



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION**  
**CENTRE HOSPITALIER**  
**INTERCOMMUNAL (CHIC)**  
**ALENCON-MAMERS**

25 rue de fresnay  
61014 Alencon  
FÉVRIER 2018

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	19
DROITS DES PATIENTS	25
PARCOURS DU PATIENT	30
DOSSIER PATIENT	36
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	40
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	46
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	51
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	56
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	60
<b>ANNEXE</b>	66

# 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 INTERCOMMUNAL (CHIC) ALENCON-MAMERS	
Adresse	25 rue de fresnay 61014 Alencon
Département / région	ORNE / NORMANDIE
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	610780082	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL ALENCON-MAMERS	25 rue fresnay 61014 Alencon
Etablissement de santé	610000051	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL (CHIC) ALENCON-MAMERS	25 rue de fresnay 61014 Alencon
Etablissement de santé	720014968	UNITE SOINS LONGUE DUREE CENTRE HOSPITALIER MAMERS	Route du mêle sur sarthe 72600 Mamers
Etablissement de santé	720000470	CHIC ALENCON-MAMERS - SITE DE MAMERS	Route du mêle sur sarthe 72600 Mamers
Etablissement de santé	610787822	UNITE DE MOYEN SEJOUR PAUL CEZANNE - ALENCON	8 rue alfred de musset 61014 Alencon
Etablissement de santé	610784050	RESIDENCE LES PASTELS - ALENCON	8 rue alfred de musset 61014 Alencon

Activités					
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse
MCO	Chirurgie	56	/	8	/

MCO	Gyneco-Obstétrique	20	/	/	/
MCO	Médecine	207	20	/	5668
SLD	SLD	140	/	/	/
SSR	SSR	54	/	/	/

<b>Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>	<p>Certification coordination hospitalière prélèvement d'organes et de tissus par agence biomédecine en décembre 2014</p> <p>Accréditation laboratoire COFRAC du 01/06/2016 au 31/05/2020: Phases pré- et postanalytiques  <b>BIOLOGIE MEDICALE</b>          BIOCHIMIE – Biochimie générale et spécialisée (BIOCHBM)          HEMATOLOGIE – Hématocytologie (HEMATOBM) et Hémostasie (COAGBM)          MICROBIOLOGIE – Bactériologie (BACTH) COFRAC SH FORM</p>
---	---

<b>Réorganisation de l'offre de soins</b>	
Coopération avec d'autres établissements	<p>ANIDER : Convention de coopération prise en charge et traitement des patients atteints d'insuffisance rénale chronique,</p> <p>ARH Basse – Normandie : Convention constitutive du réseau Régional de l'urgence en B-Normandie,</p> <p>CPO de l'Orne : Convention constitutive du GCS (activités de support)</p> <p>GIE/IRM Scanner : Réalisation des examens de scanographie et d'IRM</p> <p>Fédération de Pédiatrie : Convention constitutive</p> <p>Réseau périnatalité : Convention constitutive</p> <p>Centre Hospitalier Régional et Universitaire de CAEN : Convention cadre de partenariat d'intérêt mutuel à collaborer dans différents domaines et à développer des actions de coopération et de complémentarité (Cardiologie) dans l'intérêt des patients de la Région pour favoriser l'accès aux soins</p> <p>ARS Basse Normandie : Convention relative au Rôle du SAMU, des Centres Hospitaliers sièges d'un SMUR et du SDIS, organisation du secours à personne et aide médicale urgente</p> <p>Contrat relais CHP St Martin – Caen : Convention relative au traitement relais en unité de cardiologie du CHP St martin pour des patients initialement PEC par le CHICAM</p> <p>SSR Hôpital BELLEME : accueil convalescents</p> <p>Centre Pénitentiaire ALENCON : Convention CPO / ARS / CHICAM          Blanchisserie Inter Hospitalière : GCS          GHT avec Hôpitaux de Mortagne, Bellême, Sées, et Centre Psychothérapeutique de l'Orne</p>
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 obligation d'amélioration (C).

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Obligations d'amélioration

Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire  
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance

### Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques  
Droits des patients  
Parcours 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

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

<b>MANAGEMENT</b>
Management de la qualité et des risques
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 endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
<b>FONCTIONS SUPPORTS</b>

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Personne âgée	Médecine en hospitalisation complète site Mamers	altération de l'état général	Urgences	complexe	MCO
2	Adulte	Médecine en hospitalisation partielle site Alençon	chimiothérapie	Programmé	simple	MCO
3	Enfant	Pédiatrie	pyélonéphrite	Urgence pédiatrique	complexe	MCO
4	Personne âgée	Chirurgie en hospitalisation complète	urologie	Urgences	complexe	MCO

<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>
5	adulte	Chirurgie ambulatoire	chirurgie digestive	Programmé	simple	MCO
6	Femme	Gynécologie-obstétrique	Césarienne	non programmé	complexe	MCO
7	adulte	SSR Mamers	rééducation suite fracture	Programmé	complexe	SSR
8	Personne âgée	SSR Alençon	syndrome confusionnel	Programmé	simple	SSR
9	Personne âgée	SLD	suite de chute	Programmé	complexe	SLD

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

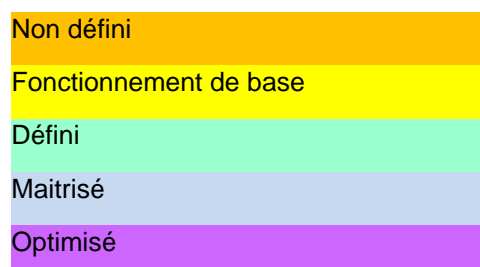
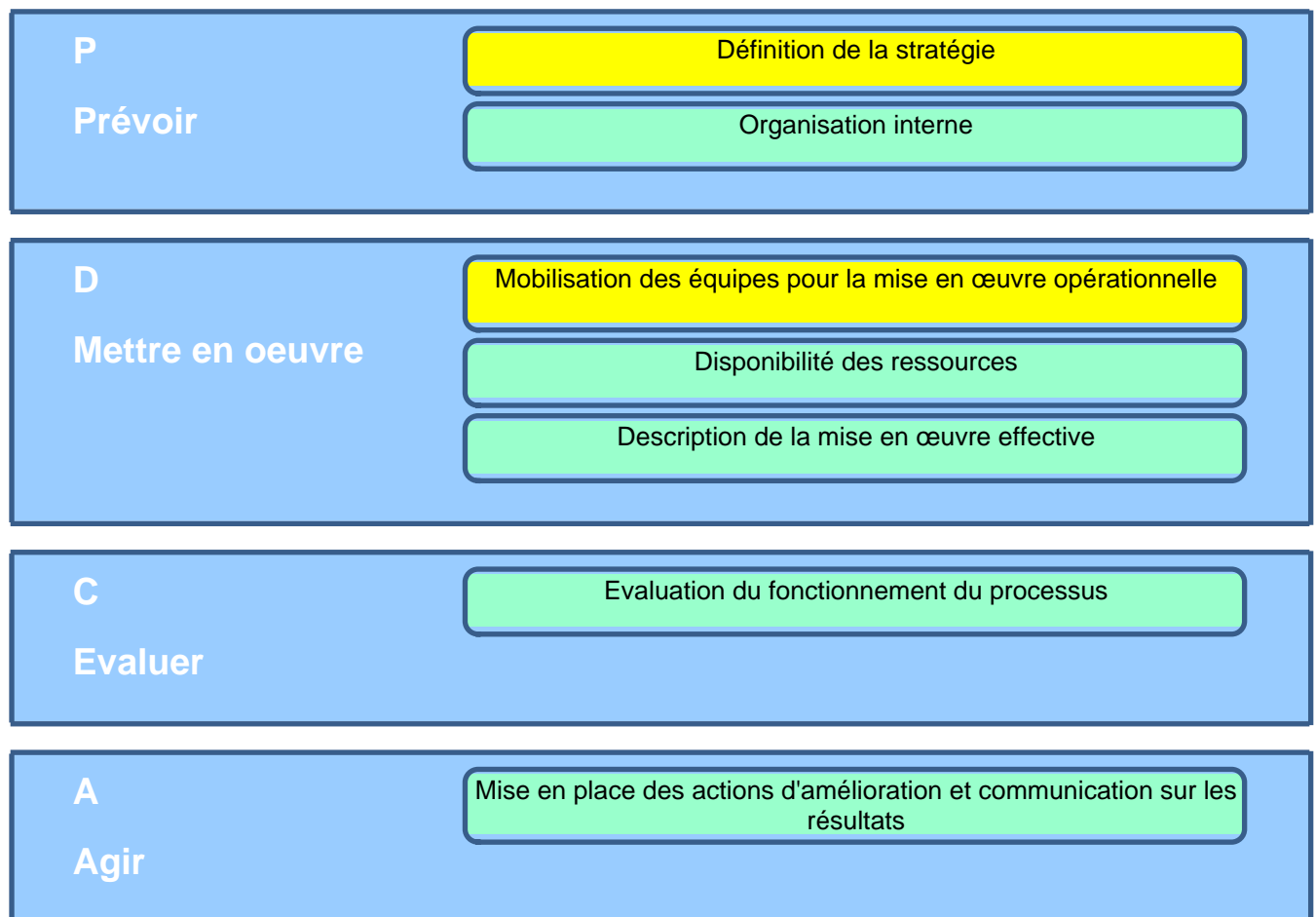
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement a formalisé une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de la promotion des droits des usagers pour la période 2012-2018 qui énonce ses orientations stratégiques dans ce domaine. Le rôle des instances y est précisé ainsi que les modalités de pilotage de la démarche. Parmi les instances, une commission EPP-DPC est constituée au sein de la CME.

