponibles dans les secteurs d'activité et regroupés par spécialité à proximité de salles d'interventions dédiées. Les dispositifs médicaux stériles et implantables sont référencés, disponibles, vérifiés. Une organisation permet d'anticiper le contrôle de la présence du matériel. Le matériel d'urgence vitale est disponible et opérationnel sur le plateau technique. La maintenance préventive et curative du matériel est effective.

**DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Le pilotage du plateau technique du bloc opératoire met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les observations issues des réunions patients traceurs et de la visite du plateau technique ont confirmé que ce processus était opérationnel.

Le planning de chaque intervenant est affiché et la permanence des soins est assurée. La sécurité au niveau du plateau technique et en SPPI est assurée. Les pratiques professionnelles des différentes spécialités sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues. Les effectifs en personnels médicaux et paramédicaux sont en conformité avec le planning opératoire. Les différentes zones et circuits dans le bloc sont identifiés et respectés. La maîtrise du risque infectieux est effective. Le bio-nettoyage est protocolisé, tracé et contrôlé régulièrement. La suppression des salles est assurée. Les vérifications quotidiennes sont réalisées et tracées (registres d'ouverture de salles, fiches de préparation des interventions...). Les contrôles de l'air, de l'eau et des surfaces sont réalisés périodiquement et tracés. La traçabilité des Dispositifs Médicaux Implantables et des actes est assurée dans le dossier patient avec un double conservé à la pharmacie, ainsi qu'un double de la commande qui est conservé au bloc opératoire. Les circuits du patient répondent aux exigences de qualité et de sécurité (identitovigilance, hygiène, confidentialité, intimité). Une fiche de liaison secteur clinique-bloc est en place. Les données du dossier patient sont disponibles en temps réel soit dans le dossier papier et, pour certains éléments, sur support informatique. La check-list "sécurité du patient au bloc opératoire" est mise en œuvre et tracée sur support papier et signée conjointement par le coordonnateur de la check-list, le chirurgien et l'anesthésiste pour toutes les interventions. La prise en charge anesthésique et chirurgicale per opératoire est tracée. Le risque transfusionnel est maîtrisé. La gestion des risques est effective. Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles. Les professionnels sont impliqués dans le recueil et l'analyse des événements indésirables avec organisation du retour d'expérience. Le coordonnateur médical du bloc opératoire (anesthésiste), également

coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, participe aux réunions hebdomadaires d'analyse des EI avec la cellule qualité. Des RMM sont mises en place. Certains praticiens sont engagés dans le dispositif d'accréditation des spécialités à risques. Le travail en équipe est encouragé et permet une réactivité appropriée en cas d'imprévu. Les mesures de prévention des risques professionnels, concernant notamment la radioprotection, sont mises en œuvre. La prise en charge en SSPI de même que l'autorisation de sortie par l'anesthésiste sont tracées sur support papier. Les prescriptions post opératoires sont mises en œuvre et notées dans le dossier patient informatisé pour les patients hospitalisés. La douleur est évaluée et fait l'objet d'une EPP en SSPI.

## **C / EVALUER**

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

L'évaluation et le suivi de la qualité et l'efficacité de la prise en charge du patient au bloc opératoire sont assurés, en particulier par le suivi d'indicateurs de tenue du dossier d'anesthésie et d'indicateurs d'activité spécifiques qui permettent, lors de réunion de service, d'adapter l'organisation et la répartition des ressources. De même, une analyse des événements indésirables est en place sur la base des déclarations et permet l'identification des actions correctives, au cours de CREX (notamment CREX parcours de l'opéré) ou RMM organisées et formalisées. Des audits sont en place, notamment concernant l'évaluation et le suivi des différentes check-lists, du risque "Agent transmissible non conventionnel (ATNC)", du risque infectieux, etc. Des indicateurs qualitatifs et quantitatifs sont produits périodiquement par la responsable du bloc. L'exploitation des évaluations menées périodiquement est effective et concourt à l'identification d'actions correctives.

## **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'amélioration de la qualité et de la gestion des risques (PAQGDR). Des démarches d'amélioration sont en place au sein du bloc opératoire, issues de différentes évaluations (cartographie des risques, indicateurs, CREX, RMM, enquêtes de pratique, de satisfaction...) avec notamment, un travail continu sur l'optimisation de la check-list de sécurité, des rappels des bonnes pratiques en programmation, des audits de dossiers, une amélioration de la fiche de surveillance en SSPI, la mise en place en SSPI d'un « Buzz » permettant l'appel d'urgence de l'ensemble des professionnels, l'acquisition d'un chariot de transport de matériel, etc. A la faveur des nouvelles itérations des évaluations, l'établissement objective l'impact des actions mises en œuvre et réajuste ses objectifs. La communication des résultats est diffusée au sein du bloc opératoire, notamment lors des conseils de bloc ainsi qu'aux instances.

