



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER SAINT  
JEAN DE MAURIENNE**

**Bp 113  
73303 Saint Jean De Maurienne  
NOVEMBRE 2019**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	22
PARCOURS DU PATIENT	28
DOSSIER PATIENT	34
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	38
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 SALLE DE NAISSANCE	52
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	60

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

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

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

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

# PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER SAINT JEAN DE MAURIENNE	
Adresse	Bp 113 73303 Saint Jean De Maurienne
Département / région	SAVOIE / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	730780103	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT JEAN DE MAURIENNE	81 rue dr grange Bp 113 73303 Saint Jean De Maurienne
Etablissement de santé	730785425	CENTRE DE LONG SEJOUR DU CHGDE ST JEAN DE MAURIENNE	81 rue du docteur grance 73300 Saint- Jean De Maurienne
Etablissement de santé	730000080	CENTRE HOSPITALIER SAINT JEAN DE MAURIENNE	Bp 113 73303 Saint Jean De Maurienne

Activités					
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/	/	/
MCO	Chirurgie	40	/	4	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	16	4	59	/
MCO	Médecine	47	/	/	3733
SLD	SLD	30	/	/	/
SSR	SSR	32	4	/	/

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

**Réorganisation de l'offre de soins**

Coopération avec d'autres établissements	Oui
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

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

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Recommandations d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient  
Gestion des équipements et produits au domicile du patient

## 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

## 5. Suivi de la décision

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

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

<b>MANAGEMENT</b>
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
<b>PRISE EN CHARGE</b>
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 salle de naissance
<b>FONCTIONS SUPPORTS</b>
Gestion des équipements et produits au domicile du patient

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

<b>PT</b>	<b>Population</b>	<b>Secteurs d'activité / services</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Mode d'entrée</b>	<b>Type de parcours</b>	<b>PEC</b>
1	Homme ou Femme	Médecine	à préciser	Programmé	Simple	MCO
2	Homme ou Femme	Chirurgie	à préciser	Programmé	Complexe	MCO
3	Homme ou Femme	Chirurgie	à préciser	Ambu	Simple	MCO
4	Femme	Obstétrique/Maternité	accouchement	Programmé	Simple ou complexe	MCO
5	Homme ou Femme	SLD	à préciser	Programmé	Simple	SLD
6	Personne âgée	HAD	à préciser	Programmé	Complexe	HAD



## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

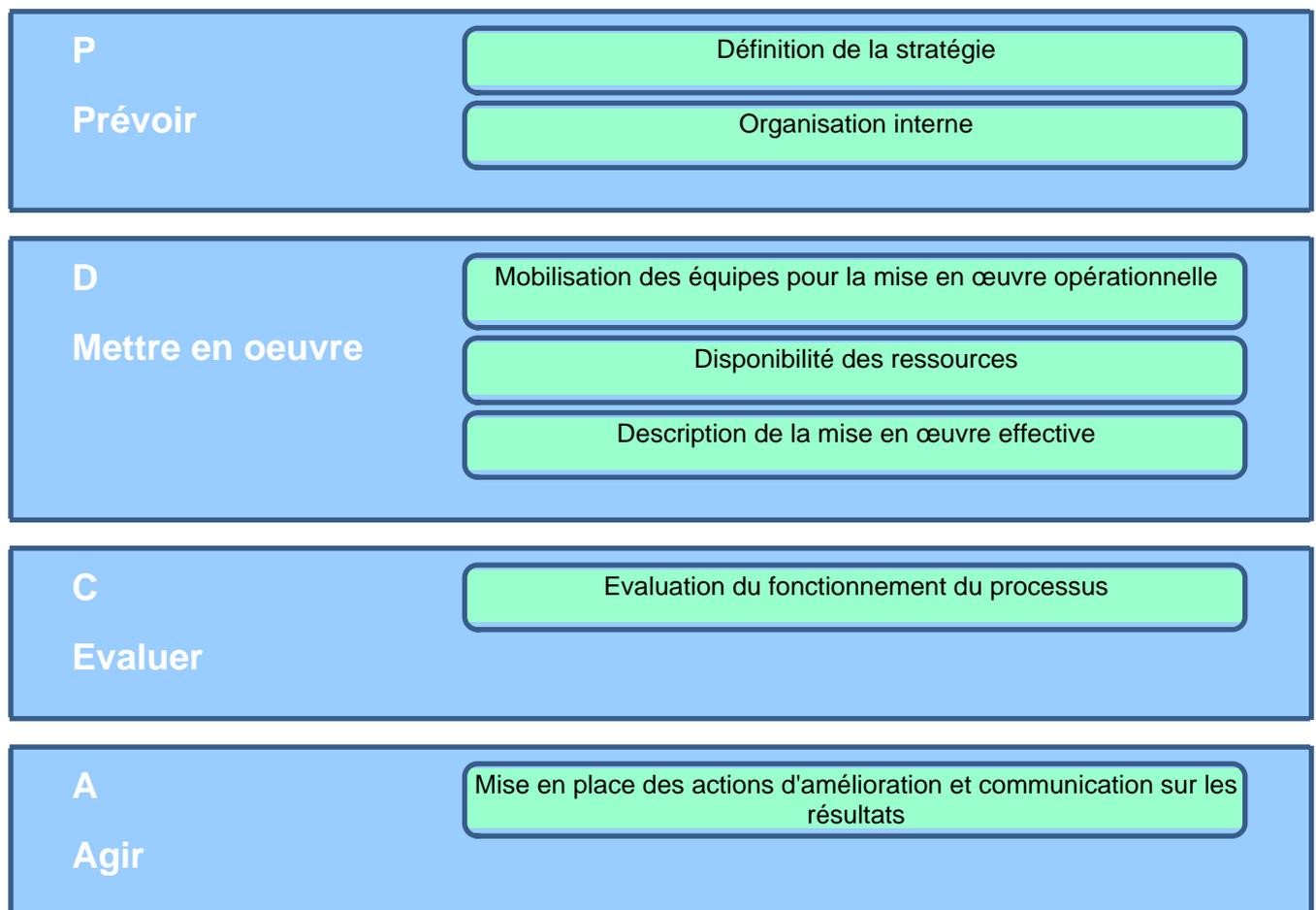
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le centre hospitalier de Saint Jean de Maurienne fait partie du GHT Savoie Belley comportant 8 établissements. L'établissement support du GHT est le centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS : Chambéry/Aix les Bains). Le CH de Saint Jean de Maurienne est en Direction commune avec le CH de Modane (fusion prévue à proche échéance) et un nouveau chef d'établissement a pris ses fonctions au moment de la visite de certification. Les orientations stratégiques du CH de Saint Jean de Maurienne en matière de qualité et de gestion des risques sont inscrites dans plusieurs documents :

- Un programme qualité-gestion des risques 2017-2022, en cours de déclinaison.
- Une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins récemment finalisée, au regard des évolutions récentes de l'établissement et des modifications de l'équipe de Direction. Cette politique a vocation à intégrer le projet d'établissement 2019-2022, en cours d'élaboration. Elle prend en compte le projet qualité-gestion des risques précédent, les rapports issus des visites de certification, les références réglementaires, le CPOM, les orientations du GHT Savoie-Belley et les différentes sources de données dont dispose l'établissement, telles que : indicateurs IQSS, CAQES, bilans annuels des commissions et activités relatives à la qualité et à la sécurité des soins, ...

Ces orientations stratégiques intègrent les Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP), les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise.

Le compte qualité comprend une partie commune aux établissements du GHT, ainsi que des axes prioritaires issus des objectifs du Centre Hospitalier.

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) comporte plusieurs onglets relatifs aux actions à conduire : en regard des objectifs institutionnels, de la politique qualité-gestion des risques, des cartographies des risques liées aux soins, des actions issues des évaluations de pratiques professionnelles et plus spécifiquement des patients traceurs.

Ce travail a fait l'objet d'une validation par les instances, notamment par la Commission Médicale d'Etablissement (CME), la CSIRMT et la Commission des Usagers (CDU).

**ORGANISATION INTERNE**

Le CH de Saint Jean de Maurienne est membre du réseau qualité-GDR du GHT (REQUA), qui est en charge de la coordination globale des démarches qualité et gestion des risques pour l'ensemble des établissements du GHT.

Le pilotage institutionnel de la démarche est assuré par le Copil qualité qui se réunit en moyenne une fois par an, sa dernière réunion datant de septembre 2018.

Les différentes composantes du système qualité et gestion des risques sont coordonnées et placées sous l'égide de la Direction qualité et gestion des risques (DQGR), en lien avec la Commission médicale d'établissement et la Direction des soins. Cette coordination est réalisée avec les différents pilotes de processus désignés pour les thématiques du Manuel de certification, les cadres de santé et les chefs de pôle.

Faisant suite à des changements récents de gouvernance, la fonction de coordonnateur des risques associés aux soins est assurée de façon partagée depuis le mois de mai 2019 par deux médecins urgentistes.

La fonction de Responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est assurée depuis mai 2019 de façon partagée par une pharmacienne et le Directeur en charge de la qualité et de la gestion des risques.

Les correspondants des vigilances sanitaires sont identifiés.

Pour ce qui relève de la gestion des événements indésirables (EI), le CH de Saint Jean de Maurienne dispose d'un logiciel de signalement. L'organisation relative à la gestion des EI est définie, via une procédure de gestion des risques globalisée actualisée en 2018, qui prend en compte la gestion des EIG (signalements internes et externes) et des événements porteurs de risques (nommés « échappées belles »).

Une revue hebdomadaire des EI est organisée, sous l'égide de la DQGR. Le Comité des Risques Associés aux Soins (COMRAS) est en charge du traitement et de l'orientation des EI devant faire l'objet d'une analyse spécifique (analyse systémique, RMM). Il dispose d'un règlement intérieur et se réunit 2 à 3 fois par an. Une cellule globalisée des risques, incluant les membres du COMRAS, assure également la coordination des vigilances sanitaires.

Par ailleurs, un ou plusieurs référents qualité ont été récemment nommés dans chaque service, leurs missions sont formalisées.

Le système documentaire est organisé par le service qualité selon une gestion électronique des documents (GED). Néanmoins, la gestion documentaire n'est pas maîtrisée sur l'ensemble de son périmètre. Il a été observé au cours de la visite l'existence de documents « papier » dans les services, non répertoriés au niveau institutionnel et/ou non concordants avec les documents qualité figurant dans la GED. Certains documents de référence figurant dans la GED comportent des références obsolètes qui leur confèrent une applicabilité caduque.

- A titre d'exemple, le document relatif au refus de soins, retrouvé dans la GED, date de 2006 et comporte des références réglementaires obsolètes.
- La liste des médicaments à risque, datée de 2016 et figurant dans la GED, est différente de la liste de médicaments à risque datant de 2018 retrouvée dans le classeur de la pharmacie ;
- La procédure relative aux contentions physiques passives, diffusée via la GED contient 11 pages comporte des dates et versions différentes (indice 1 - novembre 2013 pour la page 2, indice 1 - Octobre 2012 pour la page 3, indice 0 - novembre 2013 pour la page 4 et 5 par exemple).
- Il existe deux versions différentes pour la procédure de séquestration d'un dispositif médical en cas de risque de contamination : le document retrouvé dans la salle de traitement/désinfection des endoscopes date de 2018, celui qui est présent dans la GED date de 2014.

L'établissement est conscient des risques que cette situation génère et améliore progressivement la situation en réalisant les mises à jour documentaires au fil de l'eau.

Des actions de formation et de sensibilisation des professionnels en lien avec la démarche qualité - sécurité des soins sont prévues au plan de formation.

Le système de gestion des plaintes et réclamations est organisé, en lien avec la Commission des Usagers (CDU) et les représentants des usagers.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La mobilisation des équipes autour de la qualité et de la gestion des risques est assurée principalement par le service qualité et les personnels d'encadrement, médical et paramédical.

La participation des professionnels à plusieurs staffs pluridisciplinaires et à différents groupes de travail contribue à leur sensibilisation et à leur mobilisation dans les démarches qualité et sécurité des soins. Les professionnels connaissent les risques liés à leurs secteurs d'activités et les principaux objectifs institutionnels. La désignation de référents qualité au sein des services et la mise en place de retours d'expériences autour des événements porteurs de risques concourt à cette implication des professionnels, à s'assurer de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, ainsi qu'à la mise en place d'actions de communication diligentées via le journal interne mensuel « Coco », diffusé par voie électronique, qui comprend systématiquement un ou plusieurs articles en lien avec la sécurité des soins et des pratiques.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au regard des objectifs définis, les ressources en compétences et effectifs sont globalement adaptées aux besoins. Les postes informatiques sont en nombre suffisant pour permettre aux professionnels d'accéder au logiciel de signalement des EI et de Gestion Electronique des Documents (GED).

Plusieurs documents en lien avec la gestion des risques sont accessibles sur la GED, dont la procédure de gestion des risques globalisée, comprenant notamment les modalités de signalement et de gestion des EI, les modalités de déclaration et de traitement des EIG, des vigilances sanitaires, des EI inter-établissements dans le cadre de la démarche qualité du GHT, le règlement intérieur des CREX, la composition des différents organes et instances en matière de gestion de la qualité et des risques.

Le CH de St Jean de Maurienne dispose par ailleurs d'une charte d'incitation à la déclaration d'évènements indésirables, datant d'avril 2019.

Dans le cadre des situations sanitaires exceptionnelles, l'établissement a formalisé ses plans d'urgences, accessibles et actualisés sur la GED.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'équipe qualité-gestion des risques assure l'accompagnement des pilotes et des professionnels de terrain. Ils s'attachent à développer une culture qualité et sécurité des soins auprès des équipes en intervenant régulièrement sur l'application des bonnes pratiques et sur différents points en lien avec la démarche institutionnelle. Les professionnels connaissent les principaux risques liés à leur secteur d'activités.

Le dispositif informatisé de signalement des événements indésirables est connu des professionnels et les signalements d'EI sont effectifs.

L'examen hebdomadaire des EI est effectif, ainsi que les réunions du COMRAS qui permettent de les orienter si nécessaire vers des analyses systémiques qui donnent lieu à des comptes rendus formalisés.

Les Evènements porteurs de risques « échappées belles » bénéficient ainsi d'un traitement adapté, avec la réalisation de retours d'expériences (REX et CREX). Les EIG donnent lieu à la mise en œuvre de RMM. Un bilan annuel des EI est élaboré. Il inclut le bilan des vigilances sanitaires. L'ensemble de ces éléments fait l'objet d'une présentation aux instances, et tout particulièrement en CME.

Toutefois, la gestion de l'ensemble des événements indésirables n'est pas totalement effective. Les signalements de chutes, qui constituent un EI à caractère récurrent, ne sont pas pris en compte dans la gestion institutionnelle des EI. Les fiches de chutes sont gérées selon un système décentralisé au sein des services, et ne donnent pas lieu à l'échelle institutionnelle à une analyse des causes permettant de mettre en place des actions d'amélioration. Elles font l'objet d'un recensement quantitatif retrouvé dans le rapport annuel des cadres de santé mais, mis à part l'étude réalisée en USLD par le chef de pôle de gériatrie, aucune exploitation qualitative n'a été menée sur les chutes qui constituent l'EI récurrent principal à l'échelle du Centre Hospitalier. Au vu de ce constat, la direction qualité envisage de mettre en oeuvre une exploitation centralisée de ces évènements pour en mener des analyses à l'échelle de l'institution.

Plusieurs démarches d'EPP sont en cours et le tableau des EPP a été mis à jour durant la visite de certification. Le suivi de ces démarches est réalisé par la Direction qualité-gestion des risques, en lien avec la CME.

La gestion des vigilances sanitaires est opérationnelle et la coordination des vigilances est assurée par le service qualité-gestion des risques. Un bilan annuel est formalisé.

Le recours au système documentaire informatisé est connu et utilisé par les professionnels.

Des actions de formation des professionnels sont déclinées tout au long de l'année et portent sur différents sujets en lien avec la qualité, la sécurité des soins et la gestion des risques (AFGSU, prise en charge médicamenteuse, cellule de crise, risque NRBC, damage contrôl, travail en équipe, risque infectieux, radioprotection, hémovigilance, ...). Elles donnent lieu à des fiches d'émergence.

En matière de gestion de crise, des exercices de simulation aux situations sanitaires exceptionnelles sont régulièrement menés.

La gestion des plaintes et réclamations est effective ; elle associe les professionnels concernés, qui participent à la réponse aux plaignants via l'élaboration des investigations internes demandées par la Direction qualité-gestion des risques. La définition des actions d'amélioration afférentes contribue à l'alimentation du PAQSS, en lien avec la CDU et les préconisations émises par cette instance. Les commentaires issus des enquêtes de satisfaction sont également pris en considération dans le cadre de ce dispositif.

## **C / EVALUER**

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

A l'échelle de l'établissement, le système de management de la qualité-gestion des risques bénéficie d'une évaluation conduite au fil de l'eau par le service qualité, en lien avec les différents pilotes, instances et groupes thématiques. Une actualisation annuelle du PAQSS est prévue.

Des actions d'évaluation et des audits sont diligentés en différents domaines et des tableaux de bord d'indicateurs sont identifiés pour chaque processus. Les cadres des services consignent leurs évaluations dans des tableaux de suivi.

Un bilan annuel qualité-gestion des risques est élaboré et présenté aux instances.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée selon différentes modalités (questionnaire de satisfaction en hospitalisation, dispositif e-satis pour le MCO et la chirurgie ambulatoire, questionnaires spécifiques en HAD).

Le CH de St Jean de Maurienne effectue par ailleurs le recueil des IQSS et des indicateurs Hôpital Numérique.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration inscrites dans le PAQSS sont mises en œuvre et leur degré d'avancement est suivi par le service qualité. De nouveaux objectifs d'amélioration peuvent être définis au regard des audits, des EPP, des suites données aux signalements d'EI, des analyses préliminaires de risques menées régulièrement par les cadres de santé, avec la définition de nouvelles actions qui contribuent à l'alimentation du PAQSS.

Plusieurs actions de communication et de retour d'information sont conduites, via différents vecteurs :

réunions d'équipes, instances, staffs, réunions Direction/encadrement, journal interne. Les indicateurs nationaux sont affichés en plusieurs endroits à l'attention des professionnels et des usagers. Le relais annuel de la semaine sécurité des patients permet à l'échelle institutionnelle des actions d'information et de communication relatives à la qualité et à la gestion des risques, destinées aux professionnels et aux usagers.

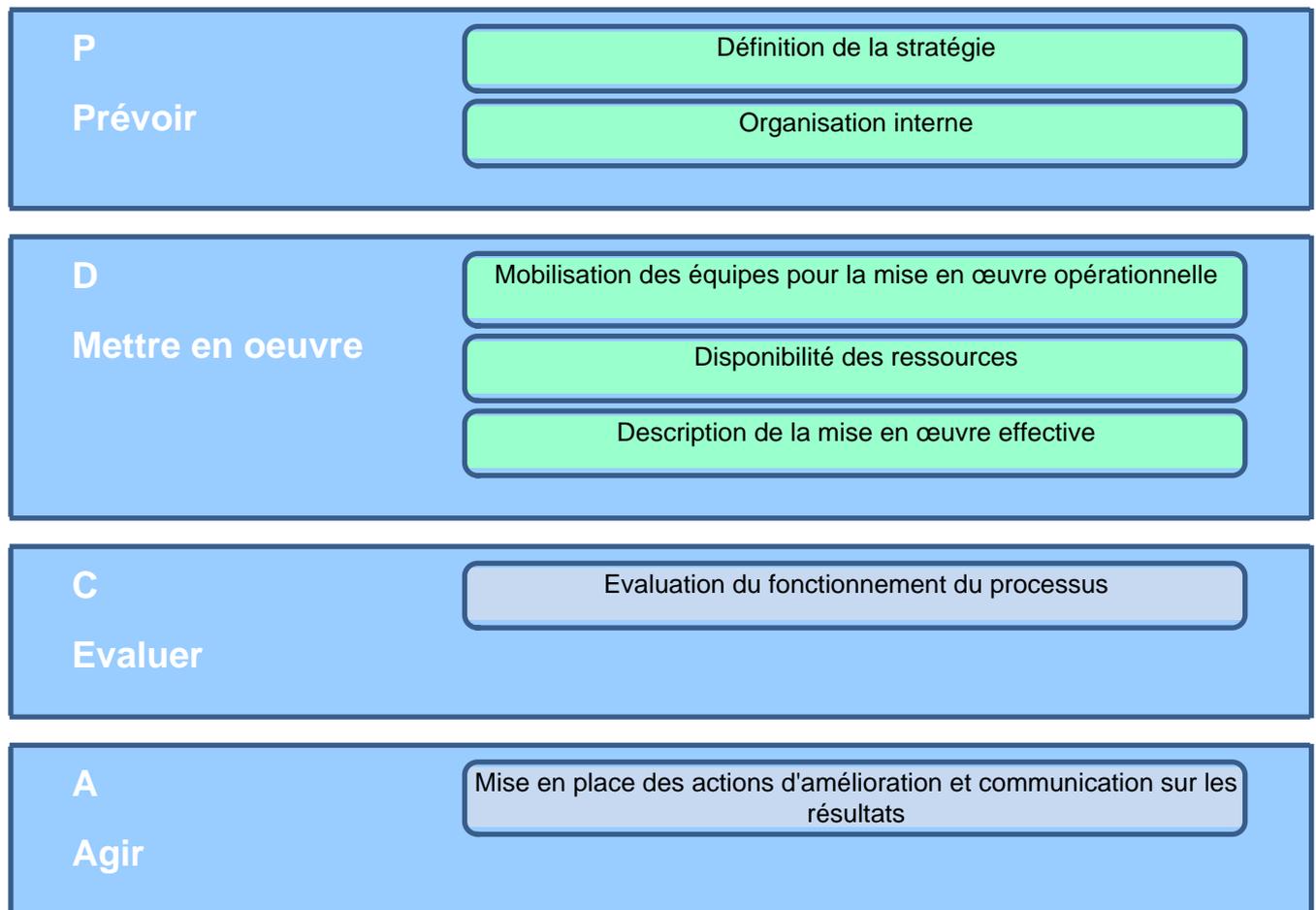
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre Hospitalier de Saint Jean de Maurienne (CHSJM) a défini une stratégie et des objectifs en matière de politique de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques sur la base d'une identification de ses activités et de l'analyse des risques propres à l'établissement et aux parcours des patients au sein du GHT. Il bénéficie au sein du GHT de l'expertise de l'équipe d'hygiène du Centre Hospitalier Métropole Savoie en tant que centre recours et référence en matière de bon usage des antibiotiques.

La politique du CHSJM prend en compte les orientations du Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS), des alertes associées et des recommandations régionales portées par le Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIas).