Cependant, la stratégie de mise en œuvre des évaluations des pratiques professionnelles n'est pas définie. La Commission Médicale d'Établissement n'est pas opérationnelle depuis plusieurs mois suite à la démission de son président et de certains de ses membres dont la présidente de sa commission EPP. Les missions et les responsabilités ne sont pas définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.

L'établissement a identifié cette situation dans son plan d'actions et prévoit une évolution de son organisation qu'il entend proposer à la présidence de la CME issue des nouvelles élections programmées pour le mois de novembre 2017.

L'établissement a engagé, pour la formalisation de son compte qualité, une démarche structurée d'analyse de ses risques en tenant compte de son contexte, de la précédente démarche de certification, des événements indésirables constatés et des résultats des indicateurs suivis.

Cette démarche a permis de renseigner le compte qualité pour l'ensemble des thématiques. Ce dernier recense les risques principaux issus de la hiérarchisation réalisée par les différents groupes de travail. Les critères de cette hiérarchisation sont explicités dans des documents de référence. Un programme d'actions institutionnel biennuel (PAQSS) a pu ainsi être défini.

L'ensemble des données du compte qualité et du programme d'actions ont été soumis aux instances et notamment à la Commission des Usagers. Le programme d'actions qualité est diffusé sur l'Intranet de l'établissement.

Enfin, l'établissement adhère aux réseaux régionaux qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour conduire et déployer sa démarche qualité.

Au niveau institutionnel, c'est le Directoire qui selon la politique qualité est le lieu de concertation et d'arbitrage des objectifs qualité institutionnels. Plusieurs instances interviennent dans la démarche qualité : CLIN, CLUD, CLAN, CSTH, Commission EPP-DPC, COMEDIMS, commission des antibiotiques, Commission des Usagers (CDU) et comité d'éthique.

Au niveau opérationnel, le pôle qualité – gestion des risques et promotion des droits des usagers, assure le pilotage et la mise en œuvre de la politique qualité.

La fonction de gestion des risques associés aux soins est assurée et une fiche de poste est formalisée et décrit ses conditions d'exercice.

Pour ce qui concerne le compte qualité, l'établissement a défini une méthode de travail basé sur une analyse des différents processus à partir d'outils diffusés par les différents réseaux régionaux. Les pilotes chargés des différentes thématiques ont été désignés formellement et ont été formés à leurs missions. Des groupes pluridisciplinaires ont été constitués pour chacune des thématiques.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins notamment pour ce qui concerne la formation et l'information de ses professionnels. L'accueil des nouveaux arrivants fait l'objet d'actions d'intégration dans les différents secteurs.

Les formations sont organisées dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques, de la gestion documentaire et des méthodes d'évaluation (REX et signalement des événements indésirables).

Une rubrique qualité est accessible sur le réseau Intranet. Elle recense l'ensemble des informations et outils disponibles à l'attention des professionnels y compris pour la déclaration des événements indésirables.

La gestion documentaire est organisée et est également accessible sur le réseau Intranet.

Toutefois, l'établissement dispose d'un guide de rédaction et de gestion des documents qui fait office de procédure des procédures qui ne définit pas la périodicité de révision des documents qualité. Le système de mise à jour des documents n'est pas opérationnel car plusieurs documents qualité sont anciens et datent de plus de cinq années. Il a identifié dans son PAQSS des objectifs de révision de ses procédures mais de façon limitée pour les documents du laboratoire de biologie, pour la procédure d'identification du risque suicidaire qui date de 2013 et pour celle de prescription des médicaments en chirurgie. Il n'a pas prévu de révision périodique de ses documents qualité.

La gestion des plaintes et réclamations est définie et l'articulation entre ces dernières et la gestion des événements indésirables est assurée.

Les plans de gestion de crise sont formalisés.

Les RCP sont organisées pour l'activité de cancérologie.

La veille réglementaire est organisée.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

L'encadrement s'assure de la mise en œuvre des actions du programme institutionnel dans les différents secteurs d'activité et sensibilisent régulièrement leurs professionnels.

Cependant, les objectifs qualité ne sont pas déclinés au niveau des pôles. Les pôles en place ne disposent pas de contrat ni de projet. Par ailleurs, la chefferie du pôle Médecine, activité principale de l'établissement, est vacante depuis plusieurs mois. Plusieurs services ont engagé la formalisation de projets mais à l'exception de celui relatif à l'utilisation de l'hypnose médicale au bloc opératoire, aucun d'entre eux n'est formellement validé. Ainsi les objectifs qualité ne sont pas déclinés au niveau des secteurs d'activité et la mise en œuvre de la démarche qualité dépend de l'initiative des équipes. L'établissement a identifié cette situation dans son plan d'actions et envisage de mettre en place des indicateurs qualité par pôle sur la base des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) mais cette démarche qui a été initiée n'a pas aboutie.

Les professionnels sont informés des réclamations et participent à la définition des actions d'amélioration.

Les événements indésirables font l'objet d'un signalement au moyen d'un outil disponible sur l'Intranet de l'établissement.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

L'évaluation de la conformité des pratiques est relancée au moyen de la méthode du patient traceur qui a fait l'objet de la réalisation de plusieurs évaluations.

Des RMM sont réalisées dans les secteurs à risques concernés selon la procédure institutionnelle. Des CREX et des analyses systémiques sont réalisés.

Le cas échéant des actions correctives sont identifiées.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences pour le déploiement de la démarche qualité sont disponibles.

Les formations aux concepts et outils de la démarche qualité sont réalisées notamment sur l'utilisation de la gestion documentaire, la déclaration des événements indésirables et la méthode du patient traceur. Un professionnel du pôle qualité est formé ainsi que la responsable qualité à la méthode d'analyse des causes.

Les ressources documentaires sont disponibles sur le réseau intranet.

Pour ce qui concerne les ressources matérielles, d'une façon générale, les locaux du site d'Alençon sont anciens et quelquefois vétustes. Dans certaines situations, ils sont également exigus du fait de l'évolution de l'activité de certains services dont les urgences et la pédiatrie. Ces situations sont identifiées par l'établissement qui envisage la rénovation des installations progressivement dans le cadre de son plan de retour à l'équilibre financier. Une réorganisation des activités sur les locaux disponibles a été réalisée suite à un plan d'actions définis avec l'Agence Nationale d'Appui à la Performance.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents services mettent en œuvre les plans d'actions qualité avec le soutien méthodologique du Pôle Qualité et l'engagement de la Direction des Soins. Les représentants des usagers y sont associés.

Les procédures définies sont mises en œuvre pour ce qui concerne la prise en charge des patients.

La gestion documentaire est opérationnelle.

Les professionnels déclarent les événements indésirables (EI). Un professionnel du pôle qualité est chargé du recueil, de l'enregistrement et du suivi des EI. Un bilan quantitatif et qualitatif est réalisé. Pour les EI graves, une analyse des causes est réalisée en CREX avec les professionnels formés à la méthode d'analyse. Il existe une procédure et une charte pour favoriser les CREX. Il existe un tableau de bord pour les CREX.

Les vigilances sont opérationnelles selon la charte de fonctionnement des vigilances.

L'exploitation des plaintes et réclamations est assurée. Elle implique les professionnels et les représentants des usagers. La CDU s'est réuni 5 fois en 2016 et chaque année produit un rapport d'activité.

Le site d'Alençon a une bonne expérience de la gestion de crise car il est en zone inondable en centre ville et est régulièrement concerné par les exercices de crues organisées.