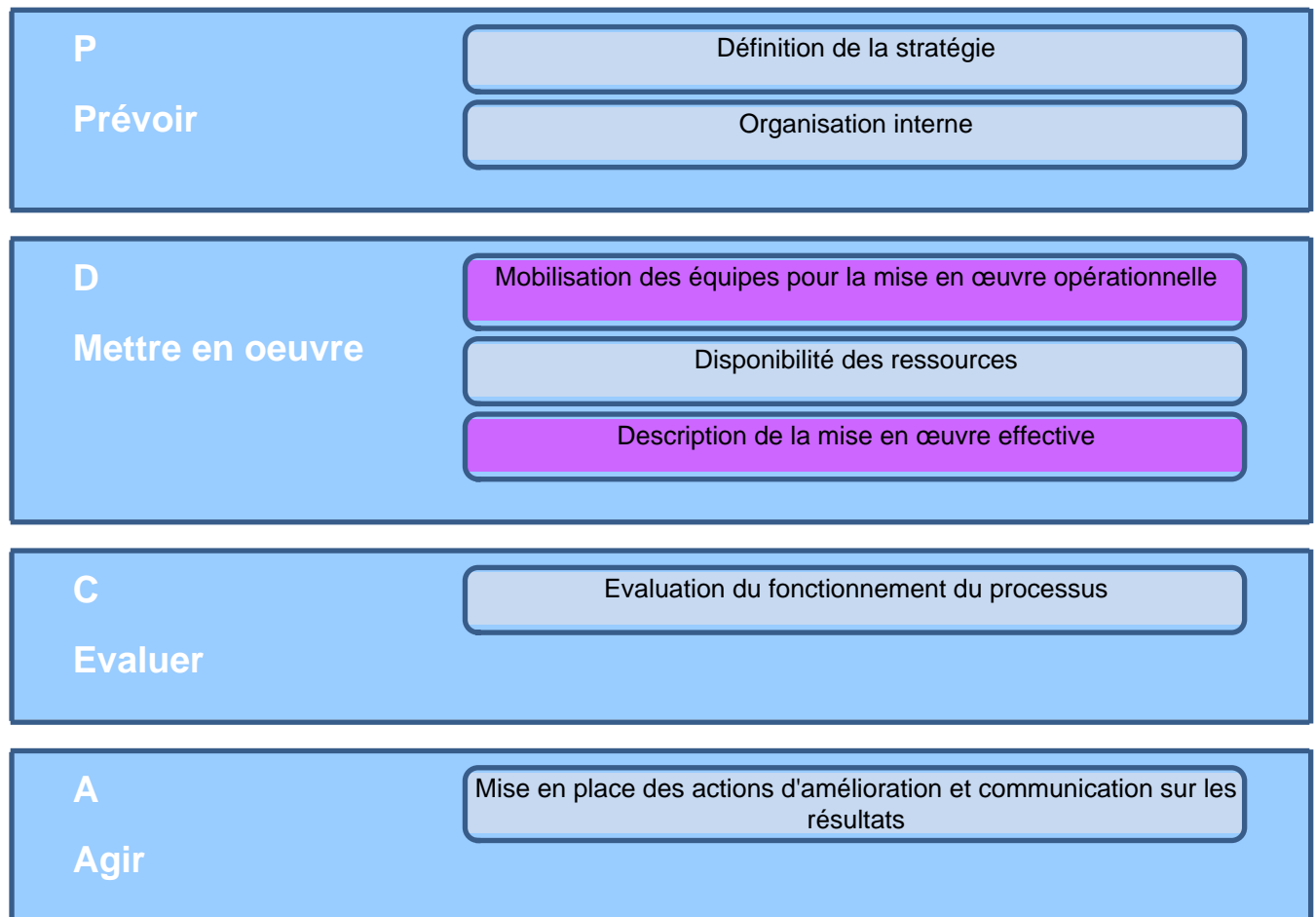
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'activité d'endoscopie au Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay concerne principalement les explorations digestives, et, en volume moindre, les endoscopies bronchiques, ORL et urologiques. La stratégie du management de la qualité et de la sécurité en endoscopie a été intégrée à celle du bloc opératoire pour les endoscopies sous anesthésie générale. Les endoscopies autres (sans anesthésie ou avec anesthésie locale) sont réalisées au niveau du nouveau plateau technique « endoscopie » aménagé depuis mai 2015 dans des locaux rénovés situés à proximité du bloc opératoire. Cette nouvelle organisation a initié une actualisation de la démarche qualité propre à ce plateau endoscopique. Cette activité majoritairement ambulatoire répond aux besoins du territoire de santé et ses objectifs sont inscrits dans le CPOM et dans le projet d'établissement pour la période 2014-2018. L'évaluation structurée des risques a été menée en deux temps. L'identification et l'analyse des risques propres aux endoscopies sous anesthésie générale ont été réalisées dans le processus « bloc opératoire » dont elles partagent le circuit et les spécificités. Pour les autres types d'endoscopies, cette analyse des risques a été élaborée avec les professionnels concernés au regard des différents types d'endoscopies, du processus parcours patient et, partant, d'une nouvelle cartographie actualisée pour cette nouvelle configuration, du bilan des événements indésirables, des CREX et des RMM réalisés, des résultats des indicateurs d'activité et de suivi, et de la réglementation en vigueur. Les risques ont été hiérarchisés selon la méthode HAS, ce qui a permis d'établir des actions d'amélioration prioritaires pour la prise en charge des patients en endoscopie classées par rubriques : risques potentiels lors de l'acte, risques liés au reconditionnement des appareils (prélèvements bactériologiques, transport...), risques liés à la programmation, à l'ouverture des salles, au départ du patient, etc... Les mesures de traitement des risques ont été arrêtées, les ressources nécessaires et les modalités de suivi des actions ont été définies. Un plan d'actions d'amélioration formalisé a été validé par les instances et est intégré au Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Gestion des Risques (PAQGDR) de l'établissement. Il remplace, complète ou renforce le programme d'actions spécifiques et préventives mis en place à la suite de la V2010 en 2013. Les risques et actions prioritaires sont en outre intégrés au compte qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Celle-ci est formalisée dans une charte de fonctionnement de l'endoscopie (août 2016) pour l'ensemble des examens. Le comité de bloc est l'organe de pilotage opérationnel du bloc et de l'endoscopie réalisée sous anesthésie générale (voir ce processus). Pour les autres endoscopies, réalisées sur le plateau technique dédié, le pilotage est confié au Coordonnateur du plateau d'endoscopie (médecin hygiéniste), au cadre supérieur de santé du pôle des "prestations médico-techniques" et au cadre de santé du plateau. Ces pilotes sont formés à cette mission et leurs rôles et responsabilités sont formalisés dans des fiches de poste actualisées. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés :

- humaines : vacations planifiées pour les praticiens libéraux, effectif soignant suffisant (IDE et AS dédiées), participation active de l'IDE hygiéniste et du praticien en Hygiène. L'activité partagée et le planning des soignants entre les examens réalisés au plateau d'endoscopie et au bloc opératoire sont planifiés et organisés. Des plans de formations sont arrêtés régulièrement, risque agent transmissible non conventionnel (ATNC), prélèvements bactériologiques, traitement des endoscopes,..., avec un suivi programmé d'acquisition des compétences, notamment pour les nouveaux arrivants.
- matérielles : le déménagement du plateau technique a été effectué en 2015 pour se rapprocher du bloc opératoire. Le local de traitement de tous les endoscopes est situé au niveau du plateau technique et, en plus d'une armoire à stockage vertical, un nouveau mode de stockage a été mis en place par l'acquisition d'une Enceinte de Stockage d'Endoscopes Thermosensibles(ESET) situé dans un local contigu. Le parc d'endoscopes est renouvelé suivant un calendrier défini et selon les recommandations en vigueur. Le plan de maintenance est défini.
- le dispositif de gestion documentaire est établi et structuré. Les procédures ont été entièrement actualisées à la faveur du déménagement et de la cartographie des risques. Un « passeport endoscopie » a été élaboré : il s'agit d'un véritable chemin clinique reprenant sous forme de check-list toutes les composantes du parcours patient et de celui des endoscopes (identitovigilance, risque ATNC, informations douleur, transmissions, traçabilité du circuit de l'endoscope...). La définition des circuits et des interfaces avec les différents secteurs concernés (cliniques, médico-techniques, logistiques et administratif), notamment pour les besoins de la programmation des examens, est stipulée dans la Charte de fonctionnement de l'endoscopie. Ces interfaces garantissent une articulation cohérente des activités et des compétences.

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

Compte-tenu de la taille de l'établissement, les activités endoscopiques avec ou sans anesthésie générale (plateau endoscopie ou bloc) sont effectuées sous l'égide d'un pilotage coordonné et d'un personnel partagé. Ainsi, les plans d'actions opérationnels issus de la politique institutionnelle et des réunions du comité de bloc et du plateau endoscopie sont communiqués régulièrement aux professionnels (réunions, intranet, affichage). La sensibilisation des professionnels aux risques spécifiques à leurs activités est effective. Les pilotes du processus s'assurent de la conformité des pratiques établies dans les chartes du bloc et de l'endoscopie, dans le plan d'actions, dans les procédures et protocoles et dans l'ensemble des référentiels. Des actions correctives identifiées par les pilotes avec la participation de tous les professionnels du terrain sont mises en place à partir des éléments du compte qualité, du plan d'actions issu de la cartographie des risques, de l'analyse des événements indésirables (EI), des CREX, des RMM, du suivi des indicateurs et des réunions périodiques des plateaux techniques. Par ailleurs, l'utilisation et l'exploitation du passeport endoscopie permet un contrôle de conformité au fil de l'eau sur un nombre important de paramètres concernant la qualité et la sécurité de prise en charge du patient, avant, pendant et après l'examen. Le retour d'expérience est en place.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences sont en adéquation avec l'activité endoscopique. Les personnels soignants du plateau d'endoscopie sont mis à disposition pour les examens au bloc opératoire selon un planning de rotation des effectifs. Des formations et informations pour les personnels paramédicaux et médicaux sont effectuées. Les ressources documentaires (recommandations de bonnes pratiques professionnelles, procédures, protocoles) sont disponibles sur l'intranet et/ou sur support papier, elles sont actualisées en tant que de besoin. La programmation des examens endoscopiques, au bloc et au plateau technique endoscopie, est organisée et accessible aux professionnels dans des logiciels non spécifiques. Cette disposition est sécurisée, connue de tous et détaillée dans la Charte de fonctionnement de l'endoscopie. Lors des procédures, les professionnels disposent de toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient (dossier médical, dossier d'anesthésie, examens complémentaires). Les endoscopes sont disponibles et stockés en vertical et dans l'ESET dans des emplacements sécurisés du plateau endoscopie. Le traitement et la décontamination des appareils sont réalisés à proximité dans la salle de lavage attenante à la salle d'examen par des professionnels formés. Toutes ces procédures ont été formalisées et validées par l'EOH et les instances concernés. Une organisation, également actualisée au décours de l'élaboration de la cartographie des risques, permet d'anticiper le contrôle de la présence du matériel nécessaire aux examens, notamment par une réécriture des procédures d'ouverture/fermeture des salles. La maintenance préventive et curative du matériel est effective.

**DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Le pilotage du plateau technique du bloc opératoire et du plateau d'endoscopie met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les données issues de la visite des secteurs et de l'entretien avec les professionnels ont confirmé que ce processus était opérationnel. Une fois par semaine, les responsables des deux secteurs (bloc/plateau endoscopie) valident le programme des examens d'endoscopie de la semaine suivante. Les besoins logistiques spécifiques sont ensuite évalués avec les praticiens concernés et les autres intervenants de la prise en charge du patient. La sécurité au niveau du plateau technique d'endoscopie est assurée. Les pratiques professionnelles des différentes spécialités sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues. Les effectifs en personnels médicaux et paramédicaux sont en conformité avec le planning des examens endoscopiques. Les différentes zones et circuits pour les deux sites d'endoscopie sont identifiés et respectés. La maîtrise du risque infectieux est effective. Le bio-nettoyage est protocolisé, tracé et contrôlé régulièrement par des audits et des indicateurs. Les vérifications quotidiennes sont réalisées et tracées (registres d'ouverture de salles, fiches de préparation des examens). La traçabilité des actes et, le cas échéant, des Dispositifs Médicaux Implantables, est exhaustive et assurée dans le dossier patient, avec un double conservé dans les registres du plateau d'endoscopie. Les contrôles de l'air, de l'eau et des surfaces sont réalisés périodiquement et tracés.

Les circuits du patient sur ces deux sites d'examen endoscopique répondent aux exigences de qualité et de sécurité (identitovigilance, hygiène, confidentialité, intimité) et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Une fiche de liaison secteur clinique – plateau technique est en place pour les examens effectués au bloc. Pour les examens réalisés sur le plateau technique de l'endoscopie, la prise en charge du patient suit les étapes du «passeport endoscopie». Les données du dossier patient sont disponibles en temps réel soit dans le dossier papier, soit dans le dossier informatisé.

La check-list "sécurité du patient en endoscopie" est mise en œuvre et tracée pour tous les examens. Les éléments de prise en charge anesthésique, le cas échéant, et endoscopique sont tracés. Les dysfonctionnements sont analysés et suivis, ils donnent lieu à des actions d'amélioration. La gestion des risques est effective. Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles. Les professionnels sont impliqués dans le recueil et l'analyse des événements indésirables avec organisation du retour d'

expérience par un CREX. Des RMM sont également en place. A la faveur d'une culture qualité/sécurité partagée, l'équipe est en capacité d'analyser collectivement et de traiter toute situation inattendue. La prise en charge en SSPI pour les examens sous AG de même que l'autorisation de sortie par l'anesthésiste sont tracées. Les prescriptions au terme de l'examen sont mises en œuvre et notées dans le dossier patient. La douleur est évaluée et tracée.

## **C / EVALUER**

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

L'évaluation et le suivi de la qualité et l'efficacité de la prise en charge du patient en endoscopie sont assurés, en particulier par le suivi d'indicateurs de tenue du dossier d'anesthésie pour les examens réalisés au bloc opératoire et d'indicateurs d'activités spécifiques. De même, une analyse des événements indésirables est en place et effectuée de façon hebdomadaire par la cellule Qualité, elle permet l'identification des actions correctives à traiter lors de CREX ou de RMM organisées et formalisées. Des audits sont en place, notamment concernant l'évaluation et le suivi des différentes check-lists, du risque ATNC, du risque infectieux. L'évaluation est facilitée grâce à la mise en place du « passeport endoscopique ».

Des indicateurs qualitatifs et quantitatifs sont produits par les pilotes du bloc et du plateau d'endoscopie. L'exploitation des résultats des évaluations est effective, elle concourt à la définition d'actions correctives.

## **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 PAQGDR. Des démarches d'amélioration sont en place pour l'activité au bloc opératoire ou spécifiques au plateau d'endoscopie. Elles sont issues de différentes démarches d'évaluations (indicateurs, CREX, RMM, cartographie des risques...). Citons par exemple l'actualisation de nombreuses procédures, l'évaluation du circuit des endoscopes, la mise en place d'un calendrier annuel des prélèvements bactériologiques, les formations spécifiques du personnel. Les résultats sont communiqués aux professionnels, notamment dans le cadre de réunions du secteur, par affichage au sein du plateau technique ou via le journal d'information interne « Chromozoom », et aux instances.