L'identification des risques a reposé sur l'analyse des fiches de signalement des événements indésirables, les résultats des indicateurs IQSS « infections associées aux soins », et sur les indicateurs suivis par l'établissement dans le cadre de la surveillance de la résistance aux antibiotiques et de la surveillance des infections associées aux soins. Trois risques ont été priorisés suivant l'échelle de hiérarchisation proposée par la HAS et ont été portés dans le compte qualité, avec la formalisation d'un plan d'actions validé par les instances : la surveillance de la survenue du risque d'escarres en tant qu'évènement à risque d'infection, la maîtrise du risque infectieux associée à la gestion des excréta et la maîtrise de la résistance aux antibiotiques dans le cadre du changement de fonctionnalités du logiciel de prescription. Le niveau de réalisation effective de ces actions fait l'objet d'un suivi dans le Programme d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS).

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus est assuré par le praticien hospitalier infectiologue et référent anti-infectieux et par la pharmacienne de l'établissement, tous deux membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène. L'établissement a désigné en tant que co-pilotes la Directrice des soins, la gestionnaire des risques, l'infirmière hygiéniste et la responsable de l'entretien des locaux.

L'établissement a mobilisé ses ressources humaines pour décliner le programme de lutte contre les infections associées aux soins.

La politique en matière de lutte contre les infections associées aux soins est portée par le GSPARIAS (Groupe de Suivi du Programme d'Action des Risques Infectieux Associés aux Soins), émanation de la CME, dont la composition révisée indice 10 a été réactualisée en mai 2019. Le Président de la CME, la Directrice des soins, le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, l'équipe qualité en sont membres ainsi que l'équipe opérationnelle d'hygiène et les représentants cadres de chaque secteur d'activité. Sont associés le médecin biologiste du laboratoire partenaire, le responsable de la restauration, l'ingénieur des services. Un représentant des usagers fait également partie de la commission.

L'établissement dispose d'une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) dont la composition et l'affectation en temps ont été révisés en mai 2019. Cette équipe est composée de 2 IDE hygiénistes formées en hygiène (0.7 ETP), de la pharmacienne de l'établissement (0.2 ETP) responsable du signalement externe, d'un praticien hospitalier infectiologue référent antibiothérapie (0.2 ETP), de la coordinatrice environnement sécurité (0.1 ETP) et d'une secrétaire (0.1 ETP).

L'EOH est accompagnée dans sa démarche qualité par la gestionnaire des risques associés aux soins et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. L'EOH travaille en collaboration étroite avec les correspondants médicaux d'hygiène, chefs de services, ainsi que les correspondants IDE et ASH des services. La politique de lutte contre le risque infectieux est formalisée annuellement dans un programme validé par le GSPARIAS.

L'établissement prévoit la formation périodique des professionnels notamment à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux. Les actions de formation priorisées par le GSPARIAS sont inscrites annuellement au plan de formation continue. Ces formations relèvent soit de formations collectives assurées en interne par l'EOH (précautions standard, précautions particulières et maîtrise des BMR/BHR, plan local de maîtrise d'une épidémie, prévention du risque d'escarres, pose des voies veineuses centrales, entretien des locaux), soit de formations individuelles dispensées à l'extérieur de l'établissement (journées régionales d'hygiène hospitalière) ou de formations diplômantes (DU d'hygiène). Des formations spécifiques concernent les secteurs de l'HAD pour les infirmières libérales et l'unité de soins de longue durée.

Le dispositif d'accueil des nouveaux arrivants intègre leur formation aux bonnes pratiques d'hygiène par l'IDE de l'EOH, y compris pour les nouveaux arrivants en période saisonnière.

L'établissement a mis en place une organisation pour assurer le bon usage des antibiotiques. Le médecin

infectiologue de l'EOH assure sa mission d'expertise auprès de ses confrères. Le recours aux avis du centre expert du GHT est organisé. Le médecin infectiologue assure les formations du plan de formation annuel au bon usage des antibiotiques. Les protocoles d'antibioprophylaxie et antibiothérapie sont formalisés, réactualisés et accessibles dans la gestion documentaire de l'établissement.

Le comité anti – infectieux se réunit une fois par mois pour analyser l'activité. Un dispositif de rappel de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 48ème et 72ème heure est intégré au dossier patient informatisé. Un dispositif de surveillance et de signalement est prévu pour les infections associées aux soins, les bactéries multi résistantes, les accidents d'exposition au sang, les résultats de la surveillance de l'environnement et des dispositifs à risque. Une organisation est en place en cas d'épisode épidémique. L'identification et traçabilité dans le dossier patient du statut porteur ou contact de BHRé est organisé. La procédure de déclaration des infections associées aux soins à l'ARS est formalisée et opérationnelle.

Les procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont élaborés et réactualisés à périodicité définie dans le programme d'actions annuel. Des procédures de pré désinfection et entretien des endoscopes (endoscopie bronchique et cystoscopie réalisés en externe ou au bloc) sont formalisées sous la responsabilité de l'EOH. La formation du personnel IDE et AS aux bonnes pratiques de traitement des endoscopes est organisée avec l'équipe opérationnelle d'hygiène.

L'organisation pour assurer les conditions d'hygiène optimale des locaux a été définie. Les risques ont été identifiés et font l'objet de protocoles de bonnes pratiques et de formations inscrites au plan de formation continue. Les responsabilités sont définies et assurées. La politique de surveillance des locaux en matière de prélèvements biologiques est protocolisée avec le laboratoire prestataire.

Les ressources matérielles sont adaptées à la protection du patient et des professionnels. Des dispositions conservatoires sont prises en cas de travaux en lien avec les services techniques.

L'établissement met en place des mesures de prévention des épidémies grippales (campagne de vaccination des professionnels par la médecine du travail, port de masque obligatoire pour le personnel non vacciné en période épidémique, badge « je suis vacciné » attribué aux professionnels). Les protocoles de déclaration et prise en charge des AES sont formalisés et accessibles dans la GED.

Le CH a formalisé son plan local de maîtrise des épidémies.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

L'encadrement de chaque secteur d'activité est directement impliqué dans la politique de prévention du risque infectieux. Il anime au sein de son secteur les démarches d'amélioration des pratiques en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène (suivi des indicateurs, audits de pratiques, débriefing des infections liées aux soins déclarés, participation à la semaine sécurité patients, chambre des erreurs, sensibilisation des professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus).

Des objectifs d'amélioration sont déclinés par secteur, sont suivis dans le tableau de bord de chaque service et font l'objet d'affichage au niveau des salles de soins.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles sur l'ensemble de l'établissement.

Le GSPARIAS se réunit à la périodicité définie et valide le programme d'actions institutionnel ainsi que le rapport annuel d'activité. La commission des antiinfectieux est opérationnelle, le conseil en infectiologie et antibiothérapie est effectif.

L'EOH s'appuie pour conduire ses actions sur le réseau de référents médicaux et paramédicaux dans les services cliniques. L'EOH anime trois fois par an les réunions avec les correspondants des services. Les correspondants d'hygiène sont connus au sein des services et assurent leur mission relais.

Les compétences des professionnels sont développées (DU d'hygiène suivi par le pharmacien de l'EOH). Les nombreuses formations au plan de formation continue sont déclinées et leur taux de réalisation évalué lors du rapport annuel. Des formations ponctuelles sont menées lorsque les enquêtes diligentées par l'EOH aboutissent à un besoin de formation (telle que par exemple la formation 2018 aux bonnes pratiques de désinfection des endoscopes).

Les ressources en matériels et équipements sont disponibles et utilisées par les professionnels : Solution Hydro-Alcoolique, matériels sécurisés pour les gestes invasifs, équipements de protection individuelle pour les professionnels, collecteurs pour objets piquants et coupants, panneaux de signalement d'isolement.

La documentation relative à la maîtrise du risque infectieux est disponible sur la gestion documentaire et connue des professionnels. La réactualisation ou la création d'un document est notifiée sur l'intranet ou sur le pop de gestion documentaire. Toute diffusion s'accompagne d'une information des correspondants des services.

L'établissement met à disposition des patients des documents d'information sur le risque infectieux et

les mesures d'isolement.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que les procédures d'hygiène des locaux en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène est effective.

L'hygiène lors des soins et actes infirmiers et médicaux est respectée (port de tenues professionnelles et des équipements de protection individuelle adaptés, hygiène des mains avec SHA dans les chariots de soins...).

Les visites terrain et la rencontre avec les professionnels ont permis de constater la connaissance et mise en œuvre des précautions standard et complémentaires notamment en cas d'identification de patient porteur de BMR et BHRé. Les professionnels sont sensibilisés aux objectifs d'amélioration de leur secteur d'activité.

Les opérations de nettoyage des locaux sont tracées conformément aux procédures établies.

Les prélèvements eau (balnéothérapie), surfaces et air sont réalisés et les résultats non conformes font l'objet d'actions suspensives, correctives et de réévaluation avant reprise de l'activité (résultats 2018 prélèvements bloc, endoscopes).

En secteur des consultations, le local dédié à la désinfection et traitement des endoscopes utilisés dans le cadre des fibroscopies bronchiques ou des cystoscopies permet la mise en place des procédures en suivant la marche en avant. Les pratiques n'ont pu être vérifiées lors de la visite car il n'y avait pas d'endoscopies réalisées lors de la visite. Les locaux, circuits, matériels de stockage des endoscopes, procédures et cahiers de vie des endoscopes et d'enregistrement de l'activité répondaient aux bonnes pratiques et étaient disponibles dans le secteur d'activité.

Les patients sont informés des actions mises en œuvre pour la lutte contre les infections associées aux soins via le livret d'accueil. Une information orale leur est délivrée en cas de mise en œuvre des précautions complémentaires. Des plaquettes d'information à leur intention sont disponibles dans les unités de soins.

La réalisation d'un patient traceur a permis de vérifier la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure.

Les interfaces sont opérationnelles, notamment avec la pharmacie (analyse de la prescription des antibiotiques et suivi de la consommation) et le laboratoire de bactériologie (alerte des praticiens et de l'EOH en cas de colonisation ou d'une infection par BMR, d'infection associée aux soins).

L'établissement dispose de chambres simples permettant d'isoler les patients à risque infectieux (secteur USC, SSR). Les procédures d'isolement sont formalisées et appliquées comme cela a pu être apprécié lors des visites terrain (isolement, panneau, matériel adapté à l'entrée des chambres, information du patient).

La déclaration externe des infections associées aux soins (e-SIN) est effective et quantifiée dans le rapport d'activité et le tableau de bord de la thématique.

L'établissement participe au réseau de surveillance des BMR et des ISO. Les taux d'incidence des SARM, EBLSE, ISO BHRé font l'objet d'un recueil annuel et leur évolution est présentée dans le rapport annuel du GSPARIAS.

La disponibilité de l'avis infectiologue est assurée en interne et en l'absence du référent infectiologue l'établissement a recours au centre recours du CH Métropole Savoie.

Le suivi des indicateurs obligatoires est effectif : les objectifs personnalisés d'utilisation des solutions hydro alcooliques sont diffusés et affichés dans les unités de soins.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en place des évaluations périodiques du dispositif de maîtrise du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques adapté à ses secteurs d'activité et risques spécifiques associés, ces évaluations permettent d'identifier des actions correctives.

Le tableau de bord des indicateurs du risque infectieux permet de colliger l'ensemble des indicateurs produits annuellement par l'EOH dans le cadre du recueil des IQSS lin ou de leurs activités de surveillance générale (taux de surveillance des infections associées aux soins, taux de résistance SARM, BLSE, taux de consommation des antibiotiques, volume annuel de solution hydro alcooliques utilisé, taux de prélèvements conformes, nombre d'enquêtes réalisées avec le réseau ...) ou spécifiques à des risques ciblés (taux d'infection urinaire en relation avec la pose de sonde, taux d'infections après accouchement voie basse ou par césarienne, taux d'infection du site opératoire...). Les données de la médecine du travail pour la quantification des accidents d'exposition au sang et de la direction des soins pour le nombre d'agents formés complètent ce tableau de bord.

Viennent compléter ce dispositif de suivi d'indicateurs, des audits de pratiques programmés dans le cadre du programme annuel d'audits validé par le GSPARIAS (audit Augmentin en 2018) ou en réponse à une fiche de déclaration d'évènement indésirable investigué par l'EOH (audit port de masque en obstétrique) et des démarches d'EPP (précautions standard).

Des retours d'expérience sont organisés à partir de l'analyse des infections identifiées et investiguées

avec la collaboration de l'équipe opérationnelle d'hygiène (épidémie de gastro entérites, suivi de patients transférés identifiés BHRe....).

La consommation des antibiotiques et la résistance aux antibiotiques font l'objet d'un suivi annuel en lien avec le laboratoire référent. La pharmacienne suit la consommation des antibiotiques dans le dispositif CONSORES.

Le rapport annuel du GSPARIAS permet d'évaluer le niveau d'atteinte des objectifs fixé par le programme.

Certains de ces indicateurs sont déclinés avec des objectifs à atteindre au niveau des tableaux de bord des services cliniques (exemple taux de SHA utilisé par rapport à l'objectif cible).

## **A / AGIR**

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

Les évaluations donnent lieu si besoin à des actions d'amélioration formalisées. Il peut s'agir d'objectifs d'amélioration institutionnels intégrés dans le programme d'actions qualité institutionnel ou de service formalisées dans les fiches actions de l'équipe opérationnelle d'hygiène. Les actions d'amélioration sont souvent des actions de formation des professionnels, de formalisation ou de réactualisation des protocoles, d'investissements matériels (changement des lave bassins).

L'efficacité de la campagne de vaccination des professionnels est suivie dans le cadre du rapport d'activité annuel avec une nette augmentation des effectifs vaccinés depuis 2015.

La communication des actions d'amélioration est réalisée auprès des instances et auprès des professionnels par le biais de l'encadrement et des référents en hygiène, avec un affichage des résultats.

L'établissement participe à des activités d'échange et de comparaison inter établissement (Réseau Arc Alpin, GHT, Consores.....).

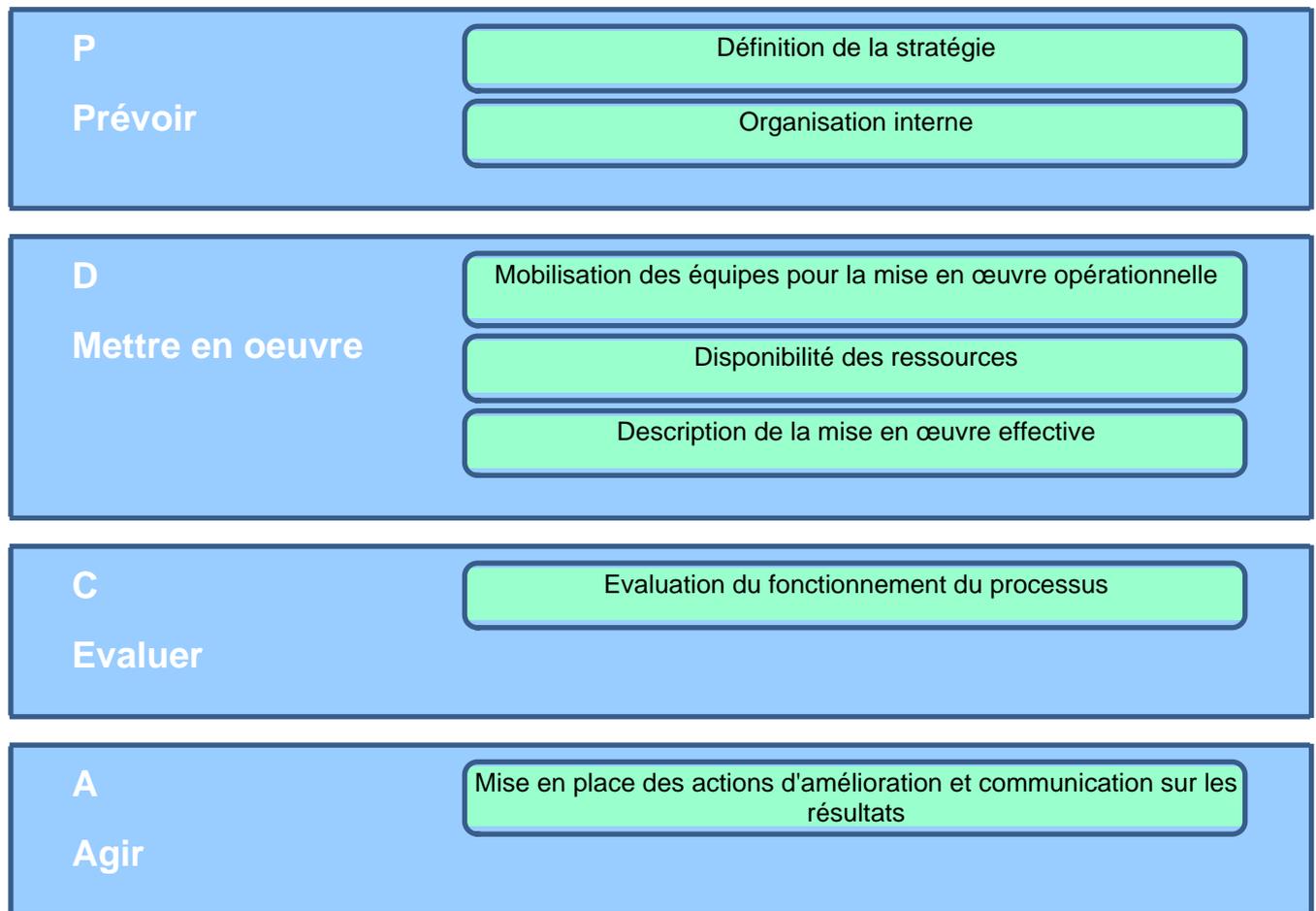
# DROITS DES PATIENTS

## 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 projet médico-soignant partagé du GHT Savoie-Belley comporte plusieurs axes prenant en compte les droits du patient. On retrouve notamment dans les objectifs du projet de soins du GHT la volonté de développer et de mettre en œuvre une culture de la bientraitance dans les soins, ainsi que d'assurer une gestion des risques liés aux chutes, isolements et contentions.

Par ailleurs, le GHT dispose d'un Comité de pilotage « droits des patients », qui a défini comme axes de travail l'élaboration d'une procédure commune de gestion des plaintes et des réclamations, une réflexion sur la notion de confidentialité et une politique de formation continue commune aux établissements du GHT.

Le projet d'établissement du CH St Jean de Maurienne est en cours d'élaboration. La stratégie de prise en compte des droits des usagers est retrouvée dans un document intitulé « programme de la CDU 2019 », datant de mai 2019, qui comprend huit axes prioritaires portant notamment sur l'optimisation et l'amélioration de la prise en compte des droits des patients à travers la gestion des plaintes et réclamations, l'information délivrée, la traçabilité dans le dossier patient, la personne de confiance, les directives anticipées, la participation à la journée européenne des droits des patients et à la semaine sécurité des patients, la poursuite et le renforcement des sensibilisations et formations des professionnels dans la lutte contre les infections nosocomiales. La CME a validé ce programme en mai 2019, ainsi qu'un guide institutionnel relatif aux droits des patients.

Le CLUD alimente la stratégie institutionnelle de prise en compte des droits du patient via sa politique de prise en charge de la douleur, tout particulièrement autour des soins palliatifs et de la notion de bienveillance, tant pour les patients que pour les personnels.

Au regard des éléments d'information disponibles (résultats de certification précédente, indicateurs, données issues des questionnaires de satisfaction, plaintes et réclamations, audits, ...) 7 risques prioritaires ont été identifiés et reportés dans le CQ :

- Défaut de traçabilité de l'information du dommage associé au soin
- Défaut d'information au patient et à son entourage de la mise en place de précautions particulières suite à un risque infectieux
- Défaut de traçabilité du recueil du consentement du patient pour les soins, et pour les actes à risques
- Contention physique non ré-évaluée
- Défaut de traçabilité sur le recueil des directives anticipées chez les patients en fin de vie, soins palliatifs et gériatrie.
- Manque de traçabilité dans le dossier : entretiens médicaux, informations données au patient et à l'entourage, mise en œuvre des PSP
- Risque de diffusion d'informations relatives à l'état de santé du patient.

En lien avec ces risques prioritaires et le PAQSS institutionnel, l'établissement a défini des actions d'amélioration, comportant la définition d'un – ou plusieurs – pilotes(s) et d'un échéancier. Les représentants des usagers ont été associés aux réflexions menées dans le cadre de l'élaboration du compte qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage de la démarche « droits des patients » est assuré par un groupe pluri professionnel et multi disciplinaire (directeur qualité, qualitatifs, médecins, cadres de santé, ...), incluant deux représentants des usagers (RU).

Le Directeur qualité est en charge de la gestion des relations avec les usagers depuis le mois de juin 2019 et, à ce titre, pilote la gestion des plaintes et des réclamations ainsi que la communication du dossier médical. Des médiations sont proposées et organisées, en lien avec les RU.

La Commission des Usagers (CDU) est en place et dispose d'un règlement intérieur. Elle comprend 4 représentants des usagers (2 titulaires et 2 suppléants), deux médiateurs médicaux et deux médiateurs non médicaux.

Les RU participent également à diverses instances et groupes de travail, dont le Conseil de surveillance, le COPIL qualité, le GSPARIAS (Groupe de Suivi du Programme d'Action de prévention du Risque Infectieux Associé aux Soins), le CLUD, la CSIRMT.

Le recours à l'interprétariat est organisé et une réflexion est engagée pour ce qui concerne le recours à la langue des signes, sur la base d'un guide dont dispose le service maternité.

Le CH de Saint-Jean de Maurienne s'appuie sur la PASS de l'hôpital de Chambéry, qui dispose également de ressources en interprétariat.

Le recours à l'aumônerie est organisé pour les différentes confessions.

Des formations à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont inscrites au plan de formation annuel.

Les situations de maltraitance peuvent être repérées grâce aux fiches de signalement des événements indésirables en place, qui contiennent un item « Maltraitance » permettant de signaler les cas de maltraitance.

Toutefois, l'organisation du signalement des suspicions de maltraitance interne ou externe n'est pas formalisée à ce jour. Le signalement des

Les modalités de signalement des cas de maltraitance ne sont ni définies ni diffusées, et l'établissement ne dispose pas d'une procédure institutionnelle relative aux modalités de signalement d'une suspicion de maltraitance interne ou externe, ce qui ne permet pas de garantir en toutes circonstances la prise en compte adaptée d'une situation de maltraitance qui viendrait à se présenter. Au regard de ce constat, l'établissement s'est engagé à formaliser une procédure décrivant l'organisation à mettre en oeuvre.