Il existe la conduite d'actions EPP à l'initiative des professionnels dans certains secteur d'activité. Cependant, le déploiement des démarches EPP est partiel. En l'absence d'organisation définie, l'ensemble des secteurs d'activité clinique ou médico-technique ne s'est pas engagé dans des démarches EPP.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Elles permettent la coordination de ces derniers notamment pour les vigilances, la gestion des plaintes et réclamations, les relations avec l'extra-hospitalier et la mise en œuvre des évaluations croisées.



## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'hôpital met en œuvre des CREX pour le circuit du médicament, des évaluations structurées notamment dans le domaine de la maîtrise du risque infectieux et des RMM dans les secteurs interventionnels.  
Des évaluations selon la méthode du patient traceur sont initiées.  
Les indicateurs nationaux sont renseignés.  
Des audits sont régulièrement conduits sur la tenue du dossier patient.  
Les questionnaires de sortie font l'objet d'une analyse et des enquêtes de satisfaction sont mises en œuvre dans les secteurs de prise en charge des personnes âgées.  
Des bilans d'activité sont réalisés par les différents secteurs et sont présentés annuellement aux instances.  
Le programme d'actions qualité fait l'objet d'un suivi régulier par le pôle Qualité.  
Les résultats des évaluations sont communiqués à la commission des usagers.

## A / AGIR

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

L'établissement a convenu de la révision biannuelle de sa politique qualité et de son programme d'actions.  
La révision des objectifs est également soumise aux instances et à la commission des usagers.  
La communication des résultats est réalisée en interne vers les professionnels au moyen du portail Intranet, du journal interne, des affichages institutionnels et des réunions d'encadrements. En externe la communication est assurée par le biais du site Internet et la diffusion du journal de l'établissement en direction de ses correspondants externes.

### c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	NC	<p>La stratégie de mise en œuvre des évaluations des pratiques professionnelles n'est pas définie.</p> <p>La Commission Médicale d'Établissement n'est pas opérationnelle depuis plusieurs mois suite à la démission de son président et de certains de ses membres dont la présidente de sa commission EPP. Les missions et les responsabilités ne sont pas définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.</p> <p>L'établissement a identifié cette situation dans son plan d'actions et prévoit une évolution de son organisation qu'il entend proposer à la présidence de la CME issue des nouvelles élections programmées pour le mois de novembre 2017.</p>	1f
P / Organisation interne	PS	<p>La révision des documents qualité n'est pas organisée périodiquement.</p> <p>L'établissement dispose d'un guide de rédaction et de gestion des documents qui fait office de procédure des procédures qui ne définit pas la périodicité de révision des documents qualité.</p> <p>Le système de mise à jour des documents n'est pas opérationnel car plusieurs documents qualité sont anciens et datent de plus de cinq années.</p> <p>Il a identifié dans son PAQSS des objectifs de révision de ses procédures mais de façon limitée pour les documents du laboratoire de biologie, pour la procédure d'identification du risque suicidaire qui date de 2013 et pour celle de prescription des médicaments en chirurgie. Il n'a pas prévu de révision périodique de ses documents qualité.</p>	5c
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	NC	<p>Les objectifs qualité ne sont pas déclinés au niveau des pôles. Les pôles en place ne disposent pas de contrat ni de projet. Par ailleurs, la chefferie du pôle Médecine, activité principale de l'établissement, est vacante depuis plusieurs mois. Plusieurs services ont engagé la formalisation de projets mais à l'exception de celui relatif à l'utilisation de l'hypnose médicale au bloc opératoire, aucun d'entre eux n'est formellement validé.</p> <p>Ainsi les objectifs qualité ne sont pas déclinés au niveau des secteurs d'activité et la mise en œuvre de la démarche qualité dépend de l'initiative des équipes. L'établissement a identifié cette situation dans son plan d'actions et envisage de mettre en place des indicateurs qualité par pôle sur la base des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) mais cette démarche qui a été initiée n'a pas aboutie.</p>	8a
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>Le déploiement des démarches d'EPP est partiel.</p> <p>En l'absence d'organisation définie, l'ensemble des secteurs d'activité ne s'est pas engagé dans des démarches EPP. Il existe tout de même la conduite d'actions EPP à l'initiative des professionnels dans certains d'entre eux.</p>	28a



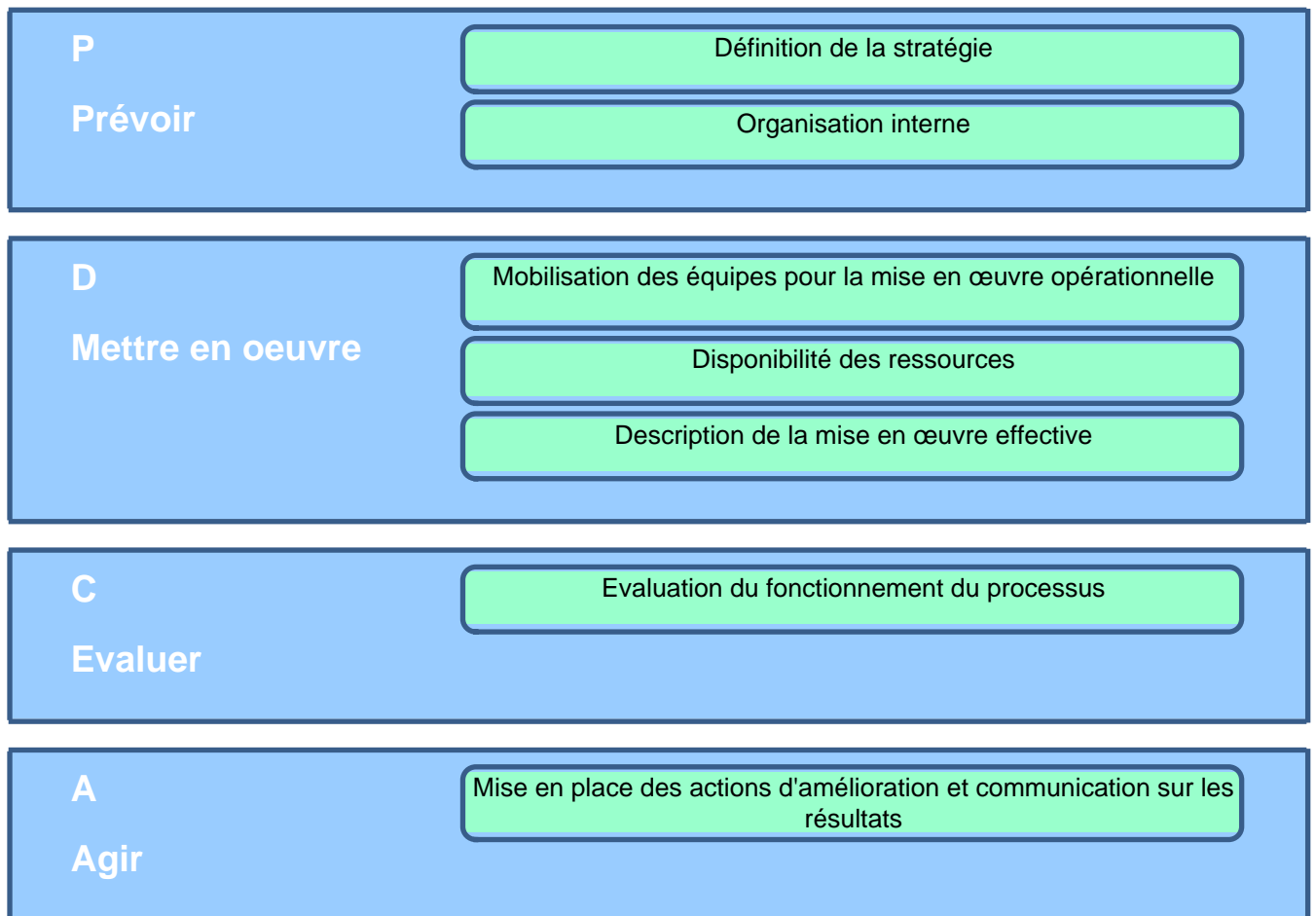
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 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**

Il existe une stratégie et des objectifs élaborés sur la base d'une identification des missions et de l'analyse des risques propres au Centre Hospitalier Intercommunal (CHIC) d'Alençon-Mamers, liés à la prise en charge du risque infectieux. Cette stratégie est issue du projet médical 2012-2017 et du projet médical partagé de 2017. Une politique de lutte contre les infections associées aux soins est en place. Le CHIC a réalisé une analyse des risques en utilisant les grilles de cotation à cinq niveaux proposées par la Haute Autorité de Santé. Pour identifier et analyser ses risques, le CHICAM a pris en compte les résultats de la cartographie des risques a priori, des indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales « ICALIN2, ISCHA2, ICA-LISO, ICATB2, ICABMR, BN-SARM », les divers résultats des audits réalisés, les recommandations émises par le CCLIN (Comité de lutte contre les infections nosocomiales) et la réglementation en vigueur.