A la faveur des nouvelles itérations d'évaluations, l'établissement objective l'impact des actions menées et réajuste ses objectifs.



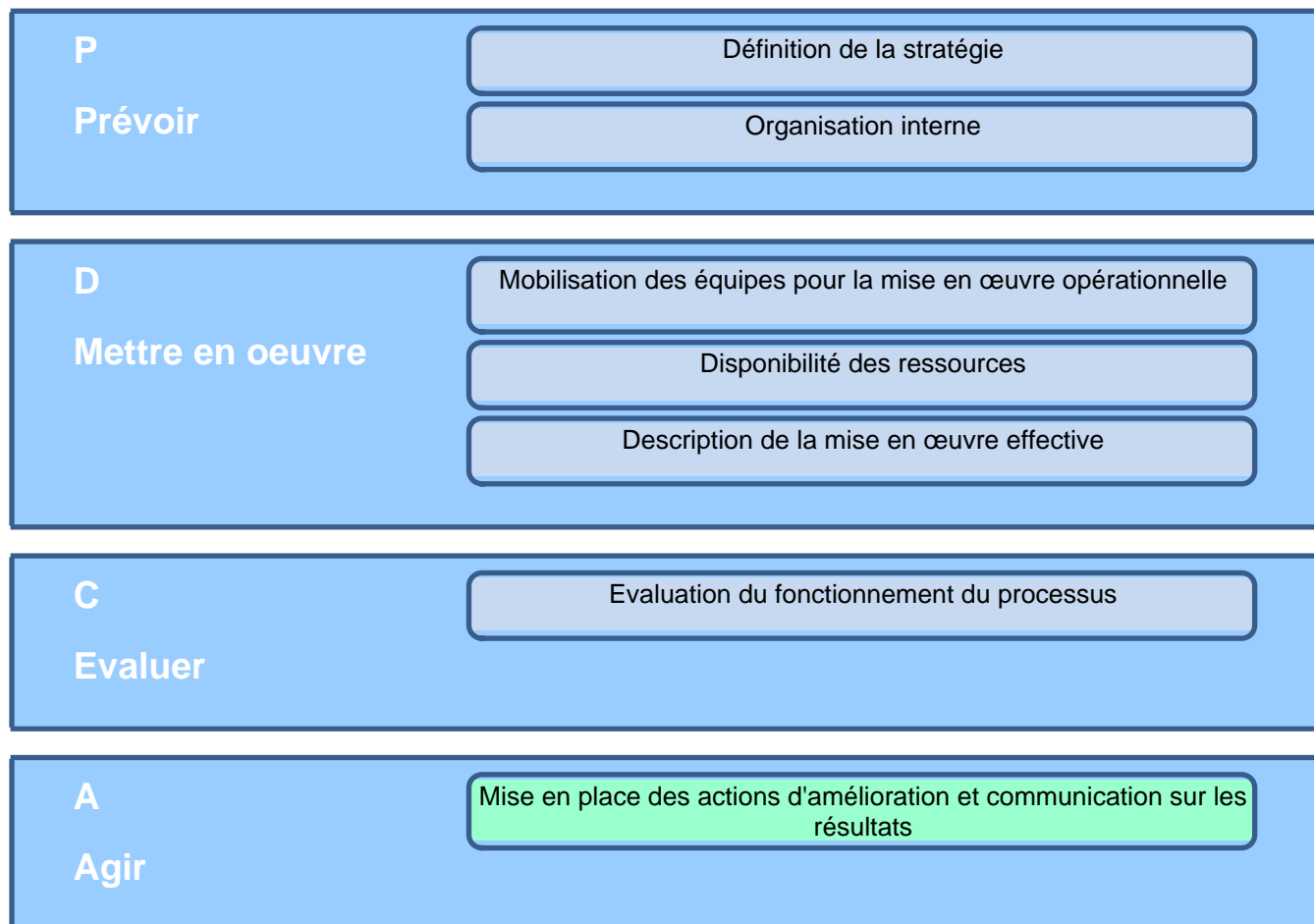
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