L'information du patient sur son état de santé et sur les soins prodigués, incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins est organisée, ainsi que les modalités relatives au recueil du consentement et, le cas échéant, la gestion du refus de soin.

L'établissement organise par ailleurs chaque année le relais de la journée européenne des droits en santé, avec le concours des RU.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les équipes sont sensibilisées au respect des droits des usagers et aux notions de bientraitance. Les droits du patient peuvent être abordés dans les services au cours de réunions d'équipes, lors des staffs, ou encore à l'occasion de situations spécifiques (plainte ou réclamation pas exemple, ou encore signalement d'évènement indésirable).

L'encadrement mobilise les professionnels sur les droits des usagers, notamment au regard des analyses de risques régulièrement menées dans les services (APR), ou encore des indicateurs issus des résultats d'audits concernant la traçabilité du recueil des données (personne à prévenir, personne de confiance, recueil des directives anticipées, ...).

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin et alimentent le PAQSS du service.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le livret d'accueil du Centre Hospitalier de St Jean de Maurienne contient de nombreuses informations relatives aux droits des patients, dont la charte de la personne hospitalisée et la charte de la personne âgée. Les représentants des usagers de la CDU sont identifiés par voie d'affichage et sur le livret d'accueil du CH.

L'établissement dispose par ailleurs de plusieurs guides, plaquettes, pancartes, affiches, flyers destinés aux usagers et aux professionnels. Ainsi, un guide pratique à l'usage des professionnels de santé, portant sur les droits des patients a été élaboré à l'échelle du GHT, validé en CDU et diffusé à l'ensemble des professionnels de l'établissement. Plusieurs documents d'information, élaborés par France Assos Santé, sont également disponibles à l'attention des professionnels et des usagers (« le dossier médical », « le consentement libre et éclairé », « la personne de confiance », « la lutte contre la douleur », « les représentants des usagers », ...).

D'autres documents d'information spécifiques ont été élaborés, notamment à l'attention des patientes de la maternité.

Des chartes de bientraitance sont affichées dans différents secteurs d'activités, telles que la médecine, la chirurgie, la maternité. Les coordonnées des aumôniers sont également disponibles par voie d'affichage.

Plusieurs procédures sont disponibles à l'égard des professionnels, telles que « le respect de la confidentialité à l'hôpital », « annoncer une mauvaise nouvelle ou un EIG », « modalités d'accès au dossier patient », « accompagnement en fin de vie », ...

Les ressources informatiques sont adaptées à la gestion de la confidentialité des données (dossier patient), avec une mise en veille des écrans au bout d'un temps d'inutilisation.

Des formations en lien avec les droits des patients sont proposées annuellement aux professionnels, notamment pour ce qui relève de la prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance, la prise en charge de la douleur, la prise en charge en soins palliatifs, la manutention et la gestion des contentions.

Les ressources en interprétariat sont identifiées, avec des ressources internes (liste de personnes parlant des langues étrangères) et externes en cas de besoin. D'autres outils sont disponibles et ont fait l'objet d'un article dans le journal interne : livrets de santé bilingues en téléchargeables 15 langues, outil Traducmed par exemple.

L'établissement dispose d'une charte de la laïcité et d'un lieu de recueillement aménagé.  
Des zones de confidentialité font l'objet d'un marquage au sol en différents endroits (espaces d'accueils, d'attente, consultations, ...)

En termes de locaux, les services de soins comportent pour partie des chambres individuelles et pour partie des chambres multiples.

Néanmoins, les dispositions architecturales ne permettent pas d'assurer en toutes circonstances le respect de la confidentialité, ainsi que l'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite.

Le service de médecine dispose de 5 chambres individuelles et de 13 chambres doubles, dont la majorité n'est pas dotée de douches, ce qui contraint les patients à se rendre dans les 2 douches communes de l'unité de soins. Par ailleurs, les chambres ne sont pas adaptées aux personnes en situation de handicap, notamment en raison de l'exiguïté d'accès aux cabinets de toilette qui ne sont pas accessibles à un fauteuil roulant.

L'établissement a élaboré un programme pluriannuel (chiffrage et calendrier) de mise en accessibilité des locaux et la problématique relative aux locaux du service de médecine fait l'objet d'une réflexion institutionnelle.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les patients reçoivent à leur arrivée le livret d'accueil, comprenant un questionnaire de satisfaction. Une fiche informative complémentaire sur le recueil de la personne de confiance et sur les directives anticipées est disponible dans les services.

De façon générale, la recherche de la désignation de la personne à prévenir et de la personne de confiance est effective, ce qui a pu être confirmé par la réalisation des patients traceurs lors de la visite. Le recueil des directives anticipées est engagé.

Les professionnels connaissent les dispositions relatives au recours à l'interprétariat et les mettent en œuvre si nécessaire. Les urgences disposent dès l'accueil d'un fascicule traduit en 5 langues, qu'ils utilisent en cas de besoin.

Les affichages relatifs aux droits des patients sont retrouvés au sein des services et des zones de circulation.

Les services de télévision, de téléphonie et de courrier sont mis en œuvre, ainsi que la possibilité d'avoir recours à Internet.

Les projets de soins sont généralement élaborés et mis en œuvre en lien avec les patients dans tous les types de prise en charge, en y associant l'entourage dans la mesure du possible.

Les professionnels mettent en œuvre les modalités relatives à l'information du patient et la réflexion bénéfice-risque est effective. Ils veillent à respecter la confidentialité des échanges et des informations délivrées.

Plusieurs documents d'information sont remis aux patients dans les différents services, en fonction des spécialités et pathologies traitées. Les patientes de maternité reçoivent le jour de leur sortie un kit de documents spécifiques contenant des recommandations et des conseils pour leur période de post-partum et la prise en charge du nouveau-né. Une attention particulière est portée dans ce service à l'information qui accompagne le retour à domicile (« recommandations de sortie après accouchement », « lettre du nouveau-né à ses parents », « prévention de la plagiocéphalie », conseils pour l'habillement du nouveau-né, dosage du biberon, etc ...).

L'équipe mobile de soins palliatifs est sollicitée par les équipes et intervient dans les services pour les prises en charge qui le nécessitent et notamment pour les situations de fin de vie.

Elle contribue à une prise en charge personnalisée et adaptée du patient, ainsi qu'à un soutien de l'entourage et des professionnels face aux situations difficiles.

Les proches ont la possibilité de se restaurer au sein de l'établissement. Dans certains cas, ils peuvent passer la nuit auprès du patient (par exemple en maternité, ou dans le cas de la prise en charge d'un patient mineur en chirurgie, ou encore en présence d'une situation de fin de vie).

Les professionnels connaissent et utilisent le logiciel de signalement des EI.

Ils sont sensibilisés aux notions de confidentialité et veillent, lors des actes de soins, à préserver la dignité et l'intimité des patients. Des paravents et rideaux de séparation sont très généralement utilisés dans les chambres doubles.

Concernant le respect des libertés individuelles, la gestion des contentions fait l'objet d'une procédure et le consentement des patients est recherché. La procédure « contention physique passive » précise que la prescription de contention doit inclure la programmation de la surveillance.

Les urgences bénéficient d'une procédure spécifique concernant les mesures de contention, sédation et admission dans le box « agité » des urgences.

Dans le service des urgences, un registre des contentions est en place, les contentions sont prescrites et incluent les mesures de surveillance infirmière, qui sont tracées dans le dossier patient.

Toutefois, la prescription des surveillances liées aux contentions n'est pas totalement conforme aux bonnes pratiques et n'est pas mise en œuvre sur l'ensemble de l'établissement. Plusieurs professionnels paramédicaux rencontrés lors de la visite ont indiqué définir eux-mêmes les périodicités des surveillances infirmières au regard des dispositifs utilisés (barrières de lit, attaches aux poignets ou sangle ventrale par exemple), les consignes de surveillance n'étant que rarement indiquées dans les prescriptions médicales de contention. Ces pratiques ne permettent pas de garantir la maîtrise des risques liés aux contentions. L'établissement lors de la visite a pris conscience de ce risque et a décidé de sensibiliser le corps médical à la nécessité d'une prescription incluant les mesures de surveillance.

La démarche d'annonce du dommage associée aux soins est en place. La mise en œuvre du dispositif de médiation et de la gestion des plaintes et réclamations est effective, en y associant les représentants des usagers. Les préconisations de la CDU sont suivies et mises en œuvre.

Les formations à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance, déclinées annuellement, ont concerné 13 agents en 2017 et 11 agents en 2018.

Bien que ne disposant pas d'une procédure indiquant la conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance, les professionnels se réfèrent en cas de besoin au personnel d'encadrement si une situation anormale les interpelle. Les professionnels des urgences disposent ont à disposition documents internes relatifs à la prise en compte des violences faites aux femmes et aux mineurs.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CH met en œuvre différentes mesures d'évaluation relatives au processus « droits des patients », telles que :

- Recueil et suivi des indicateurs QSS et e-Satis dans les secteurs MCO et chirurgie ambulatoire
- Suivi du nombre de personnes formées à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance
- Suivi des délais de communication du dossier médical

Les audits de dossiers, au-delà du recueil des indicateurs nationaux, permettent de mesurer la conformité de la traçabilité des éléments relatifs aux droits des patients dans tous les secteurs de prise en charge.

D'autres démarches d'évaluation sont diligentées, telles que l'audit mené en mars et avril 2019 sur l'utilisation du paravent dans les chambres à deux lits du service de médecine.

Des EPP relatives au droit des usagers sont également conduites, telle l'EPP « Urgences douleur zéro » aux urgences. Une analyse des mesures de contention a été menée en gériatrie.

Le taux de participation des RU à la CDU est mesuré et suivi, ainsi que les délais de traitement et de réponse aux réclamations.

La satisfaction des usagers est évaluée selon diverses modalités, dont l'enquête en ligne e-satis en MCO et en chirurgie ambulatoire, ou via le questionnaire de sortie institutionnel et certains questionnaires spécifiques (comme en HAD par exemple).

Les patients traceurs réalisés par le CH complètent ce dispositif d'évaluation pour ce qui relève du recueil de la personne de confiance et des directives anticipées.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration inscrites dans le PAQSS sont déclinées et suivies, en lien avec les représentants des usagers et la CDU.

Plusieurs actions d'amélioration ont à ce jour été conduites et finalisées. A titre d'exemple, on peut citer en gériatrie l'investissement dans des douches au lit, le travail réalisé sur l'attitude en soins au regard des troubles du comportement, l'acquisition de lits adaptés lors du renouvellement des équipements.

Aux urgences, une humanisation des locaux a été mise en œuvre, avec l'aménagement de la salle d'attente à destination des enfants et une exposition de photos réalisées par les professionnels de l'établissement.

Les représentants des usagers ont également fait état d'une amélioration notable de la transmission des informations aux membres de la CDU, en amont des réunions périodiques de cette instance.

D'autres actions d'amélioration sont en cours de déclinaison, avec notamment une réflexion partagée au sein du GHT dans le groupe GHT « droits des patients ».

Des actions de communication sont menées, via différents vecteurs : le journal interne mensuel (article sur le secret professionnel, sur la confidentialité en décembre 2018 par exemple), réalisation au niveau du CH de la semaine annuelle « sécurité du patient ». Les représentants des usagers réalisent des animations chaque année à l'occasion de la journée européenne des droits en santé ; plus de 150

personnes ont été concernées par ces animations en 2018.  
Des indicateurs sont régulièrement restitués dans les services au regard des évaluations menées. Les résultats des IQSS sont portés à la connaissance des usagers et des professionnels par voie d'affichage.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

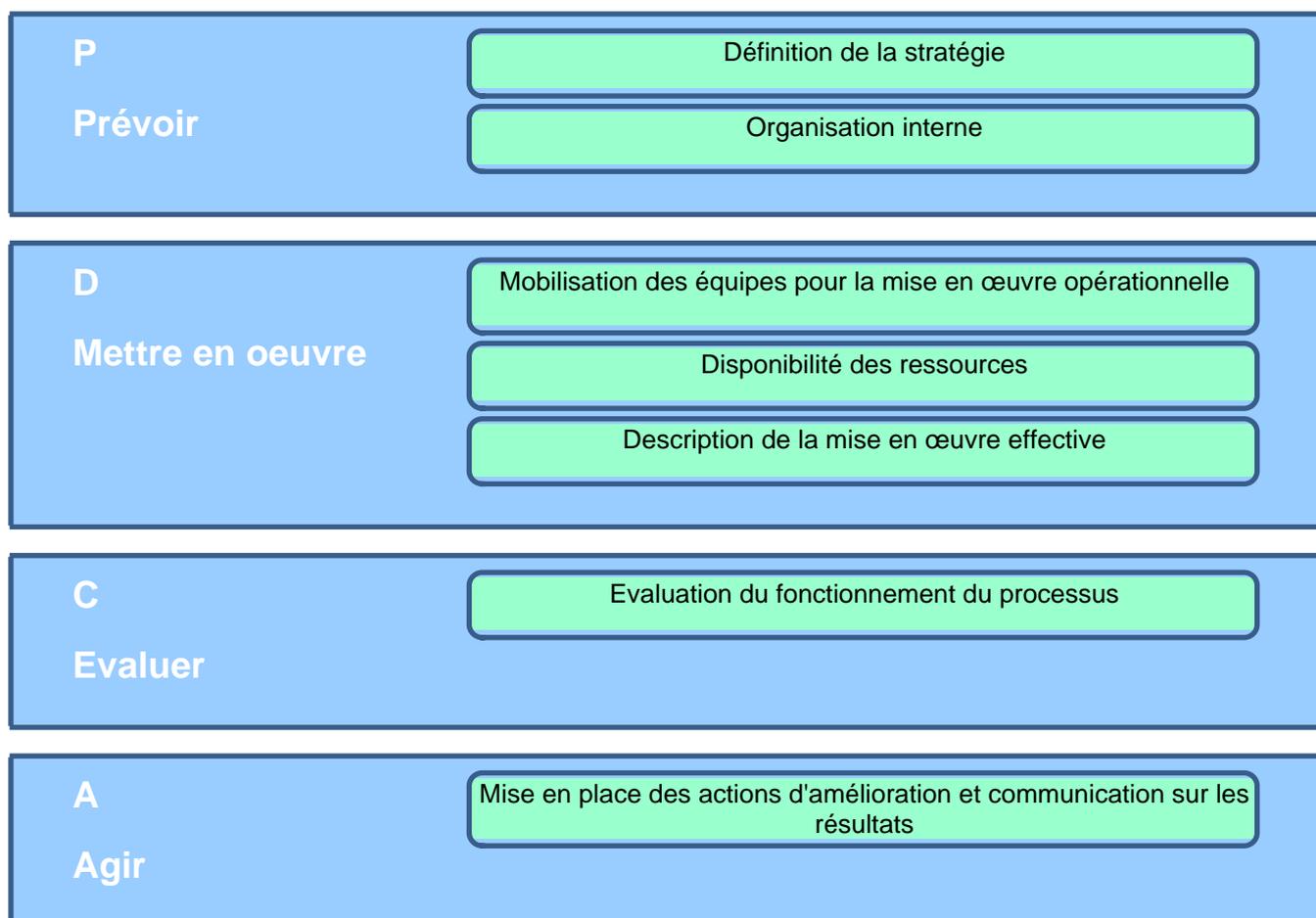
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 Saint Jean de Maurienne fait partie du GHT Savoie Belley comportant 8 établissements. L'établissement support du GHT est le centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS : Chambéry/Aix les Bains). Le Centre Hospitalier Saint Jean de Maurienne dispose d'une offre de soins diversifiée de médecine, chirurgie et obstétrique, d'un service de soins de suite et réadaptation à orientation rééducation de l'appareil locomoteur, d'un secteur de soins longue durée et d'un service d'hospitalisation à domicile. L'unité de 4 lits de surveillance continue permet la surveillance de patients en post opératoire et de patients à orientation cardiologique. L'établissement accueille les urgences 24h/24 et dispose d'un secteur d'hospitalisation de courte durée et d'un SMUR adulte et pédiatrique. Il assure la prise en charge des patients hospitalisés au-delà de 3 ans et assure le transport médicalisé vers les structures du GHT ou de la région pour les urgences spécialisées ou les enfants de moins de 3 ans relevant d'une hospitalisation. L'établissement développe la télémédecine, le PACS et le réseau de messagerie sécurisée avec les établissements partenaires et les réseaux de médecins libéraux afin de bénéficier de leur expertise, de faciliter les échanges d'informations et de limiter l'impact des contraintes géographiques.

Le projet médical de territoire du GHT Savoie Belley 2017 – 2021 définit les complémentarités développées pour mettre en place une offre de soins graduée et collaborative tenant compte des particularités d'isolement géographique et de variations saisonnières d'activité de ses différents établissements. L'établissement a développé de nombreuses conventions de partenariat avec les établissements au sein du GHT pour organiser ses activités de chimiothérapie, de consultation spécialisées (endocrinologie, urologie, oncologie) et participe aux activités régionales des réseaux (Réseau Alpin des Urgences (RENAU) et réseau des médecins correspondants du SAMU), réseau périnatal des 2 Savoies (RP2S) pour organiser la prise en charge graduée des patients.

L'établissement a identifié ses risques principaux à partir de la révision en novembre 2018 de la cartographie des risques sur la thématique parcours patient avec les équipes institutionnelles et de pôle. L'identification des risques s'est appuyée sur les cartographies existantes, les axes d'amélioration de la première certification V2014, les cartes d'identité des processus et des interfaces, et les résultats de l'exploitation des fiches d'évènements indésirables. Les risques ont été hiérarchisés et les risques prioritaires institutionnels portés sur le compte qualité.

Un plan d'actions d'amélioration identifiant les responsables, les actions et les échéances a été établi dans le compte qualité et a fait l'objet d'un suivi par les instances qualité avec une ré actualisation du niveau de maîtrise des risques.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage de la thématique est porté au plus haut niveau institutionnel par le Président de la CME, la Directrice des soins, le Directeur qualité et la Coordinatrice en charge de l'amélioration de la qualité et des pratiques professionnelles. Il s'appuie sur la participation opérationnelle des pilotes des 3 pôles médicaux (responsable médical et cadre de santé des pôles Médico-Gériatrique, Urgence et plateau technique, bloc opératoire et pôle Chirurgie-Maternité-SSR), l'infirmière gestionnaire de flux et le cadre du bloc. Les missions des pilotes ont été définies et réactualisées en 2019.

L'établissement a mis en place une organisation assurant l'adéquation des ressources et des compétences aux besoins des prises en charge.

L'établissement a développé au sein du GHT ou avec la médecine libérale des partenariats assurant la mise à disposition des ressources complémentaires aux professionnels de l'établissement afin d'élargir son offre de soins ambulatoire ou hospitalière (maison médicale, consultations spécialisées de médecins de ville, mise à disposition de médecins de spécialités complémentaires au sein du GHT). Le CHSJM a mis en place une procédure de recrutement permettant de répondre aux besoins saisonniers plus importants de professionnels médicaux et paramédicaux (hiver). L'établissement dispose d'une commission des admissions non programmées. Les entrées directes non programmées en service sont organisées afin de répondre aux besoins accrus en haute saison touristique.

Les règles de présence et le système de gardes et astreintes opérationnelles et de sécurité sont définies pour assurer la prise en charge des patients sur l'ensemble des secteurs d'activité. Les responsabilités médicales en cas d'hébergement sont formalisées et validées en CME. Des ressources transversales sont disponibles au sein de l'établissement : équipe mobile de gériatrie, équipe mobile douleur et soins palliatifs, équipe de liaison en psychiatrie. Le dispositif de prise en charge d'une urgence vitale est défini et formalisé. Il mobilise le SMUR, les urgences, l'anesthésiste, suivant un ordre de disponibilité pré établi.

Le plan de formation continue assure les formations réglementairement exigées (incendie, gestes et soins d'urgence niveau 2, radioprotection) et les formations spécifiques aux secteurs d'activité et besoins identifiés en accord avec les orientations stratégiques de l'établissement (prévention des escarres,

gestion des PCA, alimentation et nutrition, maladie d'Alzheimer .... )  
 L'établissement finance des formations qualifiantes (Diplôme Universitaire en hygiène, en plaies et cicatrisation, formateur à la manutention des malades - personnes à mobilité réduite) ou des formations individuelles thématiques (dispositif d'annonce, éducation thérapeutique....) . L'accueil du nouveau salarié est organisé : remise d'un livret d'accueil, journées d'intégration et tutorage.

L'établissement s'est engagé dans un processus de modélisation de ses principaux parcours de soins suivant les différentes modalités de prises en charge identifiant les besoins spécifiques en terme d'information, de prise en charge médicamenteuse, de prise en charge de la douleur et de risques. La réhabilitation précoce en chirurgie fait l'objet d'un dispositif organisé de mise en œuvre.

Les besoins particuliers de populations spécifiques ont été analysés et les dispositions de prise en charge établies pour les enfants et adolescents, les personnes âgées, les personnes à risque suicidaire, les détenus, les patients en placement à la demande de tiers, les personnes handicapées.

Les prises en charge en soins de suite et de réadaptation sont articulées avec les prises en charge en MCO notamment sur la filière traumatologique. Les demandes sont formalisées à travers l'outil Trajectoire de manière anticipée dans le cadre des interventions programmées, en lien avec le développement de la RAC ou des chemins cliniques.

L'établissement a formalisé les différentes modalités de sortie des patients afin d'assurer la continuité des soins, que ce soit vers les structures de SSR, ou en utilisant le dispositif PRADO, en développant l'HAD, ou encore dans l'organisation du retour à domicile.

Les professionnels développent des outils et des organisations pour assurer la continuité des soins et la coordination avec les professionnels extérieurs (modélisation du contenu de la lettre de sortie, développement de l'accessibilité des documents aux médecins traitants par messagerie sécurisée ou réseau, utilisation de l'outil Trajectoire, PACS, télémedecine, ....)

L'éducation thérapeutique en diabétologie est en cours de reprise au sein de l'établissement avec la mise à disposition au sein du GHT d'un médecin endocrinologue.

L'établissement dispose de locaux et équipements adaptés aux prises en charge développées en MCO, SSR, HAD et SLD. Leur maintenance et l'entretien sont organisés et planifiés. Le plan directeur immobilier permettant de moderniser les conditions d'accueil des patients en secteur d'hospitalisation de médecine et plateaux techniques est en cours de budgétisation.

L'établissement formalise les procédures, protocoles, fiches d'information à l'attention des patients, chemins cliniques, check-lists rattachés aux parcours patient dans la gestion documentaire de l'établissement et au sein du dossier patient informatisé.