La maîtrise du risque infectieux est reprise dans le document "Maîtrise du risque infectieux : Organisation générale". Neuf risques ont été identifiés dans le compte qualité (CQ) et un plan d'action a été défini pour chacun d'eux. Une articulation existe entre le Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) et le CQ. Les risques ont été hiérarchisés, suite à l'élaboration d'une cartographie des risques a priori, puis transcrits par le groupe de travail en charge de l'audit de processus « Gestion du risque infectieux ». Un programme de lutte et de prévention est élaboré par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), puis validé par la CME (Commission Médicale d'Etablissement) et la direction. Ce programme est élaboré chaque année. Il fait l'objet d'un suivi et d'un bilan annuel présenté aux instances de la CME et du CLIN. Les informations sur la gestion du risque infectieux sont reprises dans le livret d'accueil du patient hospitalisé, y compris sur le site Internet, permettant une communication large en direction des usagers.

**ORGANISATION INTERNE**

L'audit de processus « gestion du risque infectieux » est assuré par un pilote, ayant une fiche de missions. Le CLIN, sous-commission de la CME, est une commission pluridisciplinaire chargée de la gestion globale et coordonnée des risques, visant à lutter contre les Infections Associées aux soins (IAS). Un règlement intérieur du CLIN précise l'organisation de la gestion du risque infectieux.

Une Unité Opérationnelle d'Hygiène (UOH) est en place et opérationnelle. Les effectifs disposent d'une fiche de missions.

Les acteurs principaux de maîtrise du risque infectieux sont le CLIN, l'Unité Opérationnelle d'Hygiène (UOH), les correspondants en hygiène, les groupes de travail, en lien avec la CME et la Direction.

L'organisation et les moyens adaptés de maîtrise du risque infectieux sont définis en concertation avec le président du CLIN microbiologiste, le PH hygiéniste, la coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins, les deux IDE hygiénistes.

La procédure de maîtrise du risque infectieux, précisant l'organisation générale a été rédigée, validée, puis diffusée. Elle indique les missions, responsabilités, méthodologie et communication du CLIN.

Il existe un plan de formation. Des enseignements sont dispensés en interne et en externe. Une formation initiale en hygiène dans le parcours d'intégration du professionnel est réalisée. Au niveau des services de soins, les professionnels bénéficient d'une formation interne, réalisée le plus souvent par les membres de UOH.

Les protocoles et documents sont rédigés selon le modèle de gestion documentaire. La gestion documentaire est informatisée rassemblant l'ensemble des documents qualité, comptes rendus de réunions.

Lors des visites des diverses unités et des divers sites et secteurs, il a été constaté que les ressources matérielles nécessaires à la prise en charge du risque infectieux sont prévues : équipements de protection individuels, matériel de bio nettoyage ainsi que les protocoles nécessaires à la prise en charge des patients.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels et les différents sites et services.

Le circuit des déchets et du linge est organisé. Les déchets sont stockés dans un local terminal sécurisé, nettoyé. L'élimination terminale des déchets est réalisée par un prestataire extérieur. La direction conventionne avec des prestataires externes intervenant dans l'établissement, dont les missions sont définies dans un cahier des charges. Le bionettoyage des locaux est organisé. Une équipe s'occupant du bionettoyage des circulations et locaux communs est en place. Dans les chambres le bionettoyage est assuré par les professionnels des services sous la responsabilité de l'encadrement.

Le CHIC dispose d'un laboratoire d'analyses médicales. Ce dernier transmet les résultats des prélèvements bactériologiques aux divers sites et services. Lorsqu'un résultat est anormal, le laboratoire

averti immédiatement les praticiens de ce dernier.

Il existe une organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, sous-commission de la CME. Des documents précisent le bon usage des anti-infectieux et des bonnes pratiques de prescription d'antibiothérapie. Un guide d'antibiothérapie de première intention (antibiogarde) et d'antibioprophylaxie est validé et diffusé. La bonne utilisation des antibiotiques est dispensée aux prescripteurs, internes par le médecin hygiéniste, référent antibiotique, avec l'aide des pharmaciens et du microbiologiste. Le dispositif de surveillance épidémiologique, les outils d'aide à la prescription des antibiotiques sont réalisés par l'intervention d'un référent antibiotiques et des pharmaciens.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Des objectifs et des plans d'actions opérationnels sont établis dans le plan d'actions annuel du CLIN.

Les IDE hygiénistes et/ou les correspondants en hygiène sensibilisent et informent les professionnels sur les risques infectieux.

Des audits et évaluations sont réalisés. Un tableau précise le thème des audits : Nettoyage des endoscopes thermosensibles, conduite à tenir en prévention de la légionellose chez les patients à risque en MCO, pré-désinfection des dispositifs médicaux dans tous les secteurs hors bloc opératoire, prise en charge en réanimation, traçabilité des cathéters veineux et sondes urinaires, cathéter tunéllisé en hémodialyse, traçabilité sur l'entretien, relevés de température « distribution des repas », hygiène des mains, application des précautions complémentaires d'hygiène. Le CLIN recueille des indicateurs, ICALIN2, ISCHA2, ICA-LISO, ICATB2, ICABMR, BN-SARM. En cas de résultats non-conformes aux exigences, des actions correctives sont discutées lors des réunions du CLIN et mises en œuvre en cas d'identification. Un tableau précisant l'effectivité de réalisation des audits est en place.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

UN CLIN est en place. C'est une commission pluridisciplinaire composé entre autre d'un président microbiologiste, d'un PH hygiéniste, de deux IDE hygiéniste, de la coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins, intégrant les représentants des Usagers (RU).

Une Unité Opérationnelle d'Hygiène (UOH) est opérationnelle. C'est une Unité fonctionnelle rattachée au pôle prestataire des services, composée d'un PH hygiéniste, de deux IDE hygiénistes et d'une secrétaire à mi-temps. Au sein de chaque secteur et service, des correspondants en hygiène sont en place.

Les procédures, protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont rédigés, validés et diffusés via la gestion documentaire informatisée. L'ensemble de la documentation est accessible par tous les professionnels.

Des formations sur la prévention du risque infectieux inscrites au plan de formation ont été réalisées. La sensibilisation et la formation des professionnels à la prévention du risque infectieux est assurée dès la prise de poste et suivie tout au long du parcours professionnel.

Les professionnels en charge du bionettoyage des locaux ont reçu une formation sur ce thème lors de leur prise de fonction. Les nouveaux arrivants bénéficient d'un rappel synthétique des règles d'hygiène de base. Une formation à l'hygiène de trois jours est inscrite dans le plan de formation du CHICAM. Durant cette formation la prévention du risque infectieux est largement abordée.

Les protocoles et procédures de surveillance et de prévention du risque infectieux sont rédigés, validés, diffusés et disponibles pour chaque professionnel sur le site Intranet du CHICAM.

Le dépistage des patients potentiellement porteur d'une Bactérie Multirésistante (BMR) ou d'une Bactérie à Haut Risque épidémique (BHRe) est réalisé en relation avec le laboratoire d'analyses médicales.

Il existe des moyens de mise en précautions complémentaires d'hygiène au sein des services. Des chambres individuelles et du matériel permettent d'isoler un patient si nécessaire. Les équipements de protection individuelle sont à la disposition des soignants.

Un protocole de gestion d'un Accident Exposit au Sang et aux liquides biologiques (AES) est affiché au sein de chaque unité de soins, complété d'un kit d'urgence AES à utiliser en cas de besoin.

Le matériel nécessaire au bio nettoyage : chariots de ménage, balais, microfibras pour le lavage des sols est adapté. Les protocoles de bionettoyage sont connus des ASH et sont disponibles.

Les circuits du linge plat, tenues professionnelles et des déchets sont opérationnels et conformes aux attentes réglementaires. Chaque soignant dispose de tenues professionnelles en nombre suffisant, l'entretien est réalisé par la blanchisserie inter hospitalière (BIH) qui est un GCS. Les ressources en compétences, matériels et la documentation sont disponibles au CHICAM.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le CHICAM connaît une organisation définie et il met en œuvre les protocoles, procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge des patients concernant la maîtrise du risque infectieux. Les protocoles et les procédures sont réévalués.

Les instances sont opérationnelles (CLIN, COMEDIMS, commission des anti-infectieux et des antibiotiques).