## 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**

Le Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay a défini sa stratégie de pôle intégrant la salle de naissance, elle est formalisée dans le projet d'établissement 2014-2018 parmi les prises en charge spécifiques. L'établissement a identifié et analysé les missions de ce secteur en regard d'une autorisation de maternité de niveau 1 disposant d'une dérogation pour une prise en charge des grossesses à partir de la 34<sup>ème</sup> semaine. Les missions et objectifs sont définis, ils tiennent compte du niveau de risque foeto-maternel. Une charte de fonctionnement établie en 2007 et réactualisée en mai 2016 reprend la politique du secteur, elle a été validée en CME et approuvée par le Directoire. Les risques propres à ce secteur ont été identifiés selon une méthodologie explicite, ils sont issus de l'analyse interne (carte d'identité du processus), d'une cartographie des risques en lien avec la cellule qualité, des données des patients traceurs, des IPAQSS, des résultats des audits, des EPP, des CREX et RMM. Ils sont hiérarchisés. Les besoins identifiés tiennent compte du contexte régional et local. Le recours à des maternités de niveau 2 ou 3 est formalisé. Des conventions sont formalisées avec le « Réseau Périnatal Centre-Val de Loire » et les maternités de recours, afin de valider les collaborations inter-établissements. L'organisation de prise en charge, le suivi des grossesses sont basés sur le réseau de proximité, PMI, gynécologues-obstétriciens, sage-femmes et médecins généralistes libéraux. Un programme d'accompagnement à domicile (PRADO) est proposé en collaboration avec les sage-femmes de ville. La stratégie de secteur de salle de naissance a été validée par les instances concernées, (CME, CS), elle est déclinée dans un programme d'actions préventives et de surveillance arrêtant les mesures de traitement, les ressources et modalités de suivi des risques identifiés. Ce programme est articulé avec le programme d'actions qualité et gestion des risques (PAQ GDR) institutionnel. S'agissant des risques prioritaires identifiés sur la base des résultats des indicateurs, leur traitement est repris dans le compte qualité (CQ) de l'établissement. Les objectifs d'amélioration identifiés de manière pluridisciplinaire sont suivis régulièrement par les professionnels du secteur en lien avec le management qualité de l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