Les interfaces entre les secteurs administratifs, cliniques et logistiques sont organisées : relations inter-services, interfaces entre les instances (CLIN, CLUD, CME, CDU, etc...), interventions des équipes mobiles. Il en est de même avec le laboratoire de biologie médicale qui est externalisé. La convention permet l'accès 24h/ 24 aux examens de biologie.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux différents secteurs et services ont été établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur(s) secteur(s) par leur implication dans l'élaboration des cartes d'identité de leurs processus et l'analyse des interfaces ainsi que par leur engagement dans les dispositifs d'évaluation des pratiques. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats lors de la réalisation des audits, des patients traceurs ou des CREX. Des actions correctives sont identifiées et formalisées dans les PAQSS de service, communiquées aux professionnels et disponibles dans la gestion documentaire.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs.

Les tableaux de garde et astreintes ainsi que les tableaux de service sont disponibles dans tous les secteurs d'activité sous format papier ou dans le portail intranet. L'établissement gère le recrutement de personnel intérimaire ou de remplaçants suivant des procédures établies. La participation aux formations obligatoires ou de secteur est effective (stages annuels de formation en oncologie et en soins palliatifs au CH de Chambéry, prévention des escarres dans tous les secteurs, douleur, soins palliatifs, diététique..). Les compétences mises à disposition par le centre recours de Chambéry ou les consultations des médecins libéraux sont assurées. Les équipes mobiles sont opérationnelles. Les professionnels paramédicaux diététiciennes, psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, APA, assistantes sociales sont gérés au sein des pôles afin d'assurer les prises en charge dans les différents services des pôles.

Le SMUR dispose des équipements mobiles permettant de faire face aux appels en cas d'urgence vitale en secteur d'hospitalisation. Les procédures de vérification et scellage de la mallette sont effectives. Les

services cliniques (médecine, chirurgie, SSR, SLD) disposent en seconde ligne de chariots d'urgence ou de trousse d'urgence (HAD) dont la composition a été formalisée et dont le contenu est vérifié à périodicité définie et tracée. L'établissement mène une réflexion sur la nécessité du maintien et de l'homogénéisation de ces chariots secondaires dans les services au vu de l'efficacité de la procédure d'intervention actuelle.

Les procédures et protocoles et documents d'enregistrement sont disponibles dans le logiciel de gestion documentaire et connus des professionnels (protocoles de soins, chemins cliniques, RAC...).

Le plateau technique du service de soins de suite et réadaptation est doté de nombreux équipements : ateliers d'attelles, balnéothérapie, gymnase et salle de kinésithérapie. Pendant la visite le dispositif d'alerte en cas de problème dans le bassin a été renforcé afin de permettre l'accessibilité à la sonnette d'alarme sur le pourtour même du bassin.

Concernant les équipements, les professionnels connaissent en cas de panne ou de dysfonctionnement les modalités pratiques pour remplacer le matériel défectueux. La maintenance curative est réalisée dans des délais jugés acceptables par les professionnels des services.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour l'organisation des parcours et la prise en charge du patient.

Ils connaissent la procédure "urgence vitale" et le numéro d'appel unique. Celle – ci est affichée dans les salles de soins et le numéro d'appel rappelé sur des supports multiples (téléphone portables, intranet). Les chariots d'urgence sont entretenus conformément aux procédures et leur vérification est tracée. Les professionnels connaissent leur obligation de formation continue aux gestes d'urgence et y participent suivant le calendrier prévisionnel tenu par la Direction.

Les tableaux de garde et astreinte sont connus de tous les professionnels et les numéros à contacter sont disponibles dans les salles de soins.

La réalisation des patients traceurs a permis de vérifier la réalisation des procédures et protocoles établis. L'accueil du patient par les urgences ou de manière programmée (fiche de programmation) fait l'objet d'un recueil initial de données permettant d'identifier l'ensemble de ses besoins en temps utile : recueil initial de données médicales et paramédicales suivant les formulaires du DPI établis, désignation de la personne de confiance et de la personne à prévenir sur un support adapté, évaluation des risques de chute, identité, risque suicidaire, risque d'escarres, prescriptions d'actes ou de consultations spécialisées, rangement du document médical d'admission et ordonnances du patient, ... Les interfaces établies permettent le partage des informations entre le logiciel des urgences et les services cliniques, assurant la continuité des informations et la coordination des prises en charge.

Le dépistage des troubles nutritionnels est effectif à l'admission (poids, taille, IMC) et paramétré pour être suivi à périodicité hebdomadaire dans les secteurs à risque ou pour des patients identifiés à risque.

Le dispositif d'évaluation du risque suicidaire par le médecin est appliqué, y compris dès les urgences (Protocole "risque urgence danger" avec possibilité d'utiliser un box d'isolement). Les mesures conservatoires sont connues des professionnels (prescription de fermeture des fenêtres, prescription de contention si besoin, appel de l'équipe de liaison psychiatrique et contact avec le psychiatre de garde du CHS de Bassens).

Le projet de soins personnalisé est formalisé en soins de suite et réadaptation après évaluation initiale pluri professionnelle et recueil du consentement du patient. Des réunions de concertation pluri professionnelles hebdomadaires sont organisées dans ce secteur. Des projets personnalisés de soins ont été formalisés pour la chirurgie réglée (arthroscopie, hallux valgus, canal carpien, hémorroïdectomie, cholécystectomie, PTH et PTG). Les réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie sont effectives pour assurer la prise en charge des patients en hôpital de jour. Les médecins assurent les visites médicales quotidiennes et conduisent des staffs hebdomadaires.

L'information donnée au patient ou à son entourage est tracée dans le dossier médical informatisé ainsi que la réflexion bénéfique risque associée. Des fiches d'information sur les interventions proposées sont mises à disposition des patients notamment dans le cadre des projets de soins personnalisés en chirurgie (hallux valgus, canal carpien, hémorroïdectomie ...) et de la récupération améliorée en chirurgie pour les prothèses de hanche ou de genou.

La sortie des patients est organisée en accord avec le patient et/ou son entourage. Les demandes pour les SSR ou l'HAD sont réalisées en temps voulu sur le logiciel dédié. Le dispositif PRADO est effectif. Les assistantes sociales sont présentes pour accompagner les demandes médico-sociales nécessaires. Les professionnels sont sensibilisés à la formalisation de la lettre de liaison à la sortie. Une enveloppe "check-list" adaptée par chaque service est utilisée pour rassembler les informations nécessaires à la sortie des patients (ordonnances, fiche de liaison paramédicale, courrier de sortie ou dossier de liaison, convocation de RDV de suivi) et l'établissement développe la messagerie sécurisée pour la mise à disposition immédiate des lettres de liaison à destination des professionnels de santé extérieurs à l'établissement.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a développée diverses démarches d'évaluation concernant le processus "parcours" :

- évaluation des risques à travers la révision des cartes d'identité des processus, le suivi des fiches d'évènements indésirables et la réalisation des analyses approfondies au décours des CREX et RMM
- le recueil annuel des indicateurs IQSS comportant des éléments complémentaires (traçabilité du risque suicidaire, vérification d'identité ...)
- la réalisation de patients traceurs
- l'exploitation des plaintes et réclamations ainsi que les résultats de l'enquête de satisfaction e-satis
- l'évaluation des chemins cliniques élaborés pour la RAC
- les bilans d'activité du service des urgences (nombre, délais et devenir des interventions pour urgence vitale intra hospitalière), des équipes mobiles de gériatrie et de soins de support et soins palliatifs

Les résultats de ces évaluations sont synthétisés dans le tableau de bord des indicateurs de service.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration issues de l'ensemble des dispositifs d'évaluation sont mises en œuvre, intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel et les programmes de service, avec la collaboration et le suivi de la cellule qualité, des pilotes de processus institutionnels et de pole.

Les risques institutionnels sont gérés au niveau de la Direction de l'établissement en lien avec la CME (conventions, recrutements). Les risques opérationnels sont gérés au niveau des pôles et services en articulation avec les instances institutionnelles et la Direction qualité.

Les professionnels sont informés des démarches par restitution en CME, en réunion d'encadrement et de service. Les référents qualité de service sont destinataires des tableaux de bord et participent avec l'encadrement à la sensibilisation et à la mise en œuvre des plans d'actions. Leur participation active aux évaluations de pratiques les sensibilisent à l'identification et à la mise en œuvre des actions d'amélioration formalisées.

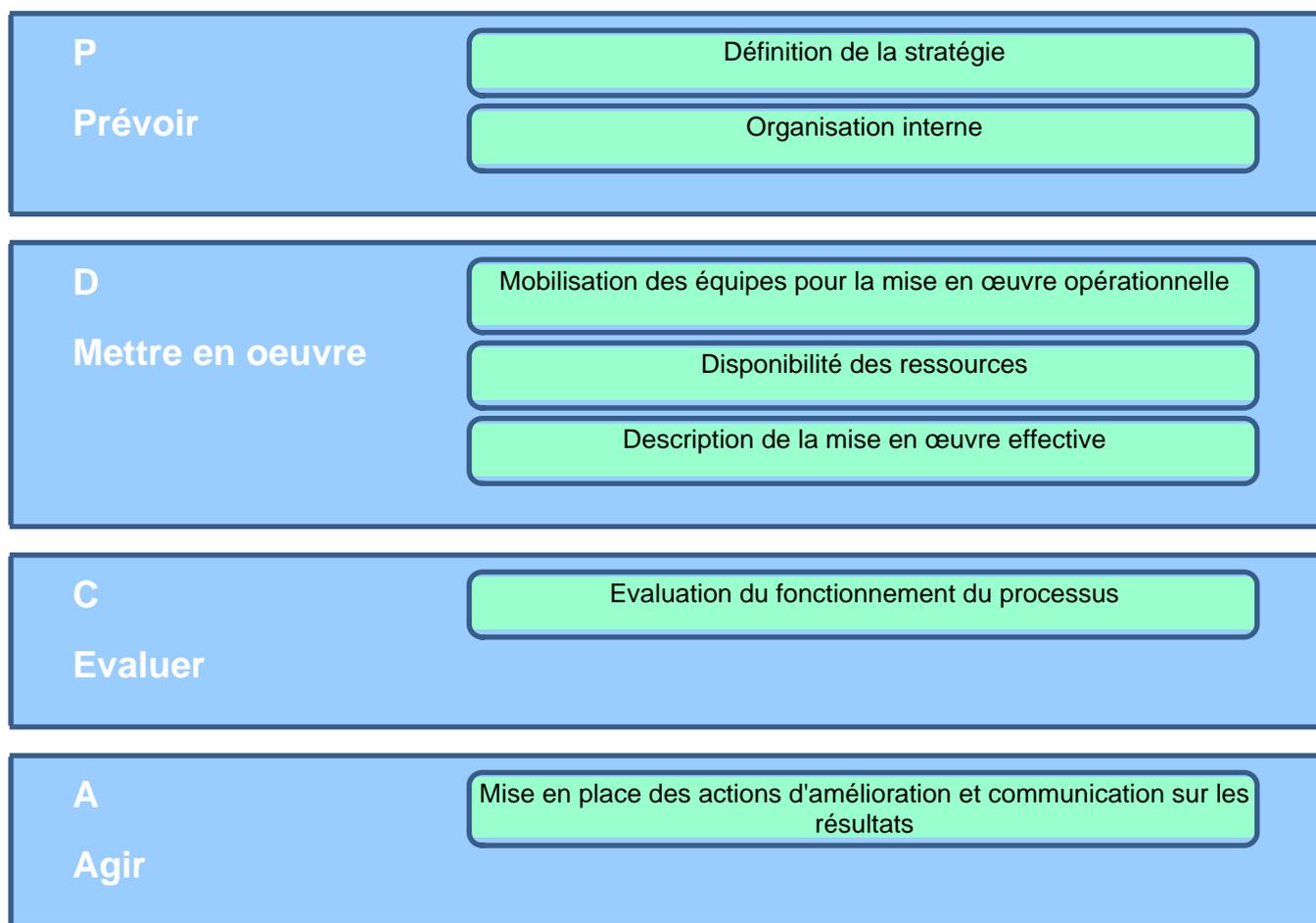
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement de Saint Jean de Maurienne est engagé dans le projet de convergence des systèmes d'information des établissements du GHT Savoie Belley avec pour objectif de faciliter à terme les prises en charge coordonnées des patients au sein du GHT. Le schéma directeur 2019 – 2022 du GHT, établi en janvier 2019, fixe les principales orientations de cette démarche et un calendrier prévisionnel d'actions. Il vient impacter une politique de déploiement d'un dossier patient informatisé unique sur les prises en charge MCO, SSR, SLD préalablement engagée par le Centre Hospitalier de Saint Jean de Maurienne, politique qui sera révisée dans le cadre des choix de convergence des systèmes d'information du GHT à échéance 2022.

Le Centre Hospitalier de Saint Jean de Maurienne est de même engagé dans le développement de messagerie sécurisée pour l'envoi des lettres de liaison ou réception de courriers dans un souci d'ouverture vers l'extérieur, ainsi que le partage des données d'imagerie (PACS) avec les établissements du GHT ou de recours.

En 2018, l'établissement a réactualisé la cartographie des risques sur la thématique dossier patient à partir des évaluations réalisées dans le cadre du recueil annualisé par l'établissement des indicateurs IQSS et de l'exploitation des fiches de déclaration d'évènements indésirables. Trois risques ont été hiérarchisés sur le compte qualité : le défaut de formalisation de la lettre de liaison à la sortie, le manque de traçabilité de la visite de pré anesthésie et le défaut de traçabilité du traitement personnel du patient.

Le plan d'action identifiant responsables, objectifs, actions et échéances a été établi dans le compte qualité, en lien avec le programme d'action qualité de l'établissement, notamment pour les risques dont les actions correctives n'avaient pas encore été finalisées.

**ORGANISATION INTERNE**

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 fixés.

Le réseau de référents institutionnels et de service permet d'accompagner le changement de support de dossier et des pratiques, pour intégrer les exigences en termes de recueil de données et de traçabilité. Le déploiement du dossier patient informatisé s'est accompagné de formations dans chaque secteur d'activité pour l'appropriation de l'outil informatique. Les référents de service peuvent tutorer l'appropriation de l'outil pour les nouveaux arrivants. En 2017, 2018 et début 2019 des formations nombreuses ont été organisées et répertoriées avec les référents du déploiement du dossier patient informatisé afin d'accompagner ce nouvel outil dans l'ensemble des services et plateaux techniques.

Cependant dans le plan de formation 2019, il n'existe aucune action de formation relative à la tenue du dossier patient, programmée pour les professionnels recrutés de manière saisonnière, les nouveaux arrivants, les intérimaires ou encore les professionnels en poste, et permettant de s'assurer de la connaissance et du respect de la réglementation et des bonnes pratiques en matière de tenue du dossier patient.

Les ressources matérielles sont prévues pour assurer la coexistence du double support de dossier depuis sa création à son archivage.

Les ressources documentaires sont disponibles dans la gestion documentaire de l'établissement.

Les règles de tenue du dossier patient ont été formalisées en 2015, réactualisées en 2016, et sont diffusées dans la gestion documentaire de l'établissement. Le document annexe « classement des éléments du dossier patient », couvrant l'ensemble des prises en charge en MCO, SSR, HAD, SLD, formalise les attendus pour chaque catégorie professionnelle en matière de traçabilité des éléments du dossier sous format papier ou informatique. Des check-lists spécifiques à certaines prises en charge (constitution du dossier en chirurgie ambulatoire en ophtalmologie, en orthopédie dans le cadre des PTH et PTG en RAC) viennent compléter dans la GED ce dispositif documentaire.

Les droits d'utilisation du DPI sont gérés et attribués à tout professionnel dès sa prise de fonctions suivant les profils métier et secteur d'activité avec une procédure de bris de glace en cas de besoin, avec une gestion de la traçabilité de l'accès au DPI.

La charte d'accès et d'usage du système d'information révisée en 2019 fixe les bonnes pratiques et les règles internes d'usage et de bonne utilisation du système d'information.

Il existe une procédure dégradée permettant de récupérer les données du dossier patient informatisé en cas de défaillance du système informatique et les supports papier ont été prévus pour assurer la traçabilité des prises en charge pendant l'interruption des accès informatiques, avec une conservation dans le dossier patient "papier" présent dans les services.

La gestion des interfaces est assurée pour intégrer les données extérieures du laboratoire d'analyses médicales, partager le PACS imagerie ou faciliter le transfert d'informations entre logiciels internes (urgences/services cliniques).

L'archivage du dossier patient papier est organisé en termes de moyens humains, matériels, documentaires et logistiques dédiés.

L'accès du patient à son dossier est organisé. Le patient est informé de ses droits par le livret d'accueil et le respect des délais d'accès est évalué et présenté en CDU.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Le management médical et paramédical des secteurs d'activité est fortement investi dans la politique d'amélioration du dossier patient. Il participe aux différentes démarches d'évaluation développées par l'établissement et déclinent dans chaque secteur les axes d'amélioration identifiés au niveau institutionnel ou de service. Les cadres et chefs de service sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et les actions à mettre en oeuvre lors des réunions d'équipe. Les médecins sont sensibilisés lors des réunions de CME. Les visites de terrain et la réalisation des patients traceurs ont permis aux experts visiteurs de constater la sensibilisation et l'implication des professionnels à la bonne tenue du dossier patient.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs d'activité. Le réseau de référents DPI institutionnels et de service sont connus des professionnels et leur sollicitation est effective. Les professionnels ont été formés lors du déploiement du DPI et ont recours au réseau de référents en cas de besoin.

Les professionnels ont à leur disposition sur la GED la documentation institutionnelle sur le dossier patient (règles, classement, tutoriels, procédures, check-lists). Des tutoriels en e-learning sont mis à disposition sur l'intranet pour l'utilisation du DPI pour chaque catégorie professionnelle. Les professionnels sont informés des actualisations du DPI par messagerie et pop up.

Les moyens matériels sont disponibles dans les unités pour le rangement des pochettes de dossier dans des chariots adaptés et dans des locaux sécurisés (salle de soins ou bureau médical). Un système de classement par intercalaires permet d'organiser le contenu des pièces de dossier patient de manière uniforme sur l'établissement. Les unités de soins sont pourvues des équipements informatiques sur des chariots mobiles ou dans les postes de soins ou bureaux médicaux.

Les secrétariats assurent la gestion des dossiers en lien avec le service des archives. La procédure d'accès, de gestion et de destruction des archives est formalisée et les lieux d'archivage répertoriés. La visite des locaux d'archive n'a pas été effectuée.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La réalisation des patients traceurs et des visites terrain ont permis de vérifier l'appropriation du dossier patient papier et informatique par les professionnels, garantissant la traçabilité des prises en charge en temps utile dans le dossier patient.

Le dossier patient informatisé est déployé dans l'ensemble des prises en charge MCO, SSR, USLD et interfacé avec le logiciel du service des urgences. Il existe un identifiant commun unique au dossier patient informatisé et dossier papier. Le dossier papier comporte les hospitalisations préalables à l'informatisation ainsi que les données actualisées : feuille administrative d'admission, courriers extérieurs, édition papier des résultats de laboratoire signés, désignation de la personne de confiance et en fonction des secteurs d'activité certains documents spécifiques répertoriés et non encore informatisés comme le projet de soins personnalisé signé du patient en SSR, le dossier d'anesthésie. Le dossier transfusionnel reste un dossier papier rangé avec le dossier du patient et contrôlé par l'hémovigilant. Le dossier d'anesthésie est en version papier. La réalisation des patients traceurs a permis d'observer la traçabilité des éléments constitutifs du dossier tout au long du parcours de soins (urgences, secteur d'hospitalisation, HDJ, SSR, USLD) dont les observations médicales et paramédicales d'entrée et leur actualisation.

Les professionnels paramédicaux et médico-techniques (IDE, AS, diététicienne, kinésithérapeute, psychologue ...) tracent leur intervention dans le dossier patient informatisé. Le modèle de lettre de liaison à la sortie respectant le contenu réglementairement exigé a été diffusé et est utilisé par les professionnels de santé. L'établissement a développé une messagerie sécurisée pour améliorer la communication des éléments du dossier avec les correspondants externes.

En HAD il existe un dossier patient spécifique à cette prise en charge, le dossier domicile "papier" permettant d'assurer la traçabilité des actes des professionnels.

La procédure dégradée est connue des professionnels et les documents permettant de tracer les informations en cas de panne sont disponibles dans les PC infirmiers.

La prescription et l'administration des médicaments sont effectives dans le DPI.

Le livret d'accueil du patient, mentionnant des informations utiles, notamment sur l'accès au dossier, est

remis au patient à son arrivée. L'organisation de l'accès du patient à son dossier est effective. La Direction tient à jour le relevé des délais de mise à disposition des dossiers et les délais sont respectés dans la majorité des cas.

## **C / EVALUER**

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

L'évaluation de la tenue du dossier patient est formalisée. Elle repose depuis 2011 sur le recueil annuel des indicateurs IQSS complétés d'indicateurs complémentaires (traçabilité du consentement, risque suicidaire, vérification d'identité, directives anticipées.). Ce dispositif est conforté par la réalisation de patients traceurs et d'EPP ciblées : dossier patient aux urgences, en USLD et en obstétrique (partogramme). La Direction évalue les délais d'accès du patient à son dossier et la DSIO recueille les indicateurs hôpital numérique.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration issues de l'ensemble de ces démarches d'évaluation alimentent les programmes d'actions qualité de service et les actions qualité institutionnelles portées dans le PAQSS. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Les évaluations des délais d'accès du patient à son dossier sont présentées en CDU.