Le CLIN se réunit quatre fois par an et réalise annuellement un programme et un rapport d'activité. Des

comptes-rendus sont établis à chaque réunion, puis diffusés.

Le dispositif d'infectiovigilance est organisé et intégré au dispositif général des vigilances sanitaires. Un tableau récapitulatif est en place et diffusé. La surveillance et le signalement des infections nosocomiales est effectif. Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que des procédures d'hygiène des locaux sont mises en œuvre en lien avec l'UOH et le CLIN.

Le dépistage des patients possiblement porteur d'une BMR ou d'une BHRé, après hospitalisation prolongée ou séjour dans un pays identifié comme à risque de transmission est effectif. La conduite à tenir en cas de résultat positif est connue des professionnels rencontrés. Il est possible de consulter via le serveur de résultats, l'ensemble des résultats microbiologiques pour chaque patient..

L'organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques menée par le médecin hygiéniste et les pharmaciens et sous-commission de la CME est mise en œuvre. La prescription des antibiotiques est conforme aux bonnes pratiques, des outils d'aide à la prescription des antibiotiques sont utilisés. La bonne utilisation des antibiotiques est dispensée aux prescripteurs, internes par le médecin hygiéniste, référent antibiotique, avec l'aide des pharmaciens. Le dispositif de surveillance épidémiologique est réalisé par l'intervention d'un référent antibiotique et des pharmaciens. La traçabilité dans le dossier patient, de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heures est réalisée.

Les prélèvements d'eau sont effectués à périodicité définie. Ils sont traités par un laboratoire extérieur. Les résultats sont transmis, analysés et archivés. La potabilité de l'eau et la recherche d'autres micro-organismes est contrôlée. La conformité de l'eau à usage des soins est vérifiée. La recherche de légionelles dans l'eau chaude sanitaire est effectuée au moins une fois par an ou plus si besoin selon un plan de prélèvements défini. En cas de résultats non conformes, un plan d'actions est immédiatement mis en place et suivi. Les soutirages aux points d'eau insuffisamment utilisés sont effectifs.

La gestion de l'air est assurée au bloc opératoire et dans les autres services. La maintenance des VMC et climatiseurs est réalisée sous le couvert des services techniques.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre les sites, services du CHICAM sont opérationnelles.

Le bionettoyage des surfaces, l'environnement proche du patient, est effectué par les professionnels des services. La traçabilité est effective.

Le circuit du linge plat et des tenues professionnelles est organisé et opérationnel.

Le circuit des déchets est organisé et opérationnel. Les déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) sont collectés et évacués selon la réglementation en vigueur. Les locaux de stockage terminal des déchets sont conformes à la réglementation dans les centres visités. Le bionettoyage des locaux de stockage des déchets ainsi que le nettoyage des conteneurs sont réalisés.

L'ensemble des observations réalisées lors des rencontres avec les patients traceurs et les équipes les ayant pris en charge, a permis d'alimenter les éléments recueillis au cours de l'audit du processus de la prise en charge du risque infectieux.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du programme de maîtrise du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques sont réalisés à périodicité définie. Le CHICAM recueille les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (ICALIN2, ISCHA2, ICA-LISO, ICATB2, ICABMR, BN-SARM) et le CLIN dispose des résultats de ces indicateurs. Les événements indésirables sont déclarés, et font l'objet d'un suivi et d'un traitement. Un bilan annuel des événements indésirables est réalisé. L'enquête Nationale de Prévalence a été réalisée en 2017. La méthodologie est connue des professionnels dans l'ensemble des services visités. Les Accidents d'Exposition au Sang et aux liquides biologiques (AES) sont recensés.

Un bilan annuel du CLIN est réalisé. Il est présenté aux instances, intégrant la Commission Des Usagers (CDU).

## A / AGIR

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

Il existe des actions d'amélioration du dispositif en fonction des résultats des évaluations, ces dernières sont connues par les professionnels. Les protocoles et les procédures sont réactualisés en cas de besoin.

La formation des professionnels à la prévention du risque infectieux est assurée. Les informations sur la gestion du risque infectieux sont affichées, reprises dans le livret d'accueil du patient hospitalisé et sur le site Internet de l'établissement. Les résultats obtenus lors des actions de communication sont diffusés en interne via les comptes-rendus des diverses sous-commissions de la CME (CLIN, UOH, COMEDIMS), via d'autres réunions institutionnelles, et disponibles sur la gestion documentaire informatisée.

Le CHIC élabore et met en œuvre un programme d'actions. Les actions d'amélioration sont discutées et validées lors des réunions du CLIN et intégrées au PAQSS.

Le CHICAM assure une communication large en direction de ses Usagers et partenaires externes.





**c. Tableau des écarts relevés**

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

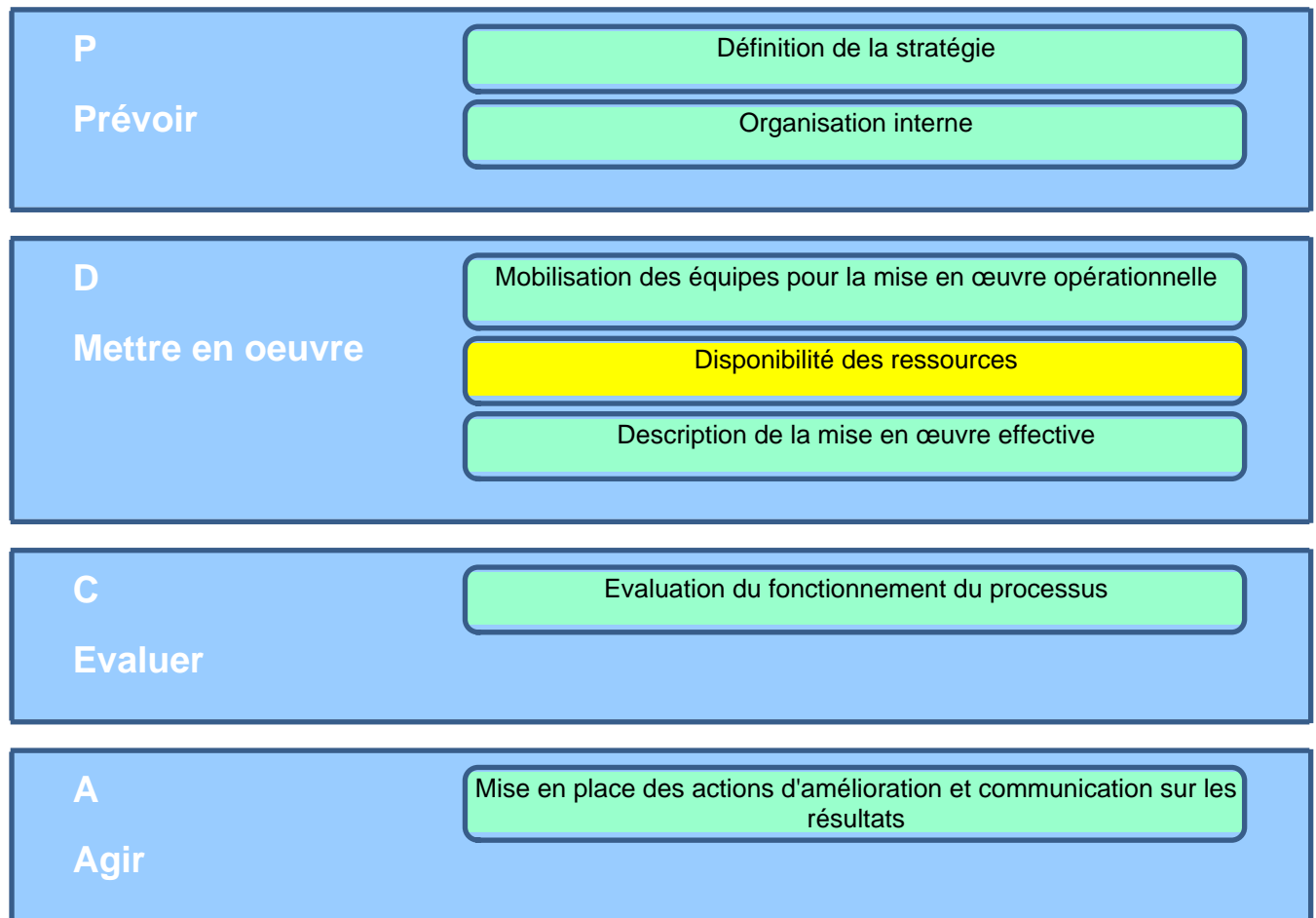
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe une stratégie et des objectifs définis dans le projet médical 2013-2018 du CHICAM. L'objectif 3 de ce projet arrête la politique de l'établissement pour la « promotion de la bientraitance » et la « promotion d'une culture de respect des droits des patients ».