Le Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay a établi une organisation pour piloter le processus salle de naissance. Les rôles et responsabilités dans le cadre de l'activité de salle de naissance sont identifiés, les pilotes sont nommés selon leur niveau de responsabilité au sein du pôle et du secteur. Leurs missions sont formalisées par des fiches de poste ou de mission, actualisées si besoin. La charte de fonctionnement du secteur de naissance décrit l'organisation générale dont les règles de présence 24h/24 et 7j/7 et les modalités d'astreintes et d'appels. Elle est validée par les instances. L'établissement organise la disponibilité des examens biologiques par convention avec le laboratoire de biologie médicale (LBM) de Blois. 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 matière de ressources humaines, l'organisation prévoit les effectifs en adéquation avec les conditions techniques de fonctionnement. Le planning est élaboré mensuellement, les gardes et astreintes sont organisées. La continuité de prise en charge repose sur la permanence du Bloc Opératoire, du Service d'Anesthésie et de la Pédiatrie. Les recrutements sont conformes à la réglementation en matière d'exigence des diplômes. Il est prévu pour tous les nouveaux arrivants une formation spécifique qui comprend une formation au dépôt de sang et un tutorat. Un programme de formation annuel propre au secteur est établi, il est intégré dans le plan de formation institutionnel. Des formations sont programmées pour les médecins, cadres et autres professionnels sur les CREX, les EPP, le patient traceur, le compte qualité, la certification V2014. Les ressources matérielles (locaux, équipements, maintenance) sont adaptées aux besoins et à la réglementation en vigueur. Le secteur obstétrical dispose de deux salles d'accouchement, d'une salle d'examen, de deux salles de pré-travail et une salle de bloc opératoire dédiée aux césariennes. La disponibilité et la maintenance des équipements biomédicaux sont assurées. La disponibilité du système d'information nécessaire à la prise en charge est organisée. La disponibilité des ressources documentaires nécessaires est organisée via l'intranet. L'établissement a formalisé les documents en regard des risques identifiés, procédures, protocoles, (tenue du partogramme, l'appel anticipé de pédiatre, protocole de transfert, interruption médicamenteuse de grossesse, mort foetale in utéro, surveillance après délivrance, accouchement dans l'anonymat, prise en charge des hémorragies du post-partum (HPP)...). Le protocole de réanimation du nouveau-né est affiché sur tableaux explicatifs auprès de chaque table de réanimation de nouveau-né. La gestion documentaire prévoit l'actualisation des documents et permet la diffusion d'une culture qualité et sécurité qui assure la qualité de la prise en charge des parturientes. Des documents d'information sont disponibles. La gestion des interfaces entre les différents intervenants (anesthésistes, obstétriciens, sage-femmes, salle de naissance et secteur d'hospitalisation, salle de naissance et LBM...) est organisée, elle facilite la concertation entre professionnels et permet l'articulation cohérente des missions.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les professionnels se mobilisent pour la mise en oeuvre opérationnelle de l'organisation établie. Les objectifs et le plan d'actions propre au secteur de salle de naissance sont établis en référence à la démarche institutionnelle, leur appropriation par les professionnels est effective. Les responsables du service sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur activité, ils communiquent sur l'avancée de la démarche de gestion des risques sur le suivi du programme d'actions. Le recueil des événements indésirables est effectif. La périodicité des réunions est définie, staff hebdomadaire pluri disciplinaire, CREX, RMM, participation aux réunions régionales. Une EPP est en cours au sein du service sur la pratique du peau à peau. Deux démarches patients traceurs ont été réalisées. Les résultats de ces différentes modalités internes au secteur de salle de naissance sont transmis lors de réunions qui concourent à la sensibilisation des professionnels aux objectifs fixés. Les indicateurs qualitatifs et quantitatifs sont régulièrement suivis au sein du secteur, (taux de césarienne, épisiotomie, extraction, prise en charge initiale de l'HPP, taux de péridurale, allaitement). Ils sont transmis au « Réseau Périnat Centre-Val de Loire ». Le suivi de ces indicateurs contribue au contrôle de conformité des pratiques. Les résultats sont analysés en équipe et communiqués à l'occasion des staffs et d'autres réunions pour définir collectivement les actions correctives.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, en documentation et en ressources matérielles nécessaires sont disponibles, elles sont en conformité avec les exigences réglementaires en vigueur. S'agissant des ressources humaines, l'équipe est composée de deux gynécologues-obstétriciens à temps plein, deux à mi-temps, de près de treize équivalents temps plein de sage-femmes polyvalentes, de dix auxiliaires de puériculture, de quatre agents des services hospitaliers. La prise en charge des nouveaux nés bénéficie de l'intervention de trois pédiatres. Les effectifs permettent de ne pas recourir à ce jour à l'intérim, la présence constante de deux sage-femmes est effective. Les ressources humaines du bloc opératoire, du service d'anesthésie et de pédiatrie concourent à garantir la continuité et la sécurité de la prise en charge en secteur de naissance. Une convention avec les urgences est opérationnelle. La prise en charge psychiatrique est assurée par l'équipe de liaison. Le maintien des compétences est assuré. Tous les agents ont été formés. Une sage-femme est titulaire d'un DU allaitement lui permettant d'assurer des consultations «allaitement». Une formation à l'Hypnose pour les professionnels de l'établissement est en projet. Les modalités d'adaptation à l'emploi pour les sage-femmes comportent une journée de doublage effectif pour toute nouvelle arrivante. Les pratiques professionnelles s'appuient sur les protocoles ou procédures rédigés de façon participative et transversale, basés sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées, reconnues ou réglementaires. Les protocoles cliniques validés et actualisés sont mis à disposition sur l'intranet de l'établissement et dans un classeur spécifique. Au regard de risques identifiés, l'établissement analyse les recommandations pour adapter ses organisations aux données acquises de la science comme par exemple lors de la révision récente des modalités d'injection de l'ocytocine dans le cadre de la prévention de l'HPP. Des documents d'information pour les parturientes sont disponibles. S'agissant des ressources matérielles, les locaux et l'équipement du secteur sont conformes et adaptés aux besoins. Les locaux sont neufs, proches du bloc opératoire dans lequel se trouve la salle dédiée aux césariennes. Les matériels et dispositifs médicaux y compris d'urgence sont immédiatement disponibles (monitoring fœtal, échographie mobile...). Le renouvellement du matériel est assuré par le plan d'investissement institutionnel. Le plan de suivi et de maintenance des ressources matérielles et des locaux est mis en oeuvre (maintenance préventive et curative), la traçabilité incluant les vérifications effectuées est assurée. La disponibilité en urgence des produits sanguins labiles est assurée au sein de l'établissement, le chef de service de gynécologie est correspondant d'hémovigilance.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en oeuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge en salle de naissance. Le travail en équipe est encouragé et repose sur une forte cohésion entre les différents professionnels concernés. Les circuits et interfaces sont opérationnels et la coordination avec les autres services ou processus supports est effective, (le bloc opératoire, les urgences, le laboratoire, l'imagerie, la pharmacie, l'EOH, l'EFS...). La régulation des activités est effective et permet de garantir le respect de la programmation et de la sécurité des parturientes. Les continuités obstétricale, anesthésique, chirurgicale et pédiatrique sont assurées. L'équipe veille au respect de la bientraitance lors de la prise en charge des parturientes. La présence du père est toujours favorisée, sauf pour les césariennes en urgence. L'établissement participe à la démarche pour l'acquisition du label « Initiative Hôpital Ami des Bébé » (IHAB), cette démarche est en cours et a débuté en 2013, notamment s'agissant de la promotion de l'allaitement maternel. L'unité a mis en place un atelier « bien être du bébé ». La préparation à la naissance est réalisée lors des consultations de sage-femmes. L'accueil et l'identification y compris pour les femmes accouchant sous anonymat sont réalisés et conformes aux règles d'identito-vigilance. Les circuits sont identifiés (pour les admissions