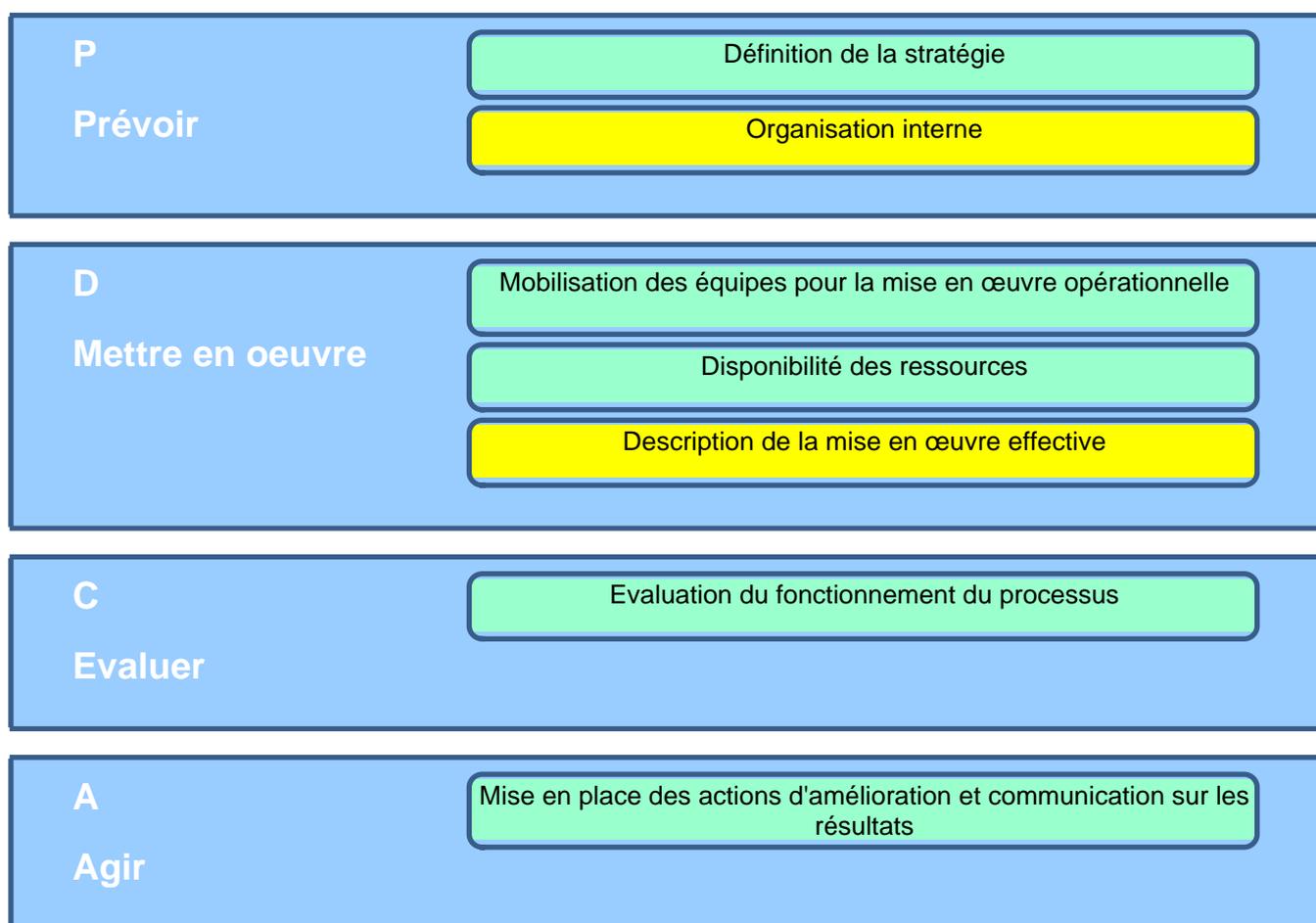
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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**

La stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuses est formalisée dans le projet médical de territoire 2017-2021, dans les attendus du CPOM 2013-2018, dans le contrat de bon usage du médicament pour l'année 2018 et dans le CAQES.

Au niveau du GHT, la politique a pour objectif de développer les coopérations entre les PUI avec trois axes déclinés :

- Prévoir des modalités de coopération entre les PUI de territoire
- Promouvoir l'informatisation et favoriser la communication entre les PUI
- Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la prise en charge des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée.

Cette politique est complétée, au niveau institutionnel, dans le manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse de 2017 et vise « la gestion des risques, procédure relative au circuit du médicament, formation, informatisation et évaluation ». La politique de juste prescription médicamenteuse chez la personne âgée est initiée à partir du « programme d'action en matière de bon usage des médicaments et des DMS » année 2019 et d'un « guide de recommandations de prescription médicamenteuse chez la personne âgée ». La prescription est informatisée à 100% ainsi que la gestion des stocks.

Les sources de données pour identifier les risques sont multiples. Les EI sur « le médicament et les DM », une analyse APR des risques et l'audit interdiag ANAP ont permis l'élaboration d'une cartographie par un groupe de travail pluridisciplinaire (pharmacienne, préparatrice, médecin, cadre de santé, référents médicaments des services) ; s'ajoutent les exigences réglementaires et notamment : l'arrêté du 6 avril 2011, la certification HAS et les résultats des évaluations.

Chaque risque est affecté d'une criticité et d'un niveau de maîtrise selon l'échelle proposée par la HAS. Huit risques ont été priorisés et mis dans le compte qualité (CQ) dont 6 risques à surveiller et 2 risques faibles.

Les actions d'amélioration sont adaptées aux données issues de l'analyse des risques et inscrites dans le programme d'amélioration de la qualité (PAQSS). Pour chaque action, il est précisé l'objectif, le responsable, les échéances et les modalités de suivi.

Ce travail a fait l'objet d'une validation par les instances, notamment par la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilote du processus "management de la prise en charge médicamenteuse" est identifié. Il s'agit d'une pharmacienne de la PUI, par ailleurs responsable du système de management de la prise en charge médicamenteuse. Elle a une fiche de mission. La CME/ COMEDIMS vient en appui à ce processus.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, en mutualisation avec le CH de Modane : 2,6 ETP pharmaciens et 4 ETP de préparatrices. La permanence pharmaceutique est assurée 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 à l'aide d'une astreinte des pharmaciens. La PUI adhère à un groupement d'achat (Annecy). Le circuit de prescription et de validation est entièrement informatisé. La dotation est globale, sauf pour l'HAD ou elle est nominative journalière pour les traitements des patients à domicile.

Pour les besoins urgents, en dehors des horaires d'ouverture de la pharmacie, une armoire « d'urgence » sécurisée est à disposition des professionnels dans le service des urgences.

La pharmacovigilance est organisée.

Des actions de sensibilisation et de formation aux risques d'erreurs médicamenteuses ont été organisées en 2018, notamment pendant la semaine de sécurité du patient via une chambre virtuelle des erreurs.

L'intégration de tout nouvel arrivant soignant est en partie organisée sur la prise en charge médicamenteuse du patient, avec un tutorat par les pairs.

L'établissement possède une ressource documentaire en rapport avec le processus de prise en charge médicamenteuse. La gestion documentaire est informatisée. Le Manuel Qualité a été mis à jour en 2017. Un contrat (2019) est formalisé entre la PUI et les services de soins et il est signé par le chef de service et le cadre de santé. Des référents sont nommés dans chaque service, un document précise « Définition et missions du référent pharmacie dans les services de soins ».

Il y a des procédures formalisées, notamment le guide de bonnes pratiques de 2017 qui développe les différentes étapes de l'organisation du circuit du médicament : prescription médicale, analyse pharmaceutique, dispensation, transport, stockage, administration. Un logigramme spécifique définit la gestion des traitements personnels.

Il existe également des outils d'aide à la prescription : paramétrage du logiciel du dossier patient informatisé (DPI), accès à la base « Claude Bernard », livret thérapeutique. Ce dernier permet les principales substitutions des prescriptions des médecins traitants et orientent les médecins lors de leurs prescriptions.

Une liste des médicaments à risque a été élaborée et la liste des médicaments écrasables est celle de l'

OMEDIT Haute Normandie de 2015.

Un support d'information est destiné aux patients : « le bon usage du médicament à l'hôpital ».

Les locaux, matériels et équipements nécessaires au fonctionnement sont définis. L'accessibilité à la pharmacie est sécurisée et l'accès est réglementé. La pharmacie comporte plusieurs zones : une zone pour la rétrocession, une zone de réception des colis, une partie stockage des médicaments et des dispositifs médicaux avec un rangement sur rayonnages, une salle solutés et une zone de départ. Le stockage des stupéfiants et des médicaments thermosensibles répond aux normes de bonnes pratiques. Le service dispose aussi d'une unité de reconstruction des chimiothérapies autorisée depuis 2012.

La dispensation est réalisée exclusivement à la PUI à partir d'une planification/services.

Le parc informatique, notamment portable, permet d'assurer la consultation de la documentation et la validation de l'administration en temps réel.

La gestion des déchets pharmaceutiques est organisée.

Pour communiquer sur le processus, des réunions institutionnelles sont organisées pour les professionnels.

Cependant les règles d'administration des médicaments ne sont pas définies sur la totalité du périmètre. Il n'y a pas de protocole institutionnel pour l'administration des formes sèches, les formes multi doses, les médicaments écrasables et les médicaments par voie injectable. En l'absence de règles définies, l'organisation des pratiques IDE diffère selon les services, notamment pour les administrations per os des médicaments écrasables et les perfusions, la préparation des piluliers patients, et ne garantissent pas le respect des bonnes pratiques. Ce dysfonctionnement et ce risque n'avaient pas été identifiés par l'établissement qui a reconnu ce risque lors de la visite. L'établissement a été réactif et, au vu des constats énoncés par les experts visiteurs, la pharmacienne a rédigé un document « Règles de bonnes pratiques pour la préparation des doses de médicaments en unités de soins ». Il comprend l'administration des formes sèches, les formes multi doses, les ampoules buvables, les médicaments par sonde entérale et les médicaments par voie injectable. Il n'aborde pas la technique et la conduite à tenir pour l'administration per os des médicaments écrasables. C'est un « document projet » qui sera finalisé avec les professionnels concernés (IDE et cadres de santé), puis validé en instances avant diffusion.

Par ailleurs, les modalités assurant la sécurisation du stockage des médicaments en HAD ne sont pas formalisées. Il n'y a pas de protocole institutionnel sur le rangement des médicaments au domicile du patient. Lors de la visite terrain :

- au domicile du patient, les médicaments comprimés sont dans des piluliers journaliers, les autres médicaments en dotation semaine pour le traitement, et qui ne rentrent pas dans les piluliers, sont mis dans les différentes caisses pharmacie du patient soit avec la nutrition parentérale, soit avec les dispositifs médicaux, et plusieurs boîtes de médicaments sont ouvertes.

- à l'HAD, les médicaments stupéfiants ne sont pas sécurisés et suivent la même organisation que les autres médicaments : les stupéfiants ne sont pas identifiés à risque et ils sont en libre accès, par exemple sans contenant ni dispositif fermé à clé. Cette pratique est reconnue comme générale pour tous les patients de l'HAD. Cela peut entraîner des risques d'erreur dans la préparation, et pour les stupéfiants une utilisation non conforme, voir une erreur de posologie ou une prise par un tiers.

Ces dysfonctionnements et ces risques n'avaient pas été identifiés par l'établissement.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Une pharmacienne et les cadres de santé sont chargées du déploiement opérationnel de la prise en charge médicamenteuse. Les cadres de santé et les IDE référentes sensibilisent les IDE et les professionnels sur les risques identifiés sur le processus. Elles s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux procédures de la pharmacie lors des différentes évaluations. Les procédures, nouvelles ou réactualisées, ont été présentées aux professionnels. La sensibilisation des professionnels est réalisée par une pharmacienne, dans les services de soins, lors des formations sur l'erreur médicamenteuse et aussi lors de la semaine sécurité (chambre des erreurs). La promotion de la déclaration des événements indésirables a été déployée dans tout l'établissement. Les CREX-MED institutionnels, avec participation des professionnels, ainsi que les différentes EPP (prescription chez le sujet âgé, antibiothérapie), permettent d'analyser les pratiques puis d'identifier les actions d'amélioration. Le suivi se fait avec l'appui du président de CME et du service qualité.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les trois pharmaciens assurent le fonctionnement de la pharmacie, un pharmacien est arrivé fin octobre 2018 et une pharmacienne est arrivée en décembre 2018. La pharmacienne arrivée en décembre est nommée responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Des IDE sont nommés référents dans les services de soins. Une charte de bonnes pratiques médicamenteuse est signée par chaque médecin et permet de recueillir la liste des prescripteurs habilités. Les 4 préparatrices réalisent la préparation des médicaments et des DMS.

Des sensibilisations/formations ont été réalisées sur la PEC médicamenteuse et sur la iatrogénie

médicamenteuse en 2018 par la pharmacienne. Les nouveaux arrivants IDE sont tutorés par leurs pairs. Tous les protocoles, partiellement actualisés, sont disponibles dans le logiciel spécifique de gestion documentaire sur les PC et accessibles avec un mot de passe nominatif par professionnel. Dans chaque service, on retrouve un classeur comprenant les documents indispensables en cas de besoin. Des procédures spécifiques, actualisées, pour la reconstitution des produits cytostatiques sont disponibles. Le livret thérapeutique est accessible par tous les professionnels.

Les locaux de la pharmacie sont fermés et sécurisés en dehors des heures d'ouverture. Ils ne sont accessibles qu'aux personnes habilitées. Les locaux permettent d'assurer la réception, les préparations, le stockage et le départ des médicaments et des DMS. L'unité de reconstitution des chimiothérapies, intégrée dans la PUI, répond aux recommandations de bonnes pratiques architecturales avec notamment vérificateur de pression et marche en avant (zone à accès limitée, SAS d'habillage, zone de préparation et zone de reconstitution stérile avec 2 enceintes). L'entretien de la pharmacie est assuré régulièrement.

Les médicaments sont transportés dans des chariots et des caisses sécurisés y compris en HAD. Le transport est assuré par les soignants des services. Les stupéfiants et les médicaments thermosensibles sont traités spécifiquement par les pharmaciens et/ou les préparatrices en lien direct avec les IDE.

Le matériel mis à disposition des professionnels est compatible avec leurs activités (locaux, chariots, réfrigérateurs, coffres-forts pour stupéfiants, chariots d'urgence, mais aussi matériel informatique) et conformes aux exigences réglementaires. Les salles de soins sont équipées d'une armoire de stockage des médicaments fermée à clé. Les chariots de distribution/administration des médicaments sont opérationnels. Les réfrigérateurs des unités permettent le stockage des médicaments thermosensibles avec thermomètres pour la surveillance de la température et ceux de la pharmacie sont placés sous alarme avec enregistrement et signal sonore.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement a formalisé les règles relatives aux prescriptions. Ces dernières sont complètement informatisées. Les prescriptions médicamenteuses sont réalisées par les médecins habilités après examen du patient. En HAD, le médecin saisit, dans le DPI, le traitement prescrit par le médecin traitant.

Lors de l'admission, le médecin prend en compte le traitement habituel du patient et réalise une prescription sur le DPI, en choisissant préférentiellement les médicaments inscrits au livret thérapeutique. Si un traitement personnel est maintenu, hors livret, il est prescrit dans le DPI.

Tous les traitements personnels apportés sont enlevés et entreposés dans un tiroir de l'armoire à médicaments des services. Ils sont restitués à la sortie.

Les règles de prescription sont mises en œuvre et sont conformes aux attendus.

Les pharmaciens réalisent une analyse de niveau 1, une validation pharmaceutique pour les prescriptions nominatives, et partielle pour les autres prescriptions. La dispensation est nominative pour les molécules suivantes : stupéfiants, médicaments dérivés du sang et antibiotiques. Pour l'HAD, une préparatrice prépare tous les médicaments en dispensation nominative hebdomadaire. Des avis éventuels peuvent être tracés ou donnés par téléphone au prescripteur. L'analyse tient compte des données biologiques.

Les préparatrices assurent la préparation des commandes hebdomadaires de la dotation globale à partir du document « dotation de service » remplie par les IDE.

Sur ce document de service, les médicaments à risque et thermosensibles sont identifiés par une couleur spécifique, de même que les antibiotiques à ordonnance nominative. Pour les dispositifs médicaux, la commande est en délivrance globale sur la base d'une commande IDE, à partir aussi d'une dotation de service. Tous les approvisionnements sont assurés à jour fixe en fonction d'un planning de service hebdomadaire.

Les IDE de nuit constituent les piluliers, à partir de la prescription informatisée à l'aide de la dotation globale présente dans les armoires de pharmacie du service. Si une modification du traitement intervient, les IDE de jour font la mise à jour. Les piluliers sont identifiés avec une étiquette patient.

Le transport est assuré, en chariot et caisses sécurisés, par les professionnels des services.

La délivrance en urgence est opérationnelle. Après prescription médicale, un soignant vient chercher le traitement urgent à la pharmacie, préparé dans un sachet nominatif patient. Le lieu centralisé de l'armoire pour besoins urgents, dans le service des urgences, est connu des IDE. Les motifs de recours à ce stock sont tracés.

L'acheminement répond aux exigences d'hygiène et de la chaîne du froid (pochette isotherme).

Les pharmaciens et les préparatrices participent au contrôle de gestion de stocks dans les services. Le stockage des médicaments respecte les procédures définies. Les médicaments à risque sont identifiables tant à la pharmacie que dans les services de soins.

Les médicaments thermosensibles sont conservés dans les réfrigérateurs. Les surveillances de la température sont tracées sur une feuille spécifique dans chaque service.

Pour les chimiothérapies, un pharmacien et une préparatrice assurent la préparation à partir d'une prescription médicale nominative dans un logiciel spécifique.

Les observations de terrain confirment le respect des règles de rangement (médicaments identifiables, non déblistérés, identification des médicaments à risque par un logo spécifique).

Dès l'admission, le patient communique son traitement médicamenteux en cours. Une plaquette d'information « le bon usage du médicament à l'hôpital » est remise au patient.

Au moment de l'administration, l'IDE vérifie l'identité du patient (déclinaison et port du bracelet), la conformité entre la prescription et le contenu des piluliers à partir du DPI. En cas de doute ou de défaut,

elle prévient la pharmacie. Elle a le livret thérapeutique à disposition si besoin.  
La traçabilité de l'administration se fait en temps réel. L'administration est enregistrée sur le plan d'administration ligne à ligne avec une connexion nominative sécurisée par IDE.

Pour les médicaments à écraser, les IDE disposent de matériel différent selon les services : un mortier avec un pilon, un broyeur avec conteneur en plastique, une machine "écrase médicament avec sachet".

Cependant les pratiques de préparation ne sont pas maîtrisées sur l'ensemble du périmètre notamment pour les médicaments écrasables. Le matériel utilisé en SSR (broyeur mortier avec conteneur plastique) et en chirurgie (mortier/pilon) ne permet pas d'assurer dans les bonnes conditions la prise en charge médicamenteuse : le matériel n'est pas nettoyé entre chaque patient. De plus, la totalité de la dose n'est pas administrée, il y a toujours une petite quantité de poudre qui reste dans le mortier et qui est jetée ensuite. Enfin pour ces 2 services et en SSR, les médicaments sont systématiquement écrasés tous ensemble. Il n'y a pas de protocole institutionnel sur la technique de broyage en fonction du matériel utilisé. Le risque d'incompatibilités physico-chimiques, entre les médicaments écrasés ensemble ou les uns après les autres sans nettoyage, n'est pas pris en considération. L'établissement n'a pas identifié ce risque et en a pris acte lors de la visite.

Les médicaments multi doses (gouttes, sirop, stylos insulines) sont identifiés par une étiquette nominative patient.

Toutefois les bonnes pratiques d'administration des médicaments ne sont pas totalement mises en œuvre :

- En SSR et en médecine, la date de péremption des gouttes et leurs aspects ne sont pas vérifiés. Une date d'ouverture est notée mais les IDE présentes ne connaissent pas les délais de conservation après ouverture (pratique institutionnelle : un mois) et ne savent pas où trouver l'information. Il a pu être constaté deux flacons périmés et un flacon présent, pour un patient sorti. Pour le patient, le produit risque d'être moins efficace, son dépassement peut aussi représenter un risque de toxicité ou d'infection. Le dysfonctionnement n'était pas identifié et a été acté par l'établissement, qui a diffusé les règles et délais de conservation institutionnels des produits ouverts suite à ce constat.

- L'exhaustivité de la traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier patient n'est pas toujours assurée. Les bonnes pratiques de traçabilité ne sont pas appliquées pour la pose et la surveillance des perfusions en médecine, en chirurgie et en SSR. L'établissement a mis en place une check-list de traçabilité. Cette dernière n'est pas complétée par les IDE en SSR, en médecine et en chirurgie pour la pose des perfusions. Il n'y a pas de protocole sur les perfusions et il a été observé une absence de traçabilité de la surveillance des perfusions, pour les patients perfusés, sur tous les dossiers présentés en médecine, SSR et partiellement en chirurgie.

En cas de non administration d'un traitement, cette dernière est tracée et parfois le motif noté. La surveillance du patient peut être tracée dans le DPI.

La préparation des médicaments injectables respecte les bonnes pratiques d'identification. Cette préparation est extemporanée. Une double vérification est réalisée pour les médicaments à risque avec calcul de dilution.

L'ensemble des actes d'administration sont généralement tracés dans le DPI.

- En HAD, la traçabilité de l'administration n'est pas réalisée sur un support unique et il n'y a pas de traçabilité de l'administration par médicaments : l'IDE met une croix, chaque jour, en face de la ligne notée « prise médicaments » sur le diagramme des soins techniques ; il n'apparaît pas la dose administrée et l'heure d'administration. Ces dysfonctionnements entraînent un risque médico-légal dû à l'absence de traçabilité. Ce risque n'a pas été identifié par l'établissement et il le reconnaît.

L'HAD a recherché une solution au cours de la visite, et une nouvelle pratique est en cours de développement. Une « feuille de traitement médical » hebdomadaire extraite du DPI a été mise au domicile du patient, pour permettre de répondre aux bonnes pratiques.

Les patients reçoivent oralement l'information nécessaire sur leurs traitements médicamenteux.

En cas de transfert, un dossier est constitué et le plan d'administration est transmis.

A la sortie, l'ordonnance de sortie est remise au patient et /ou à ses proches.

En cas de problème, une déclaration d'EI est remplie et donne suite, en fonction de sa hiérarchisation, à une analyse en CREX-MED.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le processus de la prise en charge médicamenteuse au sein de l'établissement fait l'objet d'un suivi par la CME/COMEDIMS et à partir du PAQSS, des EI, du compte qualité et du CBUM/CAQES.

L'établissement recueille les indicateurs nationaux et les indicateurs hôpital numérique.

Le processus de management de la prise en charge médicamenteuse a été évalué sur l'ensemble du processus par interdiag en 2019. Un audit a été réalisé sur le traitement personnel en 2019.

Par ailleurs, il existe une EPP sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.  
L'établissement utilise les CREX-MED pour analyser les erreurs médicamenteuses et définir des plans d'actions.  
Tous les résultats sont présentés et débattus dans les instances concernées et alimentent les actions d'amélioration inscrites au PAQSS de l'établissement.

## **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 PAQSS. Des actions ont été réalisées suite aux risques identifiés du CQ, comme la réorganisation du rangement des armoires à pharmacie des services.

Des réunions d'informations sur le médicament ont été effectuées par la pharmacienne pour rappeler les bonnes pratiques.

La communication des résultats et des actions d'amélioration est réalisée, en interne comme en externe, auprès des professionnels : en réunion de service, en CME, puis via la lettre d'information interne et lors des transmissions soignantes ainsi que par l'affichage des indicateurs pour les usagers et les professionnels.