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique couvrant la période 2017-2021 et projet de soins infirmiers en gériatrie couvrant la période 2014-2018 reprend les objectifs du respect des droits, de la dignité, la confidentialité/discretion des patients et résidents de gériatrie.

Les usagers contribuent à la définition de cette stratégie à travers la Commission des Usagers (CDU, ex CRUPEC) et le Comité d'Ethique. Créée en 2006. Outre à la CDU, les usagers, très présents et actifs dans la vie de l'institution, sont représentés au Conseil de surveillance, au CLIN, au CLAN, au CLUD, au Comité d'Ethique et au Conseil de vie sociale.

Le compte qualité, volet « droits des patients », est renseigné. Pour cette thématique, des risques principaux ont été identifiés et sont déclinés dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Ce dernier est intégré dans le programme d'actions institutionnel 2016-2017.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins identifie et formalise les rôles et responsabilités des instances de l'établissement et du « Pôle Qualité, Gestion des Risques et Promotion des Droits des Patients ». Créé afin de mieux coordonner les différentes contributions à la démarche, ce pôle est co-géré par le Président de CME et le Directeur qualité, lequel a délégué au Directeur général pour le représenter à la CDU. Les rôles et missions du Comité d'Ethique et de la CDU sont également rappelés dans ce document de politique générale.

Un Comité de pilotage certification réunissant les membres de la Direction qualité et les pilotes de processus a été mis en place. Il est prévu de le transformer prochainement en Comité de pilotage de la qualité et de l'évaluation.

Validé institutionnellement par les instances concernées, le plan de formation des personnels non médicaux de l'établissement décline chaque année la thématique « droits des patients ». Les actions spécifiques figurant dans ce plan portent sur la « bientraitance », la « confidentialité des informations relatives au patient », les « droits et information du patient ». Ces formations sont connues des agents qui s'y inscrivent régulièrement.

Les patients sont informés sur leurs droits et sur le rôle de la CDU par le site Internet du CHICAM, qui comporte sur la page d'accueil une rubrique « usagers » particulièrement bien renseignée. Le livret d'accueil est remis à chaque entrée de patient. Il comprend les informations relatives au consentement éclairé, au droit à l'information, à l'instruction des plaintes et réclamations, à la personne de confiance, aux directives anticipées, à l'accès et la conservation du dossier médical. La composition de la CDU y figure. En plus, des plaquettes d'accueil spécifiques pour les sites de Mamers et d'Alençon « Pastels » existent.

La charte du patient hospitalisé est affichée à l'entrée de tous les services, de même que l'information sur la loi Léonnetti. Sont également affichées : une « charte des droits et libertés de la personne accueillie », une « charte de l'accueil du patient au CHIC » et une « charte de l'accueil de l'utilisateur en consultations et autres lieux d'accueil du public ». Le numéro 14 (automne 2017) du journal interne du CHICAM consacre une page entière sur la gestion des réclamations des usagers et le rôle des médiateurs.

L'accueil des patients et de leurs familles en service de soins MCO fait l'objet d'une procédure écrite. Dans les situations qui le nécessitent, l'accueil est personnalisé et contractualisé : C'est le cas en addictologie avec un « contrat de soins unité d'addictologie », en pédiatrie avec un « contrat de confiance entre les adolescents et le personnel soignant du service de pédiatrie » et en USLD avec un « contrat de séjour ». Pour les personnes âgées, un « Projet d'Accueil et d'Accompagnement individualisé » faisant office de projet personnalisé de soins est en place et est discuté avec la personne et son entourage, s'il y a lieu. En cancérologie, le projet personnalisé est également systématique.

La confidentialité de l'information relative aux patients est organisée sur l'ensemble de l'établissement. Les écrans des ordinateurs utilisés par les soignants sont éteints, mis en veille ou orientés de telle manière que le public ne puisse les lire depuis les couloirs. De même, les dossiers papiers ne sont pas accessibles au public. Des procédures d'accès au dossier patient informatisé rappellent les règles relatives au respect de la confidentialité des données.

De nombreuses procédures et formulaires spécifiques aux droits des patients existent également sur les pratiques de contention, le signalement des éventuels cas de maltraitance, le consentement éclairé, le refus de soins, l'information du patient en cas de dommage associé aux soins, la personne de confiance, l'accès à son dossier pour le patient. L'autorisation de soins est en place pour les mineurs et les majeurs protégés. Un formulaire de refus de transfusion est à disposition des patients.

## D / METTRE EN ŒUVRE

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

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs et s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Si besoin, des actions correctives sont identifiées (lorsque un dysfonctionnement, ou une baisse de résultats ou d'indicateurs est relevé, etc.).

Les cadres de santé et cadres supérieurs s'approprient les documents qualité et les résultats des évaluations et des indicateurs. Les résultats et indicateurs sont affichés dans chaque unité de soins. Des actions d'évaluation sont mises en œuvre : audits croisés du dossier patient dont la grille intègre plusieurs items afférents aux droits des patients, méthode du patient traceur, enquête de satisfaction, CREX et RMM.

Les représentants des usagers sont associés aux évaluations et aux projets d'amélioration du fonctionnement des services.

Les événements indésirables sont recueillis dans l'ensemble des unités et des actions correctives sont identifiées.

Les professionnels sont informés des résultats des évaluations (questionnaires de satisfaction par exemple) et des actions correctives définies à la suite de CREX ou RMM.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La documentation est actualisée et accessible dans l'ensemble des services au moyen de l'Intranet.

Les ressources utiles à la prise en compte des droits des patients sont disponibles au niveau de l'ensemble des services. Les ressources en compétences (effectifs, formation) sont disponibles dans les secteurs.

Les compétences sont adaptées et permettent une prise en charge pluridisciplinaire des besoins des patients. Les formations prévues au plan de formation sont mises en œuvre.

Pour ce qui concerne les ressources matérielles, les locaux et équipements sont adaptés en nombre aux différents services. Le service de la maternité a été récemment rénové et dispose de locaux adaptés. Cependant, les locaux et équipements nécessaires au respect de l'intimité du patient ne sont pas tous disponibles. C'est le cas en pédiatrie ou aux urgences, les locaux se révèlent parfois exigües au regard de l'activité. Sauf pour le site des Pastels (USLD et SSR) et pour le service de pneumologie sur le site principal d'Alençon, l'intimité des patients des chambres à 2 lits, en nombre très important sur tous les sites, n'est pas assurée. Les chambres ne sont pas équipées de paravent ou de rideaux de séparation qui permettraient aux infirmières ou aides soignantes de respecter cette obligation lors des soins. Pour le service d'urgences adultes d'Alençon, l'établissement a inscrit dans son PAQSS l'installation de rideaux dans les couloirs pour isoler les lits qui y sont utilisés en cas d'affluence. Ces rideaux posés en octobre 2017 ne garantissent pas totalement l'intimité des patients.

Pour tous les autres services de l'établissement, aucune action n'est prévue au PAQSS.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement, la prise en charge et le respect des droits des patients. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont en place, notamment grâce aux formations proposées au Plan de formation institutionnel : par exemple en gériatrie, les actions de contention physique font systématiquement l'objet d'une analyse d'équipe, parfois quotidienne en SSR, afin de limiter leur mise en place. Pour cela, plusieurs documents de référence ont été élaborés. La traçabilité des actions relatives aux contentions et d'une manière générale celle des actions et activités est assurée.

L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU est assurée au moyen du livret d'accueil, du site Internet et des affichages en place. L'information du patient et de son entourage sur les soins proposés est également recherchée. En cas de dommage associé aux soins, le patient est tenu informé conformément aux procédures en place. Les procédures relatives au consentement éclairé est en place dans la plupart des secteurs à risque. La procédure de refus de soins est correctement appliquée.

Les professionnels respectent la confidentialité des informations des patients, y compris dans les chambre doubles (colloque singulier dans bureau, 2ème patient est sorti ...).

Les procédures d'isolement pour raison d'hygiène sont appliquées. Les procédures de contentions sont connues des professionnels et appliquées, notamment aux urgences et dans les secteurs personnes âgées.

Des dispositions spécifiques sont établies pour les soins aux détenus puisque l'établissement dispose de deux chambres sécurisées et qu'il gère l'UCSA du centre pénitencier de Condé-sur-Sarthe.

Pour pallier aux difficultés liés aux locaux et équipements manquant pour les chambres doubles, en particulier sur le site de Mamers, les personnels adaptent leurs pratiques lorsqu'ils interviennent au

chevet d'un patient pour respecter son intimité.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles notamment entre la Direction qualité et les services de soins, en particulier du fait de l'existence du comité qualité.