simples, l'accès au service est direct, sans passage par les urgences). En cas de nécessité de transfert, le SAMU pédiatrique intervient dans des délais d'intervention compatibles avec l'urgence. Le dossier obstétrical et celui du nouveau-né sont complets, ils comportent les données cliniques et psycho-sociales essentielles et éventuellement les conduites spécifiques identifiées pour la prise en charge de l'accouchement, du nouveau né ou des suites de couche. Le secteur dispose des résultats des examens de biologie et d'imagerie dans des délais adéquats. La surveillance clinique et para-clinique du travail actif (hors césarienne programmée) est tracée sur un partogramme. Les transferts in utero sont réalisés avec la coopération de la cellule de coordination. L'analyse du tracé du rythme cardiaque fœtal (RCF) est conforme aux bonnes pratiques. L'analgésie obstétricale est assurée, selon le choix de la parturiente et de la situation obstétricale, conformément au protocole. La prise en charge de la douleur est systématique, en cas de besoin selon une échelle identifiée. Les risques d'hypoglycémie et d'infection fœto-maternelle sont pris en compte. La surveillance post-partum immédiate est assurée et la prévention de l'hémorragie post-partum immédiate mise en œuvre lors de la délivrance, selon le protocole validé. Le processus de mise en peau à peau est favorisé, l'encadrement du père présent est assuré. Le protocole d'identification du nouveau né est mis en œuvre dès la salle de naissance (pose du bracelet) selon les règles établies y compris dans le cadre d'accouchements sous X. Les constats issus du patient traceur en obstétrique et la valeur des indicateurs « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement » et « Surveillance clinique minimale en salle de naissance après un accouchement » confirment l'effectivité de la mise en œuvre des organisations établies. Les soins immédiats au nouveau-né sont assurés. Les parents sont informés de toute anomalie et accompagnés par la prise en charge ultérieure. La salle où le nouveau né est accueilli est conforme et sa température contrôlée. Chez le nouveau né à terme, sain et normal, quel que soit le mode de naissance, la sage femme prodigue les soins immédiats selon le protocole établi. Le premier examen est pratiqué afin d'assurer l'absence d'urgence vitale et repérer une éventuelle pathologie ou malformation, justifiant l'appel du pédiatre. En cas de forte activité ou d'imprévu, ce qui est régulièrement le cas dans le secteur de salle de naissance, la capacité de réaction est effective, l'équipe se mobilise afin de répondre au mieux et d'assurer la qualité de la prise en charge et la continuité des soins. Le nouveau né à terme, normal et sans pathologie est transféré, dans le respect des critères établis, après examen de la mère, vers le service de suites de naissance. La prise en charge du nouveau-né décédé en salle de naissance fait l'objet d'une procédure. Le soutien et l'accompagnement des parents sont assurés. Un nouveau dossier « bébé » a été mis en place. L'ensemble des données est tracé dans le dossier de la mère et du nouveau né et partagé entre tous les professionnels concourant à la prise en charge. La traçabilité des soins du nouveau-né, du compte-rendu de premier examen et des informations médicales relatives à la mère et aux facteurs de risques éventuels est réalisée dans le dossier du nouveau-né. Le carnet de santé est renseigné. La transmission des soins ultérieurs à pratiquer par l'équipe chargée de la surveillance de l'enfant est effectuée. L'accompagnement des parents est favorisé par la démarche « Programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés » dans le champ de la Maternité (PRADO). Le bio nettoyage du secteur de salle de naissance et de la salle de césarienne est assuré et tracé. Des réunions de service sont régulièrement réalisées, pluridisciplinaires, les décisions de programmation de césariennes y sont discutées notamment. Le cadre du pôle chirurgie-mère-enfant est membre du conseil de bloc.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du fonctionnement du processus « salle de naissance » est structurée et assurée régulièrement sur la base d'outils identifiés, conduite d'audits, suivis d'indicateurs et EPP. Un rapport d'activité est établi périodiquement. Les EPP sont réalisées sur de nombreuses thématiques entre autres sur l'évaluation de partogramme et la prise en charge des HPP. Plusieurs RMM et CREX sont réalisés chaque année, les résultats sont transmis au « Réseau Périnatal Centre-Val de Loire » pour l'enregistrement des données. Les indicateurs de pratiques cliniques du secteur de naissance sont recueillis (prévention et prise en charge de l'hémorragie post-partum, surveillance en salle de naissance). Le signalement et l'analyse des événements indésirables sont réalisés avec une implication des professionnels et le retour d'expérience est organisé. Le secteur de salle de naissance met en place des audits (ouverture de salle de naissance, appropriation de la procédure HPP, évaluation du peau à peau, etc.). Les résultats des évaluations sont exploités et des actions correctives sont identifiées. Les résultats des évaluations sont restitués lors des réunions de service, la diffusion par affichage des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) est effective.

## A / AGIR

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

Sur la base des résultats de ses évaluations, le secteur de salle de naissance met en œuvre des actions d'amélioration intégrées et articulées avec le PAQ GDR institutionnel. A titre d'exemple, des actions

correctives ont été mises en place afin de mieux tracer l'heure d'injection de l'ocytocine (indicateur HPP2). D'autres actions ont porté sur la rédaction ou la révision des protocoles de prise en charge (prise en charge de l'hémorragie post-partum ... ) et la mise en place des actions de formations afin d'ajuster les pratiques professionnelles. Compte-tenu du résultat de l'indicateur « Prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat » dont la valeur était inférieure à l'objectif, le service a mis en œuvre un plan d'actions approprié intégrant la sensibilisation des professionnels impliqués. Des supports et modalités de diffusion contribuent à la communication des résultats et actions menées auprès des professionnels. L'information des usagers sur les valeurs des indicateurs à diffusion obligatoire est effective.