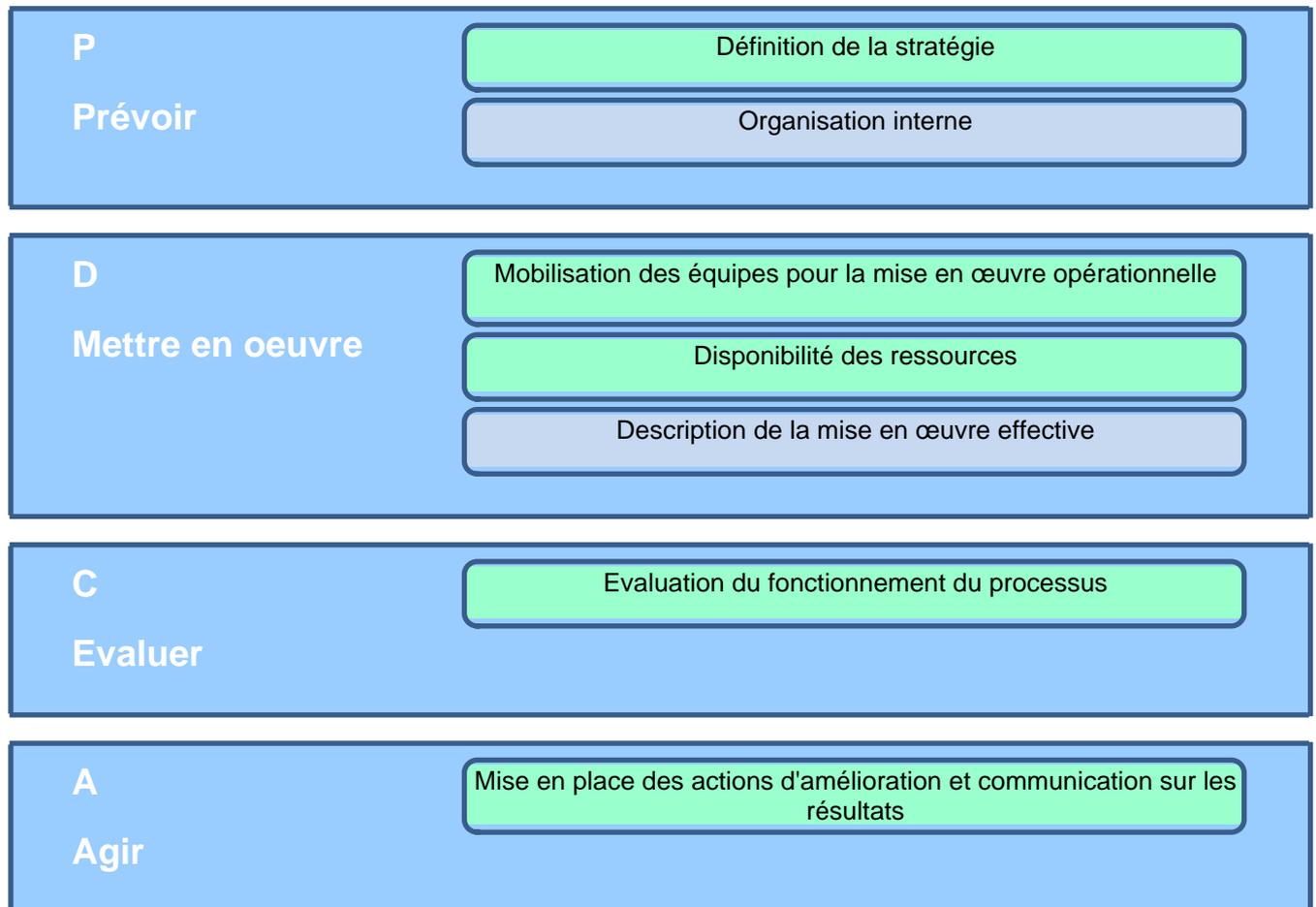
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 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



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le service des urgences-SMUR de l'établissement est autorisé par l'ARS pour l'accueil et la prise en charge 24 heures sur 24 des patients sur le site de Saint Jean de Maurienne, par le SMUR routier de Saint Jean de Maurienne et de Modane, ainsi que les secours hélicoptérés de Modane.

L'analyse des risques et l'identification des besoins est réalisée pour toutes les étapes de la prise en charge des patients en journée, la nuit, le week-end, et tout particulièrement au cours des pics de fréquentation (renfort en personnel durant les trois mois d'hiver).

Les différents plans d'exception sont prévus (Blanc, NRBC, EBOLA...) et l'ensemble des filières de prise en charge est pensée, en externe dans le cadre du réseau Nord Alpin des Urgences (RENAU) et du GHT Savoie Belley (projet médical de territoire 2017-2021), comme en interne avec la mise en place d'une filière rapide pour les urgences chirurgicales.

Les risques sont définis selon la méthode de cartographie à priori et à posteriori (analyses post-saison, analyse des FEI) et sont hiérarchisés.

Les plans d'action apparaissent dans le PAQSS de l'établissement, en lien avec le Compte Qualité.

Il existe un règlement intérieur du service d'accueil des Urgences ; un projet de pôle est en cours d'élaboration.

#### ORGANISATION INTERNE

Le processus de prise en charge des urgences et des soins non programmés bénéficie d'une organisation définie. Il existe une commission des admissions non programmées qui se réunit 2 fois par an (avec règlement intérieur et comptes rendus de séances). La politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés est assurée par le chef de service, le chef de pôle Urgences et plateaux techniques, et le cadre de santé urgences-anesthésie.

L'organisation des ressources humaines (en nombre et en compétence) est adaptée aux besoins variables liés à l'hyperactivité hivernale, et à un degré moindre, estivale : présence l'hiver d'une IAO et d'un médecin en renfort de 15h00 à 22h00 avec un rôle de coordination et de tri en amont ; de plus une infirmière "bed manager" officie durant la même période pour optimiser les flux de sortie des patients. Il n'est pas fait appel à l'intérim mais au renforcement en interne. Les fiches de poste existent et le plan de formation tend à former l'ensemble des IDE à l'orientation et à l'accueil.

Les différentes procédures existent (prise en charge par filière ou population) et sont accessibles par tous et intégrées au dispositif de gestion documentaire. Il existe une organisation qui permet la connaissance des lits disponibles en temps réel.

L'agencement des locaux permet une attente avec extension possible des capacités, une circulation des deux filières couché et debout, et une prise en charge (nombre de boxes) adaptée aux besoins. La sécurité des patients et des personnels est assurée (intégrée au plan Sécurité de l'établissement).

Il existe un dispositif d'entretien et de maintenance des matériels et équipements (technicien biomédical sur place en lien avec un ingénieur sur le CH d'Albertville).

L'ensemble des interfaces est assuré concernant le circuit du patient (médical ou chirurgical) ; il existe une présence psychiatrique (IDE de liaison et médecin du lundi au vendredi). Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé en interne (équipe de liaison psychiatrique sur place en semaine) et en externe grâce au Réseau Nord Alpin des Urgences (RENAU) : trauma système avec gradation de la prise en charge selon la gravité de l'atteinte, filière AVC, cardiologique interventionnelle, pédiatrie...

Le recours aux structures externes (réseau RENAU, laboratoire) ou internes (imagerie, bloc opératoire, services d'hospitalisation) est organisé et formalisé.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Les équipes sont impliquées dans l'amélioration et la gestion des risques au sein des urgences : participation à des formations, congrès (communication sur des thématiques de prise en charge, recherche clinique) ; elles sont particulièrement concernées durant la période hivernale (augmentation de leur présence), permettant d'éviter le recours à l'intérim. Elles participent aux déclarations et gestions des EI ainsi qu'aux démarches d'évaluation et aux plans d'action.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs sont disponibles en fonction des besoins. La permanence et la continuité des soins est assurée 24 heures sur 24 ; Il n'existe pas de glissement de tâche.

Concernant les locaux, il existe un espace d'accueil central permettant d'orienter les patients selon leur filière (couché ou debout). Un espace d'attente réservé aux patients couchés permet d'assurer le respect

de l'intimité des patients. Le nombre de salles d'examen est adapté aux besoins. Il existe une salle d'examen réservée à la pédiatrie (décoration, jouets), ainsi qu'une salle d'accueil des urgences vitales avec deux postes et le matériel nécessaire à la réanimation médicale. Le service dispose d'une UHCD de deux chambres, dont la capacité peut être doublée en situation tendue.

Un espace est prévu pour la prise en charge de blessés ou patients en grand nombre, et une cellule de décontamination est opérationnelle.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents circuits sont effectifs concernant les patients, le matériel et la gestion du linge et des déchets, avec maîtrise du risque infectieux.

Les règles de sécurité sont appliquées au quotidien.

La permanence médicale et paramédicale des soins est assurée 24 heures sur 24, y compris en cas de sortie SMUR.

Les interfaces entre le service des urgences/SMUR et les autres secteurs cliniques (filiale rapide pour le bloc opératoire et la chirurgie) sont opérationnels, ainsi qu'avec les services médico-techniques (laboratoire externalisé). La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel avec un renforcement du dispositif en période hivernale.

La communication entre professionnels est favorisée et il existe des mesures de prévention des risques professionnels (sécurité).

La prise en charge du patient, de son accueil à sa sortie, respecte l'ensemble des principes attendus (confort, intimité, identification, évaluation de la douleur, surveillance, transmission des données...). Le service dispose de multiples documents d'information, y compris de documents d'accueil traduits en plusieurs langues qui sont remis aux patients étrangers.

Les professionnels participent activement à la gestion des EI, des RMM et autres CREX.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation globale du processus est réalisée à partir du relevé régulier d'indicateurs (délais de prise en charge), du nombre de fiches de signalement d'EI (agression, identitovigilance). Des audits sont réalisées en continu sur la prise en charge de la douleur en salle d'attente et sur le port du bracelet d'identification. Deux EPP sont en cours sur la tenue du dossier (étape 3) et sur la qualité de la préparation opératoire en cas de filière rapide (étape 4).

### A / AGIR

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

Après chaque saison hivernale, l'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés afin de déterminer des mesures complémentaires : des actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre. A titre d'exemple, on peut citer l'évolution du médecin supplémentaire en médecin coordinateur avec tri médical en amont, la création d'un bureau de confidentialité, des ateliers de formation en urgence vitale pédiatrique, le système d'alerte permettant d'augmenter par anticipation la capacité des lits d'UHCD (seulement 2 à l'état de base).

L'ensemble des résultats des indicateurs est diffusé en interne ainsi qu'à la CDU.



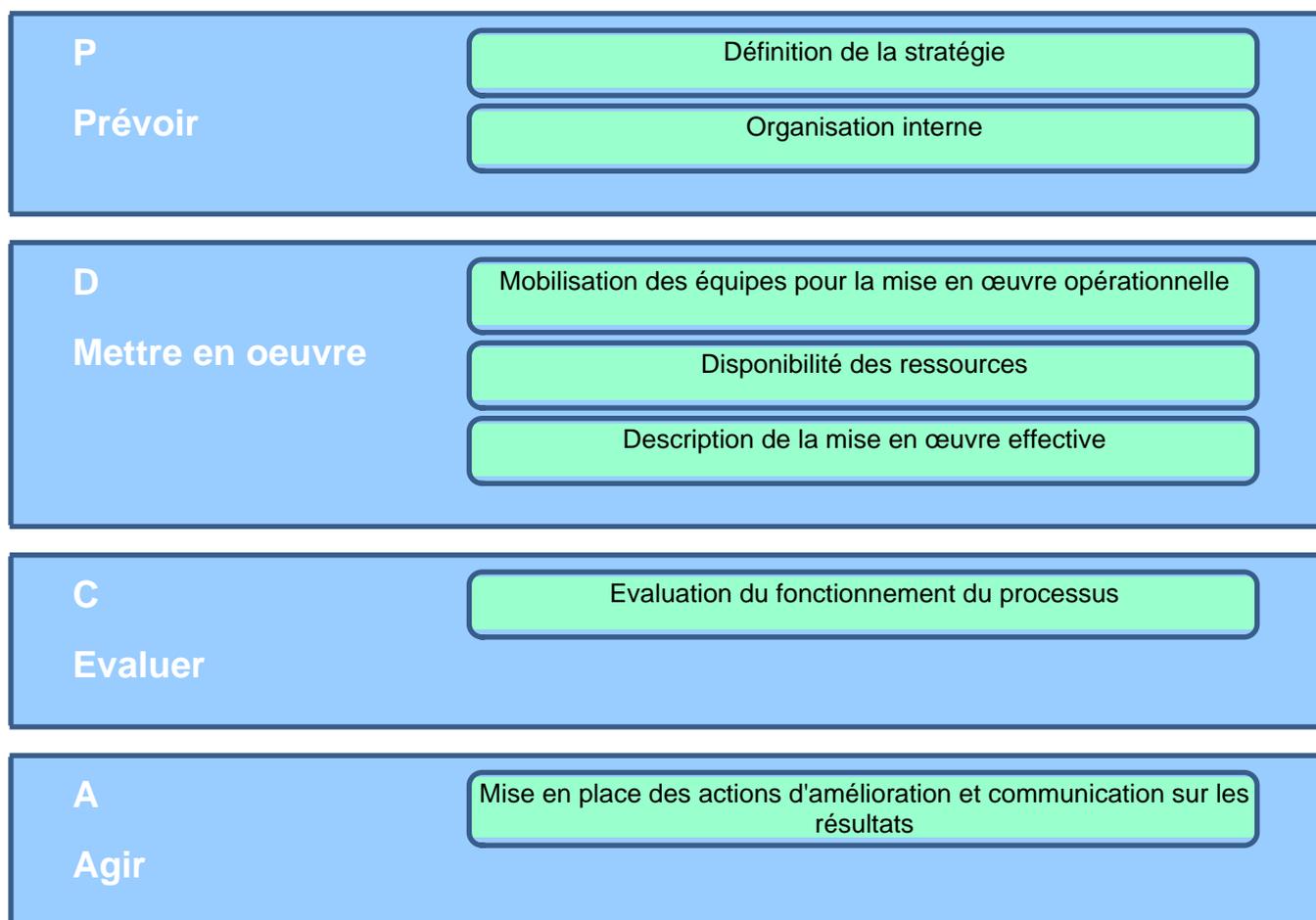
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité commune au niveau du bloc/SSPI et du secteur de chirurgie ambulatoire. Elle s'intègre au projet médical de territoire 2017-2021 du GHT Savoie Belley. Le bloc opératoire du CH de Saint Jean de Maurienne prend en charge des patients provenant du service de chirurgie, du secteur ambulatoire ainsi que des urgences. Les besoins sont identifiés au regard de la demande de la population de la vallée, et répondent à une saisonnalité particulièrement marquée pendant les mois d'hiver, et directement corrélée à l'augmentation d'activité du secteur des urgences (traumatologie). L'analyse des risques est réalisée à partir d'une cartographie avec la participation des professionnels concernés (bloc, secteur ambulatoire et SSPI) à partir de réunions, des séances du conseil de bloc, des conclusions de la précédente visite de certification, du suivi des indicateurs et des analyses de FEI. Les risques sont hiérarchisés et permettent de définir des priorités d'amélioration avec des actions que l'on retrouve dans le Compte Qualité, en lien avec le PAQSS de l'établissement.

#### ORGANISATION INTERNE

Le rôle et les responsabilités des professionnels impliqués dans le management de la qualité et des risques au bloc opératoire (BO) et en UCA sont identifiés, ils sont membres du conseil de bloc qui se réunit 4 à 6 fois par an. La présidente est la cadre du bloc opératoire. Elle assure également la régulation des activités du bloc opératoire, en coopération avec les cadres de l'UCA en chirurgie et des urgences pour la filière traumatologique. Le coordinateur médical est désigné : il s'agit du médecin anesthésiste titulaire et du chirurgien orthopédique. La charte de bloc existe (mai 2019), elle est commune au bloc/SSPI et à l'unité de CA et est validée par le conseil de bloc. L'équipe d'anesthésie est composée d'un MAR titulaire et de MAR remplaçants réguliers et fidélisés permettant d'assurer la permanence médicale au bloc/SSPI, en consultation et en maternité, y compris en cas de césarienne en urgence. 2 IADES sont présentes en journée (3 l'hiver), la SSPI est assurée par une IDE formée, remplacée par une IADE ou une IBODE en cas d'absence. Le bloc fonctionne avec 8 ETP IDE (dont deux IBODE). L'activité chirurgicale est assurée par des praticiens de l'hôpital compétents en orthopédie, viscéral, gynécologie et des chirurgiens extérieurs en vasculaire, urologie, stomatologie et ophtalmologie. L'UCA est assurée par du personnel dédié et formé avec remplacement en interne en cas d'absence. Les processus de management sont assurés: permanence des soins, continuité des soins (y compris en dehors des horaires de l'ouverture de l'UCA), planification et programmation par un logiciel. Les procédures sont formalisées et intégrées au dispositif de gestion documentaire. Elles sont connues des personnels. Les documents d'information des patients existent et sont remis en temps utiles (livret ambulatoire lors de la consultation d'anesthésie). Le bloc dispose de trois salles dont deux sont utilisées simultanément (les trois parfois durant l'hiver), d'une SSPI de 4 postes plus un poste dit de "pré-induction". Le bio-nettoyage est assuré en interne par une ASH formée spécifiquement, et la gestion de la qualité de l'air et de l'eau est prévue en lien avec l'EOH. Il existe une commission de surveillance des gaz médicaux (réunion en décembre 2018). L'UCA est composée de 4 places sur 3 chambres doubles dédiées, ce qui porte à 9 le nombre de postes, facilitant la rotation des patients. Un dispositif d'entretien et de maintenance préventive/curative des équipements est prévu (technicien biomédical sur place en lien avec un ingénieur biomédical sur Albertville dans le cadre du GHT). L'organisation du système d'information permet l'échange d'informations nécessaires à la prise en charge de la patiente, et l'accès en temps réel au bloc, en SSPI et en UCA. L'ensemble des interfaces entre le bloc et les services cliniques (UCA, urgences) et médicotechniques est organisé : brancardage, stérilisation interne, élimination des déchets, laboratoires externalisés, biomédical.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Les cadres du bloc, de l'anesthésie et de l'UCA communiquent auprès des équipes sur la politique d'amélioration des risques et de la qualité de façon informelle, au vu de la taille de l'établissement, au sein du conseil de bloc (présence d'une IBODE, une IADE et l'IDE de SSPI), et en réunions de service avec présence des référents qualité (2 IBODE et 1 IADE). L'information du personnel se fait également par affichage et diffusion de la publication interne "coco". Les équipiers participent aux démarches EPP, audit interne et autres analyses de FEI. Elles ont accès aux

résultats des indicateurs de leurs secteurs d'activité respectifs.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels en poste sont formés et répondent aux spécificités des populations prises en charge. La continuité de la prise en charge est assurée de jour, de nuit et les jours fériés : 1 MAR, 1 IADE, 2 IBODE, 1 chirurgien orthopédiste et 1 chirurgien d'astreinte. Il est très peu fait appel à l'intérim, privilégiant l'apport de renfort habitué à l'établissement, y compris au cours de la période hivernale d'hyperactivité.

Les procédures et autres documents utiles (DPI) sont disponibles en salles, en SSPI et en UCA au format informatique et sous forme de classeurs mis à jour. Le programme opératoire (logiciel) est accessible et lisible (écran) aux professionnels, en respectant la confidentialité des données.

Malgré l'exiguïté des locaux (vestiaires, zone de transfert, lieux de stockage et circuits de circulation), le principe de la marche en avant est respecté et le circuit patient est privilégié ; des améliorations ont été apportées depuis la précédente visite de certification : achats de chariots spécifiques pour l'ophtalmologie, isolation des instruments souillés dans des bacs fermés en fin d'intervention. Un projet de restructuration de l'ensemble bloc/SSPI est à l'étude afin de répondre aux exigences et à l'augmentation significative de l'activité en période hivernale. Il existe un chariot spécifique pour la prise en charge pédiatrique occasionnelle (au delà de trois ans) ; du matériel de réanimation (ainsi qu'un défibrillateur) en cas d'urgence vitale est disponible au bloc et en SSPI.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La validation du programme opératoire par un staff tripartite est effective et les compétences et effectifs du personnel médical et paramédical présents au bloc et en SSPI sont en adéquation avec le planning défini. La permanence de soins est assurée et tracée (planning de présence des MAR et d'astreintes des personnels). La maîtrise du risque infectieux est assurée (circuits, suppression dans les salles maintenue et contrôlée, nettoyage, risque ATNC...). Les contrôles de l'air, des gaz médicaux, de l'eau et des surfaces sont réalisés et tracés.

La prévention du risque professionnel est effective (radioprotection et formation à jour, AES).

La prise en charge du patient au BO, y compris en UCA est assurée : information et consentement sont tracés dans le dossier, l'appel de la veille, l'accueil au fil de l'eau en UCA, la vérification de l'identité aux différentes étapes de prise en charge... La visite pré-anesthésique est tracée dans le dossier patient, ainsi que la fiche de liaison chirurgie-BO. La checklist "sécurité du patient au BO" est mise en œuvre et tracée dans le dossier du patient. Les prises en charge anesthésique et chirurgicale peropératoires sont tracées. Les prescriptions postopératoires sont mises en œuvre et tracées. La prise en charge en SSPI est conforme et tracée. La sortie de SSPI est validée par le MAR et tracée. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises. Les DMI sont tracés dans le dossier. La sortie de l'UCA est validée par le médecin opérateur après vérification de l'aptitude au retour au domicile. Les consignes à suivre (numéro d'appel) sont données au patient et consignées par écrit, ainsi que l'ensemble des documents nécessaires au suivi de sa prise en charge. L'appel du lendemain est réalisé et tracé.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

En lien avec la coordination de la gestion des risques, un bilan annuel de l'analyse des FEI par secteur (anesthésie, bloc/stérilisation) est effectué. Un audit interne au BO a eu lieu en 2018 ; Un Benchmark régional sur le circuit du patient est en cours (phase 2) et concerne le BO mais également l'UCA. Une EPP sur la traçabilité des DMI est effectuée chaque année. Les pratiques transfusionnelles sont évaluées tous les 15 jours (gestion du dépôt de sang par les IADES). Un suivi de l'assiduité des personnels au conseil de bloc avec sensibilisation est effectif. Un questionnaire de satisfaction est remis au patient en UCA au moment de sa sortie.

## A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont eu lieu : changement de présentation des drogues de l'urgence en salle (adrénaline, atropine, éphédrine) pour des seringues préremplies après une FEI type "échappée belle", surveillance quotidienne par salle opératoire des paramètres de l'air (pression, température, hygrométrie) dans la prévention du risque infectieux, acquisition de chariots de transfert adaptés pour la chirurgie ophtalmologique. D'autres sont en cours ou en projet comme l'équipement de bacs fermés pour la séquestration et l'évacuation des instruments souillés et des DASRI en fin d'intervention, en attendant la restructuration générale du plateau technique du BO/SSPI.