Les observations issues des patients traceurs confirment les constats issus des audits de processus.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.).

Avant visite, sept patients traceurs ont été audités par l'établissement. Les questions relatives aux droits du patient n'ont pas relevé d'anomalie particulière, autre que celle relative à l'intimité dans les chambres à deux lits.

Conformément à ce qui est défini par la politique qualité de l'établissement, un ensemble d'actions d'évaluation est réalisé dans le domaine de la satisfaction et des droits des patients. Ces évaluations sont pilotées par la direction qualité en lien avec les pôles et en y associant les représentants des usagers autant que nécessaire.

Parmi celles-ci, les questionnaires de satisfaction à la sortie du patient recueillis par la Direction de la qualité, via des boîtes aux lettres à chaque étage des bâtiments, sont tous lus et traités. Les statistiques qui en résultent sont présentées aux instances de l'établissement, notamment en CDU. D'une manière générale les représentants des usagers sont régulièrement associés aux actions d'évaluation mises en place. La CDU discute et suit également chaque plainte ou réclamation.

Des CREX et RMM sont en place permettant, le cas échéant, d'analyser des points portant sur les droits des patients.

Toujours au niveau des évaluations internes, d'autres enquêtes ont été réalisées : auprès des usagers du laboratoire de biologie, auprès des résidents des secteurs USLD, et sur l'accessibilité aux parkings du site principal d'Alençon.

La Direction de la qualité assure le lien et effectue les recoupements nécessaires entre les signalements d'évènements indésirables, les enquêtes de satisfaction et les plaintes ou réclamations. En cas d'EI graves, le dossier est systématiquement présenté en CDU après connaissance des résultats des CREX réalisés avec les professionnels.

D'autre part, le CHICAM participe également en continu à l'enquête nationale e-satis.

Les résultats des indicateurs IPAQSS sont disponibles sur l'Intranet et sont affichés.

Le plan d'actions qualité de la thématique fait l'objet d'un suivi régulier et réajusté périodiquement.

Un chapitre du programme d'actions institutionnel est dédié spécifiquement aux droits des patients. L'établissement assure périodiquement l'évaluation et le suivi de la progression des actions qui y sont recensées. Un bilan annuel d'activité est réalisé.

Un ensemble d'indicateurs est renseigné et présenté régulièrement à la CDU ainsi que les résultats des évaluations.

## A / AGIR

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

La communication des résultats des indicateurs qualités et de sécurité des soins et des actions, compris ceux relatifs aux droits des patients, est réalisée. Elle est faite en interne comme en externe, auprès des professionnels et des usagers de plusieurs façons : présentations en instances et réunions institutionnelles, Intranet, journal interne, affichage.

Les actions d'amélioration sont définies et mises en œuvre au regard des résultats des indicateurs et évaluations réalisées. Ces actions sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Concernant les plaintes et réclamations relevant du critère « droits des patients », celles-ci font l'objet d'analyses spécifiques et, si nécessaire, d'actions d'amélioration spécifiques.

En 2016, la CDU a mis en place un bilan des motifs négatifs des questionnaires de satisfaction, servant d'indicateurs pour les actions prioritaires à mettre en place.

Les travaux de la CDU, ceux des CVS et les réponses des usagers aux enquêtes ont contribué, par leur propositions, à la mise en place d'actions d'amélioration (travaux d'extension des parking avec priorisation des besoins des usagers, mise à disposition de distributeurs en Pédiatrie, mise en place d'un parcours de promenade sur le site de Mamers, intégration des remarques des usagers pour le futur marché du prestataire télévision, etc...).

Le cellule d'analyse des fiches de signalement des évènements indésirables propose des actions d'amélioration ou des réflexions permettant d'améliorer le respect des droits des patients.

Les questionnaires de satisfaction nécessitant un suivi par des actions d'amélioration sont analysés et traités en lien avec les professionnels concernés.

**c. Tableau des écarts relevés**

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les locaux et équipements nécessaires au respect de l'intimité du patient ne sont pas tous à disposition.</p> <p>C'est le cas en pédiatrie ou aux urgences, les locaux se révèlent parfois exigües au regard de l'activité. Sauf pour le site des Pastels (USLD et SSR) et pour le service de pneumologie sur le site principal d'Alençon, l'intimité des patients des chambres à 2 lits, en nombre très important sur tous les sites, n'est pas assurée. Les chambres ne sont pas équipées de paravent ou de rideaux de séparation qui permettraient aux infirmières ou aides soignantes de respecter cette obligation lors des soins, y compris les soins d'hygiène.</p> <p>Seulement pour les urgences d'Alençon, l'établissement a inscrit dans son PAQSS l'installation de rideaux dans les couloirs pour isoler les lits qui y sont utilisés en cas d'affluence. Ces rideaux posés en octobre 2017 ne garantissent pas totalement l'intimité des patients.</p> <p>Pour tous les autres services de l'établissement, aucune action n'est prévue au PAQSS.</p>	10b

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

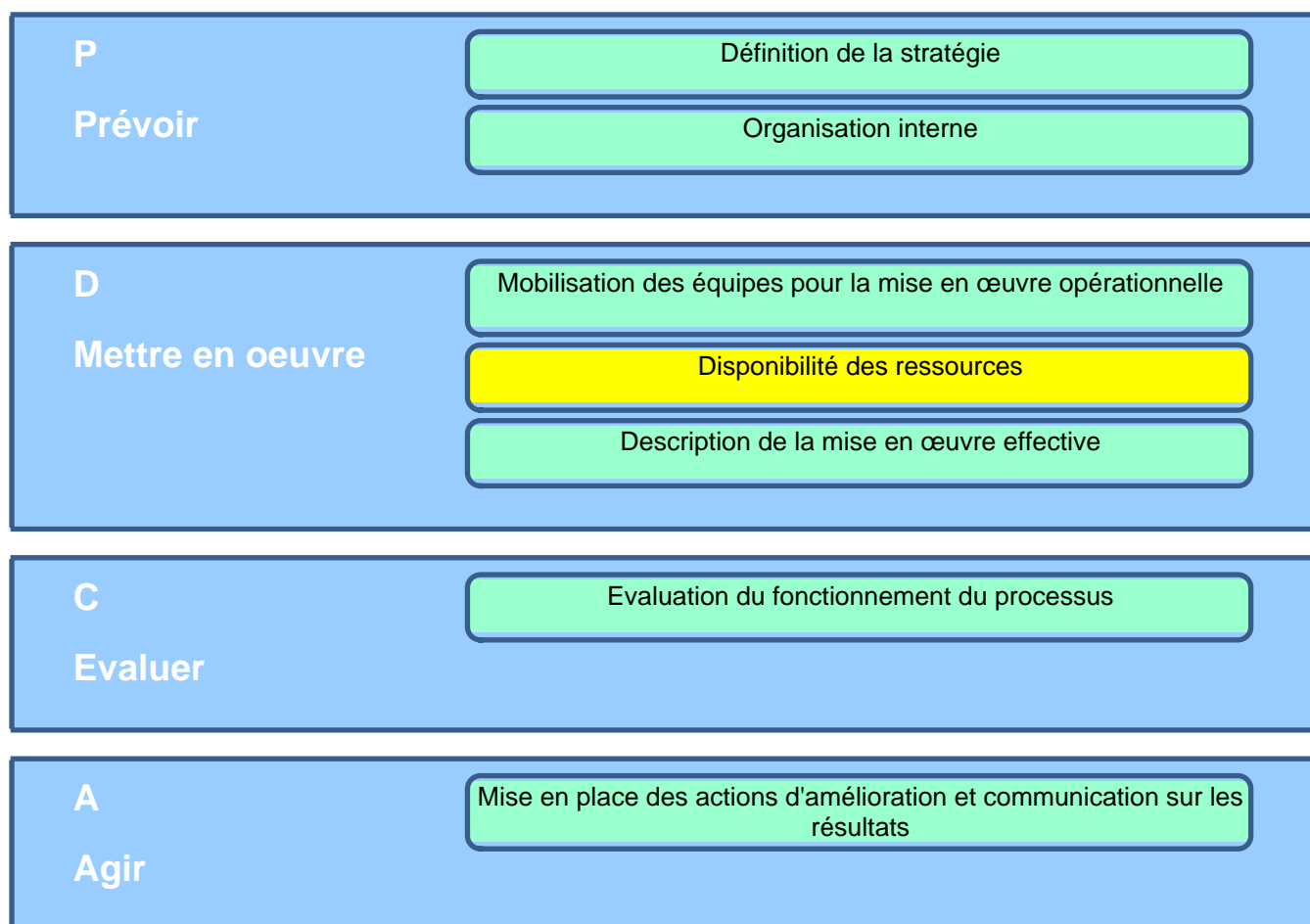
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 Inter Communal (CHIC) Alençon-Mamers est l'établissement support du Groupement Hospitalier du territoire Orne Perche Saosnois constitué en 2016 qui dispose d'un projet médico-soignant partagé dont des orientations sont relatives à l'organisation de filières de soins coordonnées sur son territoire de santé. Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2013-2018 comprend parmi ses orientations des objectifs relatifs à l'organisation des soins territorialisée et au service rendu dans les parcours de soins. Le projet médical inclut un objectif relatif à l'optimisation des parcours des patients.