Les résultats des indicateurs et des évaluations sont diffusés à l'ensemble des personnels concernés (réunions, conseil de bloc, journal interne...).



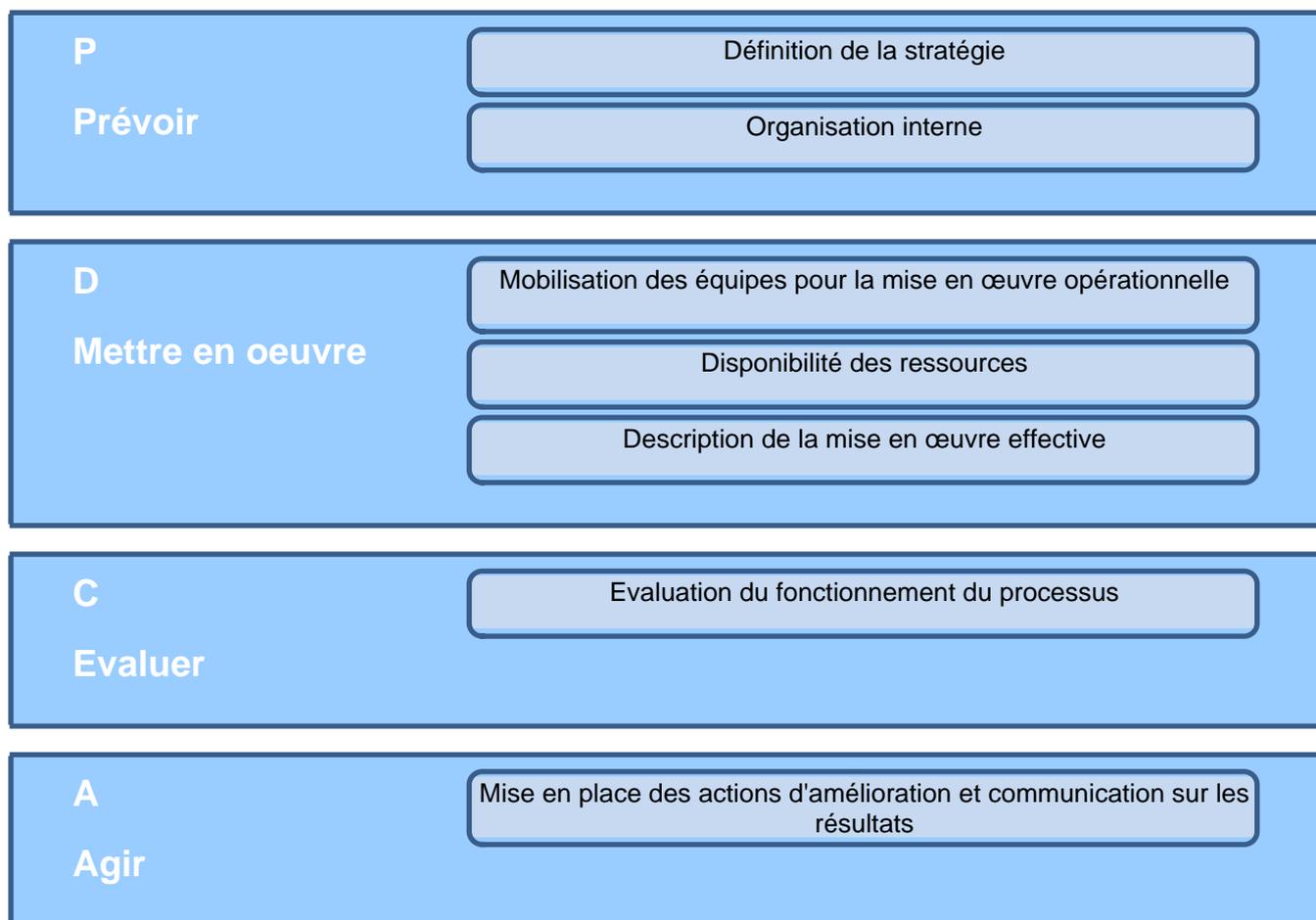
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

## 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 Saint Jean de Maurienne fait partie du GHT Savoie Belley comportant 8 établissements. L'établissement support du GHT est le centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS : Chambéry/Aix les Bains). La maternité dite "de proximité" dispose d'une autorisation de niveau 1. Le service de gynécologie obstétrique est composé de 14 lits. Il a réalisé 254 accouchements en 2018.

La stratégie de développement du secteur de naissance est déclinée dans le projet médical de territoire 2017 – 2021. Les Orientations stratégiques sont sur 4 axes :

- Maintenir une offre médicale suffisante sur le territoire pour la PEC en obstétrique et en pédiatrie compte tenu du contexte géographique et de l'activité touristique
- Structurer la filière de prise en charge des femmes enceintes, des nouveau-nés et des enfants en coordonnant les liens entre les établissements du territoire
- Développer l'information et la communication entre les établissements de références et les autres établissements du GHT
- Développer un SIH convergent pour permettre le partage des données médicales et assurer la PEC des patients dans le cadre d'une filière de soins graduée.

La démarche qualité, dans ce secteur, est intégrée au volet « amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » du projet de territoire et du projet de service formalisé dans un règlement intérieur du bloc obstétrical. Elle traduit l'engagement des professionnels à améliorer en continu les soins, en réponse aux besoins et aux attentes des femmes et des couples.

De plus l'intégration à la démarche management qualité et des risques via la permanence des soins est une priorité annoncée par l'ARS pour la prise en charge des femmes enceintes et l'accouchement par les maternités de vallées. Outre les exigences réglementaires applicable à l'activité de soins d'obstétrique, la démarche qualité et sécurité des soins prend en compte : l'organisation du parcours parturiente selon le niveau de risque fœto-maternel, le contexte local, les indicateurs nationaux, les événements indésirables, les recommandations du réseau périnatal des 2 Savoie auquel l'établissement adhère (RP2S).

Les risques sont identifiés dans une cartographie des risques a priori et a posteriori (2018) couvrant l'ensemble de la période pré, per et postpartum de la mère et de l'enfant. Ils sont hiérarchisés sur la base d'une échelle de gravité, fréquence et maîtrise. La cartographie est revue annuellement par un groupe de travail pluri professionnel.

Deux risques principaux, à surveiller, ont été identifiés pour alimenter le compte qualité : risque d'hémorragie de la délivrance et risque de souffrance fœtale. Le niveau de risque pris en compte est en cohérence avec l'autorisation de maternité de niveau 1.

Il y a des objectifs et des actions d'amélioration identifiés. Pour chacune des actions, on retrouve un pilote, des échéanciers et des modalités de suivi.

Le plan d'actions du Compte Qualité vient s'articuler dans le programme d'amélioration de la qualité (PAQSS) global.

Le plan d'actions, validé par le comité de pilotage et la CME, fait l'objet d'un suivi. Il est utilisé comme outil de pilotage par les pilotes du processus.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus est assuré conjointement par le médecin gynéco-obstétricien chef de service et la cadre sage-femme, tous deux responsables du secteur de naissance. Les rôles et responsabilités sont identifiés et précisés dans des fiches de missions.

Les modalités de mise en œuvre sont déclinées dans le règlement intérieur du bloc obstétrical.

Les ressources humaines nécessaires à la continuité obstétricale, anesthésique, pédiatrique et chirurgicale sont prévues tant au niveau médical que paramédical. Chaque professionnel assure ses fonctions selon sa fiche de poste. Des plannings et des tableaux de services et d'astreintes mensuels existent, validés et diffusés dans l'ensemble des services.

Les ressources disponibles en cas de « surcharge » d'activé (plusieurs accouchements en même temps) sont identifiées et formalisés dans un protocole tant pour le médecin gynécologue que pour une sage femme avec venue anticipée de sa prise de garde.

En cas d'urgence, réanimation bébé ou césarienne en urgence, l'organisation est formalisée avec « appel du pédiatre » et « appel de l'anesthésiste ». De plus, il est prévu l'intervention d'un médecin urgentiste en renfort si besoin.

Une cellule de régulation des transferts, basée sur Lyon, assure l'organisation des transferts des nouveau-nés. Des conventions de coopération existent avec le CH d'Albertville de niveau 2 et le CH de Chambéry de niveau 3. Les parturientes nécessitant une embolisation sont transférées.

L'intégration des nouveaux arrivants est organisée.

Le plan de formation continu est élaboré pour le développement et le maintien des compétences des professionnels avec des formations à reconduction annuelle (analyse du rythme cardiaque néonatal,

réanimation néo-natale) ou spécifiques (soins de développement du nouveau-né, violence des usagers, PEC de la douleur). Au regard du nombre d'accouchement, le plan de formation est renforcé pour entretenir les compétences des personnes ressources de l'établissement : formation à la réanimation du nouveau-né planifiée pour plusieurs professionnels (Sage-femme, anesthésistes, IADE, médecins urgentistes), obligation de pratiquer trimestriellement une simulation de réanimation (SF, AP...). Des formations aux thérapies complémentaires comme l'hypnose sont réalisables.

Les ressources documentaires nécessaires aux professionnels sont élaborées sur la base des référentiels du réseau des 2 Savoie et révisées par une sage femme au moins une fois par an. La démarche qualité et sécurité des soins est documentée dans une charte de fonctionnement et un règlement intérieur du bloc obstétrical revu en 2019. Des protocoles sont formalisés en fonction des besoins notamment « césarienne urgente ou très urgente », « réanimation néonatale », « appel pédiatre », « appel anesthésiste », « l'hémorragie du post-partum (HPP) », « rôle de l'AP dans l'HPP », « accessibilité aux produits sanguins », « Peau à peau », « Présence du conjoint en salle de naissance et « identitovigilance notamment accouchement sous X ». Les différents parcours (grossesse physiologique, avis spécialisé...) et les différents types de prise en charge (prise en charge non programmée, prise en charge programmée, prise en charge du nouveau-né y compris dans les situations d'urgence et lors du décès) sont formalisés. Les documents présentés tiennent compte des recommandations et des règles de sécurité. Ils sont intégrés dans le système de gestion documentaire informatisée de l'établissement.

Le secteur de naissance se compose d'un vestiaire, d'une salle de pré travail, de 2 salles de naissance, d'une salle de réanimation néo-natale munie de deux tables de réanimation bébé, d'une pouponnière, de locaux d'entretien. Le secteur d'hébergement se compose de 14 lits d'hospitalisation (chambres doubles et individuelles), d'un office et de bureaux. Ce secteur d'hospitalisation est contigu au secteur de naissance.

Tous les matériels et dispositifs médicaux prévus sont à usage de la salle de travail dont du matériel de biologie délocalisé : lecteur lactate, gaz du sang, appareil à CRP/PH mètre/Hémoglobine et bilirubinomètre. Du matériel spécifique est prévu pour la prise en charge : 3 échographes, 2 incubateurs, 1 photothérapie, différents respirateurs (anesthésie, nouveau-né), 5 monitorings cardiotocographiques, 1 défibrillateur, 3 moniteurs de surveillance multi paramètres, pousse seringues et PCA.

Le bloc opératoire et la salle de surveillance post-interventionnelle sont contigus au secteur de naissance. Les césariennes programmées ou en urgence y sont assurées. Les salles de travail peuvent être utilisées en salle de césarienne en urgence extrême avec une boîte d'instruments spécifiques. Le contrôle préventif du parc de matériel est assuré par le service biomédical de l'établissement, en s'appuyant sur les contrats passés avec les fournisseurs. Le système d'information s'appuie sur le dossier informatisé institutionnel. Dans ce dossier, il est tracé : le recueil des données administratives, les prescriptions et la surveillance de la parturiente. Il permet également la création du dossier « bébé ». Il est accessible à tous les professionnels du secteur en fonction de leur droit d'accès. Différents formulaires se présentent sous format papier ainsi que des documents de surveillance du nouveau-né. Ces documents sont prévus dans le dossier patient au nom de la patiente et du bébé, en complément du dossier informatisé.

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge de la patiente est organisée avec les secteurs d'activité clinique notamment les consultations, le service médicotechniques et logistique. Ces interfaces suivent l'organisation institutionnelle, elles permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences. Les organisations sont formalisées dont celles en cas d'urgence obstétricale (utilisation du code rouge), en partenariat avec le bloc opératoire et les urgences.

La présence d'une sage-femme assurant l'activité en salle de naissance et en suite de couche, facilite les interfaces et les prises en charge dans les deux secteurs. La cadre sage-femme responsable du secteur de naissance est également responsable du secteur de médecine.

Par ailleurs, l'adhésion au réseau périnatal des 2 Savoie permet le partage de protocoles actualisés et la mise en place de RMM.

## **D / METTRE EN OEUVRE**

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

La cadre sage-femme organise la déclinaison opérationnelle du processus sur le terrain.

Le chef de service et la cadre sage-femme assurent le suivi du plan d'actions annuelles. Ils mobilisent et sensibilisent les équipes à la mise en œuvre en lien étroit avec la direction des soins et le service qualité. Une sage femme référent qualité, pour le service, assure aussi le relai pour la sensibilisation et la communication auprès des équipes.

La conformité des pratiques de soins est effectuée par la cadre sage-femme, aidée du service qualité. Les exercices de simulation de réanimation bébé permettent la mise en place de réajustement des pratiques.

Plusieurs audits sont exécutés par an en associant les professionnels comme auditeurs (peau à peau et respect des critères, césariennes programmées et respect des documents et informations obligatoires, respect des critères de remplissage du partogramme, respect du remplissage de la cible de sortie pour le nouveau-né). Le secteur est engagé dans plusieurs EPP, notamment l'HPP, et aux groupes de travail

initiés avec le réseau, avec RMM chaque trimestre.  
Les professionnels déclarent les événements indésirables à posteriori ou presque accidents. Puis ils sont analysés collectivement par la mise en place de REX (Retour d'expérience).  
Cette dynamique, animée par la cadre de santé, favorise l'implication des professionnels à la démarche qualité et sécurité des soins et à l'identification des actions correctives pour améliorer les pratiques.  
Les staffs médicaux propres au service et ceux en partenariats avec les professionnels de Chambéry (revues de dossiers) permettent de sécuriser la prise en charge des parturientes autour des décisions prises en commun et de leur suivi.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le management est assuré par une cadre de santé sage femme à mi-temps sur ce secteur. Sur son autre mi-temps, elle assure l'encadrement du secteur de médecine.

L'équipe pluridisciplinaire se compose de professionnels nécessaires à cette prise en charge et correspondant à la réglementation en nombre. Pour l'établissement au niveau des compétences médicales : 2 gynéco-obstétriciens, 2 anesthésistes titulaires et des remplaçants, 2 pédiatres et au niveau des compétences soignantes : 7 sages-femmes, 8 auxiliaires de puériculture, 2 agents. Les effectifs soignants permettent d'assurer la présence permanente d'une sage-femme (journée de travail sur 24 heures) et d'une auxiliaire de puériculture pour les deux secteurs (naissance et hospitalisation).

Les césariennes programmées sont intégrées au programme opératoire (2 plages opératoires / hebdomadaire). Un rajout est possible tous les jours en début de programme si besoin. La coordination avec les professionnels du bloc opératoire (IADE et IDE) tient compte de l'activité. Le service d'anesthésie-réanimation met à la disposition de la salle de naissance un médecin anesthésiste selon les nécessités.

L'organisation avec des astreintes 24 heures sur 24 permet de faire intervenir un obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre et le personnel prévu pour les prises en charge en urgence. Les équipes déclinent de façon opérationnelle les organisations définies pour répondre à toutes les prises en charge, notamment les urgences, concernant la parturiente et le nouveau-né. Si besoin de renfort, sont aussi sollicités les médecins urgentistes et le SMUR pédiatrique selon l'organigramme décisionnel élaboré.

Les tableaux de garde et d'astreinte sont affichés dans le secteur et correspondent au besoin pour assurer la prise en charge.

Une période de tutorat (double) sur une période adaptée est mise en place pour chaque nouveau professionnel. Une attention particulière est portée au maintien des compétences, par la réalisation de formations internes, à la réanimation du nouveau-né, analyse du rythme cardiaque, ou de formations dans le cadre du réseau. Des exercices de simulation pluri-professionnels (médecins gynécologue, anesthésistes, urgentistes, IADE, sage femme, auxiliaire de puériculture) à la réanimation néonatale sont effectués annuellement (en 2018 : 10 professionnels et en 2019 : 10 professionnels). Une session de simulation à l'urgence obstétricale en salle de naissance, réalisé par le réseau 2 Savoie, est programmé en septembre 2019. Une simulation pour la PEC de l'hémorragie du post-partum (HPP) a été réalisée en novembre 2018 avec 10 participants. Les soignants participent régulièrement aux journées annuelles du réseau périnatal des 2 Savoie : 9 sages-femmes et 2 auxiliaires de puériculture en mai 2019.

De plus une sensibilisation à l'hypnose a été effectuée en 2017 pour 13 professionnels. Une IADE, qui assure les remplacements, est formé à l'hypnose. Deux sages femmes sont formées à l'utilisation de l'acupuncture. Une formation « portage et positionnement du nouveau-né » en octobre 2018 à concernés 12 personnes. Enfin, les professionnels de ce secteur participent aux formations institutionnelles sur la transfusion sanguine, l'hygiène, la bientraitance et la violence des usagers.

Les protocoles et documents sont revus (lecture par un professionnel concerné) et mis à jour au minimum une fois par an, supervisé par le cadre de santé et en collaboration avec le service qualité. La charte de fonctionnement et le règlement intérieur du bloc obstétrical sont validés par l'ensemble des intervenants et ont été revus en mars 2019. Ils définissent les responsabilités des acteurs, l'organisation du service et le parcours de soins y compris en urgence. Les procédures en place sont élaborées sur la base de référentiels reconnus et validés. Elles prennent en compte l'urgence vitale, la césarienne en urgence, l'hémorragie de la délivrance, les prises en charge programmées et non programmées, la prise en charge du nouveau-né dont le transfert. Les professionnels savent accéder à l'ensemble des documents sur la base de gestion informatisée de l'établissement. Les documents importants sont aussi disponibles sous format papier, dans un classeur de service, pour pallier à une panne informatique.

Les équipements sont en nombre suffisant. Ils sont opérationnels et vérifiés dans chaque salle de travail. Ils permettent une prises en charge répondant aux publications de bonnes pratiques des sociétés savantes tant au niveau de l'obstétrique que de la pédiatrie. Le matériel nécessaire à la prise en charge des hémorragies est accessible sur un chariot spécifique et identifié. Du matériel de biologie délocalisé permet les mesures nécessaires immédiatement. De plus un des échographes de consultation est mobile et peut être utilisé en salle de naissance. Une salle de travail peut se transformer en salle pour césarienne d'extrême urgence pour une sécurité supplémentaire. La salle du nouveau-né est chauffée à 24°.

Les dispositifs médicaux font l'objet d'une maintenance préventive à périodicité définie, suivie par le service biomédical. Ce dernier assure les maintenances. Les professionnels interviennent, pour procéder au dépannage ou remplacement, dans les délais répondant aux besoins spécifiques du secteur.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La femme accouchée et son enfant sont pris en charge en s'appuyant sur les modélisations des parcours, les procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues des bonnes pratiques, en partenariat

avec le réseau régional de périnatalité des 2 Savoie. Les circuits prévus (parturiente, entourage, personnels, gestion des corps, élimination des déchets, approvisionnements) sont effectifs.

Les staffs pluridisciplinaires, chaque matin au changement de garde sage femme, analysent les prises en charge effectuées sur les dernières 24 heures et définissent la conduite à tenir pour des femmes enceintes arrivant à terme. Pour les prises en charge complexes des parturientes, le lundi après-midi, un staff est possible en visioconférence avec les professionnels du CH de Chambéry et à tout moment un avis téléphonique est réalisable. Le suivi de la grossesse (consultations, examens) des patientes est tracé dans le dossier obstétrical informatisé (spécifique à ce secteur) mis en place depuis février 2019. La consultation d'anesthésie est à disposition des sages-femmes. Les consultations et le travail de préparation à l'accouchement peuvent être effectués dans le service. Le livret d'accueil institutionnel est remis lors d'une consultation par une sage femme ainsi que des documents spécifiques notamment en cas de césarienne programmée.

Les admissions se font en direct dans le service de maternité ou via les urgences qui assurent une réorientation immédiate. Dès l'admission, l'identité de la parturiente est contrôlée et un bracelet est posé. La parturiente est examinée par une sage-femme. Une évaluation initiale de l'état clinique de la mère et du bébé est tracée ainsi que l'enregistrement du travail sur le partogramme avec au minimum 20 minutes de surveillance du rythme cardio-fœtal effectué.

Le dossier est initié ou complété, il comporte les données recueillies à l'admission, voir les consultations antérieures. Le projet de naissance, en coconstruction avec les professionnels présents, est mis par écrit. Il peut rester oral en fonction du stade de travail de la parturiente.

Le respect du choix de l'accompagnant, présent au moment du travail et de l'accouchement, est opérationnel.

La prise en charge de la douleur est effectuée en fonction de la demande des parturientes : péridurale, MEOPA (Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyte d'Azote), relaxation et respiration .....). Le souhait de la femme est respecté sauf si contre indications.

Les surveillances du pré travail, du travail, de l'accouchement, de la délivrance, du post-partum sont réalisées par la sage femme. La prévention de l'HPP est mise en œuvre lors de la délivrance. La surveillance se prolonge dans les deux heures qui suivent la naissance. L'ensemble des données relatives au déroulement du travail est tracé dans le DPI, ce que confirme la réalisation du patient traceur en obstétrique durant la visite.

La sortie du secteur de naissance ou de SSPI est validée après examen de l'accouché.

En cas de risque avéré obstétrical (mère et/ou enfant), la prise en charge de la femme a lieu, dans la mesure du possible, dans une maternité adaptée au terme de la grossesse soit sur Chambéry ou Albertville. Le transfert est réalisé in utero.

En cas d'urgence, l'existence d'un système d'appel reposant sur un code couleur (vert, orange, rouge) est connu de tous et opérationnel. La cadre de santé simule des exercices d'appel code rouge auprès des standardistes et des médecins des urgences.

Au bloc opératoire, les césariennes sont prises en charge dans une salle identifiée. Elles sont gérées par les professionnels du bloc dans le respect des règles de bonnes pratiques (ouverture de salle, check liste) en coordination avec la sage femme. La surveillance post interventionnelle est effectuée en SSPI conjointement par l'IADE et la sage femme. L'accessibilité au dossier de la mère est facilitée par les équipements informatiques (poste fixe et postes mobiles).

Le nouveau-né est pris en charge au bloc opératoire par la sage-femme. Tous les dispositifs de réanimation du nouveau-né sont disponibles au bloc.

Pour les naissances par voie basses, le nouveau-né est accueilli en salle bébé. Elle est conforme et chauffée à 24°. La prise en charge allie sécurité et bien-être grâce au maintien du lien mère-enfant. Le peau à peau est mis en place avec une check-list de surveillance. L'allaitement maternel est favorisé si la maman est demandeuse de ce mode d'alimentation.

L'évaluation de l'adaptation cardio-respiratoire du nouveau-né est réalisée par la sage femme, à l'aide du score d'Apgar. Elle procède au premier examen et prodigue les soins immédiats en binôme avec l'auxiliaire de puériculture. L'identification du bébé est réalisée avec la pose de deux bracelets. La traçabilité des soins est assurée sur des documents papier spécifiques à la prise en charge. Le carnet de santé est renseigné. La traçabilité des activités est en place avec des check-lists remplies. Elles concernent l'ouverture des salles de naissance et de la salle de césarienne, la vérification de tout le matériel (mère et enfant), les interventions de nettoyage et de désinfection entre chaque naissance et quotidienne. La check-list HAS pour les césariennes est réalisée au bloc opératoire.

Les prescriptions sont assurées en partie par les sages-femmes en référence à leurs compétences.

Les transfusions peuvent être effectuées en urgence grâce à un dépôt de sang. Les documents pour une demande sont accessibles immédiatement.

L'acheminement et le traitement des prélèvements en urgence sont organisés et mis en oeuvre.

En cas de besoin d'accès à la radiologie interventionnelle vasculaire pour embolisation, le transfert au CH de Chambéry est effectué par SAMU.

Un document de liaison extrait du dossier accompagne tout type de transfert maternel ou pédiatrique. C'est une cellule de régulation qui assure la coordination et met en œuvre le transfert du bébé en fonction de l'état clinique et de la disponibilité des places sur les centres hospitaliers, en priorité Chambéry ou Albertville.

Un dossier « kit » pour l'accompagnement des femmes accouchant dans le secret est disponible pour la

sage femme et lui permet d'effectuer les démarches adaptées.

Lorsque la viabilité est compromise, une prise en charge spécifique est mise en œuvre. Un « classeur kit » spécifique est utilisé par la sage femme qui reprend toutes les étapes et les démarches en fonction du terme. Pour les enfants nés sans vie, en fonction du terme, une prise en charge de la mairie est possible avec un « caveau » dédié pour la sépulture de ces bébés. De plus, des photographies du bébé sont prises par les professionnels, proposées et données ou archivées dans le dossier. La mère a l'information qu'elle pourra les récupérer à tout moment. Enfin deux consultations, avec un psychologue de ville, sont proposées à la mère et son entourage. Ces consultations sont prises en charge financièrement par l'établissement.

Pour la sortie, des documents d'information sont donnés et expliqués à la mère et son entourage comme « sortir de la maternité et préparez votre retour à la maison », « recommandations de sortie après un accouchement », « info coqueluche » et des dépliants de l'assurance maladie.

Une sensibilisation est réalisée, tout le long du séjour, sur la prévention de la mort subite du nouveau-né.

La maternité adhère au programme PRADO organisant le retour précoce à domicile. La continuité des soins est assurée par la transmission d'un courrier de sortie à destination de la sage-femme libérale. Une coopération existe avec la PMI et le réseau ville/hôpital.

Les interfaces sont opérationnelles avec les urgences, le bloc opératoire, le SAMU/SMUR, le laboratoire, l'imagerie. Les examens à réaliser en urgence sont prioritaires et les délais de résultats sont satisfaisants pour les professionnels.

Les événements indésirables sont l'objet de déclarations (réseau de périnatalité et établissement) avec des analyses multi professionnelles des causes profondes au niveau du réseau et au niveau du service.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur de naissance dispose d'indicateurs de pilotage de ses activités pour apprécier la qualité et la sécurité des soins prodigués, et identifier les marges éventuelles d'amélioration avec des actions correctives. La cartographie des risques est réévaluée annuellement.

Un rapport d'activité est réalisé chaque année par la cadre sage femme, il permet de mesurer le fonctionnement du processus. Il comprend de nombreux indicateurs cliniques :

- Le nombre d'entrées,
  - le nombre d'accouchements,
  - le nombre d'accouchements normaux,
  - le nombre de ventouses/forceps,
  - le taux de césarienne,
  - le taux d'analgésie pour accouchement voie basse
  - le mode d'entrée en travail (travail spontané, déclenchement, césarienne programmée et césarienne en urgence avant travail)
  - le mode d'accouchement (voie basse simple, vois instrumentale, césarienne programmée et césarienne urgentes)
  - le taux d'épisiotomie
  - le mode de délivrance
  - le motif des césariennes en urgence
  - le code couleur des césariennes
  - le nombre de transferts maternels et nouveau-nés
- Pour les indicateurs qualité, sont suivis :
- le mode d'allaitement à la sortie
  - le nombre de préparation à la naissance
  - le nombre de formations et le taux de professionnels formés
  - le nombre de simulations
  - le nombre de RMM avec le réseau (1 par trimestre).

Ce rapport d'activité est pris en compte dans le bilan annuel de l'établissement.

Pour les soins, la prévention et la prise en charge de l'HPP sont évaluées à l'aide des indicateurs nationaux.

Des EPP sont également réalisées ou poursuivies : Hémorragie de la délivrance, prise en charge de la douleur du nouveau-né.

Des audits ont été menés en 2018 : « peau à peau et respect des critères », « césariennes programmées et respect des documents et informations obligatoires », « respect des critères de remplissage du partogramme », « respect du remplissage de la cible de sortie pour le nouveau-né », « prise en charge de la douleur des patientes en suites de couches », « massages des nouveau-nés ». En 2019, un audit sur la césarienne programmée a été effectué.

Les événements infectieux sont identifiés. Le CCLIN Sud Est communique les résultats de la surveillance des infections nosocomiales en maternité. Le secteur participe aux enquêtes régionales pilotées par le réseau.

## A / AGIR

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

Suite aux différentes évaluations des actions d'amélioration ont été mises en place, comme le port de deux bracelets identité pour les nouveau-nés, pour l'HPP la mise en place d'un tableau blanc où les professionnels notent en temps réel la prise en charge en anesthésie et la prise en charge en obstétrique.

La mise en œuvre des actions d'amélioration est pilotée par les pilotes du processus en collaboration avec le service qualité, les professionnels concernés, la Direction des soins et la Direction, selon un calendrier défini. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel, l'efficacité des actions mises en œuvre est évaluée.

La communication au sein de l'équipe du secteur de naissance et en direction des instances, selon le sujet concerné, est assurée par la cadre de santé sage femme. Les résultats sont communiqués aux professionnels par le biais de réunions de service et des staffs. La communication est également assurée par voie d'affichage comme par exemple un affichage régulier des résultats des indicateurs et des différentes évaluations.

# GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

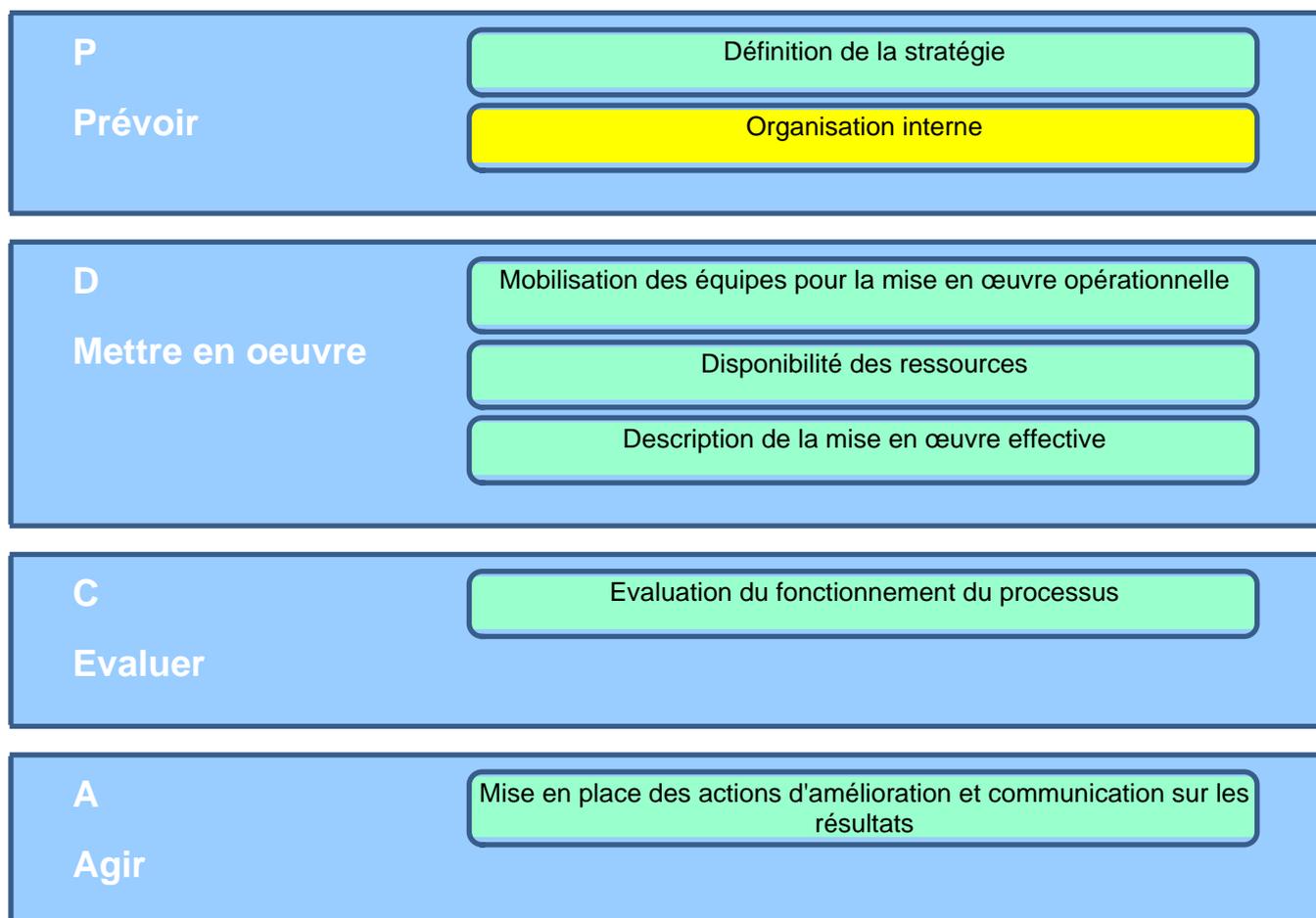
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'HAD a une autorisation d'activité pour 15 places datant de 2009. L'établissement met en œuvre la gestion des équipements et produits médicaux et non médicaux pour permettre une mise à disposition adaptée aux besoins du patient. Ce processus s'appuie sur le manuel de certification HAS et les événements indésirables (EI).

Dans le livret du service, il est inscrit que « L'HAD organise la mise à disposition du matériel dont le patient à besoin ».

Un groupe de travail pluridisciplinaire (médecin, cadre de santé, infirmières, aide soignante et secrétaire médicale) a analysé les risques à priori et à postériori du processus. Le groupe de travail a établi une cartographie de 8 risques, puis les a hiérarchisé sur la base d'une échelle de gravité, fréquence et maîtrise.

Le plan d'actions est décliné dans un programme d'amélioration de la qualité (PAQSS). Trois risques (un risque prioritaire et deux risques faibles) du PAQSS ont été identifiés pour alimenter le Compte Qualité. Ce dernier comprend un objectif et trois actions d'amélioration en rapport avec les risques identifiés. Pour chacune, il y a un pilote (le cadre de santé), des échéanciers et des modalités de suivi.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus de gestion des équipements au domicile du patient a été confié au médecin et cadre de santé, secondés par la responsable du service économique et logistique. Une « fiche mission » précise les attendus. L'établissement a établi une organisation, compte tenu de l'identification de ses risques, de ses besoins et de la taille de l'établissement permettant de garantir la mise à disposition en temps utile des équipements et produits au domicile du patient. La gestion des équipements comporte les matériels biomédicaux, médico-hôtelières, dispositifs médicaux stériles et non stériles ainsi que le matériel à pansement complexe (TPN) et enfin la gestion de l'élimination des DASRI.

La gestion des équipements s'appuie sur une convention de partenariat passée avec un prestataire selon un cahier des charges définis. Il fournit lit, matelas, lève-malades, extracteurs d'oxygène, aspirations et pompes à morphine. Pour les PEC spécifiques, la pharmacie de l'établissement fournit le matériel de VACthérapie et les dispositifs médicaux stériles. Un contrat est signé entre la PUI et le service HAD. Un partenariat est formalisé pour les produits hôteliers disponibles au magasin. L'établissement adhère à une centrale d'achat.

Tous les patients sont pris en charge par une infirmière de l'HAD (admission et/ou PEC et/ou coordination), une aide-soignante et/ou un(e) infirmier(e) libéral(e) au domicile avec l'équipement adapté. Suite à la validation de l'admission par le médecin coordinateur, la cadre de santé assure l'évaluation initiale des besoins avant l'admission du patient et organise la mise en place. Les dispositifs médicaux sont gérés en interne par les IDE.

Une des quatre IDE est d'astreinte la nuit pour répondre aux urgences (effectif de 3,5 ETP et tableau mensuel des astreintes). Des sacs de soins urgents sont constitués. Ils sont dans chaque voiture IDE et accessibles 24 heures sur 24, de même que les salles de stockage de l'HAD. Les livraisons sont organisés pour les commandes programmées et urgentes soit par le prestataire soit par les professionnels de l'HAD.

L'établissement prévoit la formation et l'information des différents professionnels (y compris professionnels libéraux) par rapport à l'utilisation de nouveaux matériels mis à disposition au domicile. Des ateliers de rappel de fonctionnement du matériel sont organisés si besoin. L'établissement met à disposition par l'intermédiaire du prestataire, les notices d'utilisation.

Quelques protocoles sont formalisés notamment la « Gestion des déchets », « stockage et acheminement du matériel stérile et/ou à usage unique », « Mode opératoire en cas d'alerte et de panne biomédicale », « vérification du contenu et des périmés des sacs de soins urgents » et des listes de commandes sont définies : « commande et matériel biomédical prestataire, produits d'entretien ». Un protocole « Mise en œuvre de la coordination des interventions des personnels non médicaux » sous forme de logigramme comprend la livraison des DM et la commande de matériel médico-hôtelier et biomédical chez le prestataire ainsi que sa livraison avec vérification. Quelques protocoles sont aussi centrés sur la prise en charge administrative du patient et sur les soins à réaliser.

Les locaux de l'HAD sont composés principalement de deux pièces sécurisées et dédiées au stockage des DM, dont une salle pour les besoins urgents avec des caisses d'urgence. Cette salle est organisée avec une zone de départ « caisses patients ». Chaque patient a une ou plusieurs caisses plastiques à son domicile. Chaque soignant dispose d'une mallette de soins dont le contenu est défini suivant la fonction. Le matériel de VACthérapie a été acheté par la structure. Un stock tampon est constitué pour les pompes à morphine et à nutrition.

Cependant la gestion des équipements et produits médicaux est partiellement organisée :

- Les équipements et produits ne sont pas tous identifiés : il n'y a pas de liste définie des produits médicaux stériles ou non, disponibles sur l'HAD, pour l'approvisionnement au domicile du patient. Les professionnels commandent à partir des références des produits en stock dans leur service. Ce dernier ne dispose pas comme les autres unités de soins d'un livret de commande pharmacie. Ce dysfonctionnement n'est pas repéré par l'établissement, le risque n'est pas identifié. L'établissement reconnaît ce risque lors de la visite.

- Le processus de gestion de tous les équipements et produits au domicile du patient n'est pas formalisé : l'organisation des commandes permettant la mise à disposition des matériels médicaux et DMS en temps utile n'est pas formalisée de l'admission à la sortie. De même il n'est pas formalisé les gestions des malles soignantes, des sacs de soins urgents, des bouteilles d'oxygène et le retour des dispositifs médicaux stériles pour réintégrer les stocks à la fin de la prise en charge.

L'établissement n'a pas identifié ce dysfonctionnement et de risques. Le fonctionnement sur ce processus repose sur l'oralité et sur les habitudes des professionnels. La formalisation et la traçabilité des contrôles n'est pas intégrée dans la pratique.

L'établissement reconnaît ce risque. Enfin il n'est pas formalisé les gestions des malles soignantes, des sacs de soins urgents, des bouteilles d'oxygène et le retour des dispositifs médicaux stériles pour réintégrer les stocks à la fin de la prise en charge.

Le partenariat avec le prestataire intègre dans les conventions une maintenance 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, le remplacement et les modalités de transport du matériel en location.

Pour les patients à haut risque vital, l'HAD n'a pas défini leur signalement à l'électricité Réseau Distribution France. L'organisation pour le signalement des patients électro-dépendants (risque ERDF), afin de les identifier dès l'admission et de s'assurer de leur signalement auprès de l'organisme concerné, n'est pas formalisée. Un des professionnels s'occupe de ce signalement, mais il n'est pas défini qui doit le réaliser, et cet élément n'est pas tracé.

La communication sur le processus, en direction des professionnels est structurée avec plusieurs modalités d'information.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Compte tenu des risques et des besoins, la cadre de santé assure la supervision de l'organisation. Elle sensibilise les professionnels sur les risques et les dysfonctionnements lors des réunions de synthèse pluridisciplinaires hebdomadaires et lors des transmissions journalières.

Ces temps sont aussi utilisés pour identifier collectivement les actions correctives en cas de besoin, et contribuent à la mobilisation des équipes.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles : Cadre de santé (0,5 ETP sur l'HAD), responsable économique et logistique, temps de préparatrices en pharmacie, médecin coordonnateur à temps partiel, IDE (3,5 ETP), aides soignantes (1,75 ETP), une secrétaire.

Les effectifs sont en adéquation avec le nombre de patients pris en charge. Les professionnels en poste sont formés. La formation des professionnels soignants concerne l'utilisation des matériels et équipements par les pairs et/ou par les laboratoires et le prestataire conventionné. Les formations réalisées en 2018 concernent « les PCA rythmic, la ventilation non invasive et les diffuseurs à antibiotiques et chimiothérapies ».

Les différents locaux et stocks sont opérationnels. Tout le matériel utile à la prise en charge est disponible dès l'admission et réajusté tout au long du séjour.

Les équipements et produits sont disponibles auprès du prestataire. Ce dernier livre le matériel en concertation avec la cadre de santé et assure l'approvisionnement en urgence. Il réalise la maintenance des équipements à titre préventif et curatif.

Chaque patient a un livret d'accueil spécifique HAD à son admission et des caisses plastiques pour stocker les DM et petits équipements. Une fiche « bristol patient » permet d'optimiser les commandes à partir des plans de soins définis.

Des documents sont disponibles, certains ont été formalisés en 2019 avec la participation des professionnels salariés de la structure (protocoles, procédures). Ces derniers disposent d'une gestion documentaire informatisée.

Chaque soignant de l'HAD (IDE, AS) a une mallette matériel nominative. Chaque professionnel est responsable de sa mallette de soins. Les contenus sont définis sur une feuille.

Les IDE d'astreinte disposent d'un téléphone professionnel et d'une dotation d'urgence soit à partir des sacs de soins urgents, soit dans les locaux de l'HAD. Des véhicules professionnels sont mis à disposition

des professionnels.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les organisations prévues. Une évaluation initiale des besoins est faite en pré admission, souvent suite à une rencontre avec le patient, sur la base des différents soins à réaliser, par la cadre de santé. Cette dernière commande le gros matériel auprès du prestataire. Toutes les commandes sont transcrites sur différents documents papiers. Pour l'admission, les DM sont rangés dans une « caisse patient ». La cadre de santé ou l'IDE qui réalise l'admission apporte le matériel au domicile. Le réapprovisionnement est réalisé à partir de la fiche « bristol patient » écrite au crayon à papier, puis réajustée toutes les semaines et si besoin à partir des visites de suivi hebdomadaire. Lors des staffs journaliers cadre de santé/médecin/IDE/AS, il est possible de réajuster les équipements en fonction de l'évolution des soins à effectuer. Les modifications sont communiquées au prestataire. Le prestataire externe assure les livraisons du matériel au domicile du patient en fonction du jour d'admission et des modifications de prise en charge. Les soignants de l'HAD réalisent les livraisons urgentes et programmées en fonction d'un planning hebdomadaire. En cas d'urgence, l'IDE d'astreinte de nuit est sollicitée. Un numéro unique d'appel en cas de déclenchement d'alarme figure sur la première page du classeur de chevet. Il permet de contacter l'astreinte infirmière.

A la sortie du patient de l'HAD, la cadre de santé ou une IDE assure la préparation de la sortie. Elle contacte le médecin traitant pour coordonner si nécessaire le matériel à laisser en place. Les matériels et équipements en location sont retirés par le prestataire. Si le patient est hospitalisé, le prêt de matériel est suspendu chez le prestataire.

A la sortie du patient, les dispositifs consommables non utilisés sont restockés dans les locaux de l'HAD ou éliminés via la filière DASRI de façon aléatoire.

L'ensemble des observations réalisées lors de l'investigation du patient traceur a permis d'alimenter les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation globale du processus et le suivi de la mise en œuvre des actions sont assurés annuellement par la cadre de santé.

L'HAD a une démarche d'évaluation de ses fonctions logistiques à partir de l'analyse des EI (17 en 2018), des indicateurs qualité du dossier patient HAD. Les résultats 2019 montrent une valeur à 83 % sur la coordination en HAD sur le critère 4 « évaluation des moyens logistiques ». Le prestataire a réalisé un audit sur la satisfaction des usagers sur le matériel mis à disposition. L'établissement a évalué, pendant la visite de certification, l'effectivité de la maintenance 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 de son prestataire et son délai de réponse.

Quelques actions d'amélioration sont mises en place, comme la rédaction de protocoles en 2019 « Stockage et acheminement du matériel stérile et/ou à usage unique », « mode opératoire en cas d'alerte et de panne biomédicale » et la réalisation d'un audit de satisfaction des usagers sur le matériel mis en place au domicile.

Cependant la satisfaction de certains intervenants, notamment les IDEL, en lien avec les fonctions logistiques, au domicile n'est pas évaluée à périodicité définie. Il n'existe pas d'outil de mesure de satisfaction permettant d'évaluer cet élément.

### A / AGIR

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

La démarche d'amélioration est en place avec un suivi quotidien par la cadre de santé.

Les résultats d'évaluation sont communiqués via les réunions de service et pendant les temps de staffs soignants et par le journal interne.

Les patients sont informés des résultats par les IDE lors des visites de suivi hebdomadaire.