Pour organiser la prise en charge des patients, cinq pôles médicaux correspondant aux activités et disciplines en place ont été constitués. Ces activités sont la médecine, la chirurgie, l'obstétrique, les soins de suite et de réadaptation, les soins de longue durée et l'accueil des urgences.

L'établissement a défini une stratégie et des objectifs d'amélioration qui tiennent compte de son contexte, des conclusions de la précédente démarche de certification, des indicateurs IQSS des évaluations réalisées et de l'analyse des risques effectuée.

Le processus général « parcours du patient » a fait l'objet d'une investigation au moyen d'une grille d'analyse d'un réseau régional qualité, ce qui a permis de renseigner le compte qualité. Des risques principaux y sont identifiés et hiérarchisés.

Cette stratégie, validée par les instances est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé qui est intégré dans le programme d'actions institutionnel 2016-2017.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus est défini et comprend deux niveaux. Un premier niveau dit institutionnel est assuré par le Directeur Général, le Président de la CME, par intérim, et la Directrice des soins – coordinatrice générale. Un second niveau dit opérationnel a été mis en place pour la coordination de l'identification et la gestion des risques pour chacun des parcours de prise en charge. Ce second niveau est assuré par le Président de la CME, par intérim et deux cadres supérieurs de santé respectivement des pôles de Médecine et de Gériatrie.

Les missions des pilotes sont formellement définies au niveau d'une fiche de missions. Le service qualité a assuré l'assistance méthodologique utile à ce pilotage.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, la réponse aux besoins de l'établissement en ressources matérielles et humaines est organisée.

Un plan de formation est défini. Des axes spécifiques d'actions de formations à chacun des pôles sont déterminés pour la prise en charge des patients. Le dispositif d'accueil des nouveaux arrivants est en place.

La gestion documentaire est organisée et les documents sont disponibles dans l'ensemble des services au moyen d'un logiciel dédié auquel les professionnels ont été formés.

Les parcours des patients sont organisés au niveau des différents services notamment dans le cadre des filières définies au niveau du groupement hospitalier de territoire et des conventions inter-établissements conclues.

Il existe un dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence et une organisation adaptée à la prise en charge de l'urgence vitale est définie.

La continuité des soins est organisée. Au niveau paramédical, les effectifs et plannings par secteurs sont définis : un pool de personnels de suppléance est en place. Au niveau médical, les problématiques liées à la démographie sont prises en compte et le recours à l'intérim permet d'assurer les effectifs nécessaires. Un système de gardes et astreintes est établi. Le repos de sécurité est assuré pour les situations de gardes et généralement respecté pour celles afférentes aux astreintes.

La prise en charge du patient est conduite en fonction de l'évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins. Elle est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de sa prise en charge.

Le projet thérapeutique, de soins personnalisés ou le projet d'accueil et d'accompagnement pour l'Unité de soins de longue durée est concerté avec le patient ou sa famille. Il intègre la réflexion-bénéfice risque. Un classeur relatif au programme personnalisé de l'après cancer, PAAC, est en place.

La prise en charge repose sur des réunions ou des concertations pluri professionnelles et pluridisciplinaires organisées suivant une périodicité différente selon les services et qui est généralement hebdomadaire.

Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont organisés et des supports disponibles dans le dossier du patient.

Le dépistage et la prise en charge du risque suicidaire sont organisés le cas échéant avec une collaboration avec le Centre Psychothérapique de l'Orne et avec l'EPSM de la Sarthe. Les équipements des chambres des patients sont adaptés au regard de ce risque (dispositifs en place limitant l'ouverture des

fenêtres).

Les interfaces sont effectives entre les services et le laboratoire, la radiologie et celui d'accueil des urgences. La fonction transport interne des patients est organisée. Sur le site d'Alençon le brancardage est centralisé et deux numéros d'appels sont disponibles pour la chirurgie et la médecine. Sur le site de Mamers, le brancardage est pris en charge par les unités de soins.

La sortie du patient est organisée. Pour les transferts inter-services les informations utiles à la continuité des soins sont disponibles sans délai au niveau du dossier patient informatisé.

Le dispositif PRADO est en place en maternité et en chirurgie orthopédique et le logiciel Trajectoire est utilisé pour coordonner la sortie du patient.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Le déploiement du plan d'actions est accompagné au niveau des différents secteurs d'activité par la Direction Qualité. Des référents notamment hygiène, douleur, plaies cicatrisation escarres, CLAN sont désignés au sein des pôles en tant que relais des services supports.

L'encadrement médical et paramédical sensibilise régulièrement les professionnels sur les objectifs, les risques identifiés et s'assurent de la conformité des pratiques au regard des procédures disponibles. Les réunions de services et d'encadrement participent de cette mobilisation.

Des procédures sont définies et des supports en place pour le recueil des informations utiles à la prise en charge des patients.

Les résultats des audits et des indicateurs sont diffusés.

Les évènements indésirables sont recueillis et font l'objet d'analyse et les déclarants sont informés du traitement de leur signalement.

Les professionnels sont associés aux CREX et RMM et les comptes rendus sont diffusés aux équipes.

Des actions correctives sont identifiées avec les professionnels et sont le cas échéant incluses dans le PAQSS de l'hôpital.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en effectifs et compétences sont disponibles dans les secteurs. Ils répondent aux besoins de l'activité et des spécificités des populations prises en charge.

La disponibilité des compétences est assurée au moyen du plan de formation institutionnel mis en œuvre qui est décliné par pôles.

Les avis compétents sont recherchés dans l'établissement et à l'extérieur en particulier dans le cadre des coopérations médicales en place avec le CHU de Caen et les centres hospitaliers du Territoire et le CH du Mans. Pour la prise en charge de l'urgence vitale des chariots ou sacs d'urgence sont disponibles dans tous les services et vérifiés régulièrement.

Les protocoles et les documents utiles aux équipes sont disponibles sur le réseau informatique.

Les résultats des bilans biologiques et les comptes rendus de radiologie sont disponibles. L'accès aux plateaux techniques de radiologie et de biologie est assuré en permanence.

Toutefois, les accès du service de Pédiatrie ne sont pas sécurisés. Le service de Pédiatrie est situé au premier étage dans une annexe du bâtiment principal à l'entrée du site d'Alençon. De 8 heures à 20 heures, 7 jours sur 7, il est accessible sans restrictions et sans contrôle d'accès. Après 20 heures, l'accès au service nécessite l'utilisation d'un boîtier d'appel. Cette situation est liée au positionnement de la salle d'attente des urgences pédiatriques de jour à l'entrée du service. A partir de 20 heures les urgences pédiatriques sont accueillies aux Urgences Adultes situées dans le bâtiment principal.

L'établissement n'a identifié que partiellement cette situation dans son PAQSS en limitant la problématique au risque de fugue des adolescents accueillis aux urgences pédiatriques. Il envisage la relocalisation de l'ensemble du service dans les locaux du bâtiment central lors d'opérations de travaux à venir.

L'ensemble des situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes ne sont donc pas identifiées.

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

Les différentes étapes du parcours du patient par filières sont connues et les secteurs mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour sa prise en charge du patient soit en interne soit dans le cadre des coopérations avec les établissements relais ou de références.

Pour certains services, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, une organisation est en place pour valider les admissions. Le service d'accueil des urgences a établi une organisation pour favoriser l'admission directe des personnes âgées dans les services de court séjour et limiter les passages aux urgences.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles notamment pour ce qui concerne les relations avec les services d'accueil des urgences, les services d'aval, le laboratoire, la radiologie, le service qualité et les services logistiques.

Des dispositions spécifiques sont établies pour les soins aux détenus.  
 L'orientation des patients se présentant pour une urgence est assurée selon des circuits adaptés aux parturientes, aux enfants et aux adultes.  
 Au moment de l'admission dans le service, l'évaluation initiale du patient est réalisée par le médecin. Les conclusions de cette évaluation permettent d'élaborer le projet thérapeutique ou le projet de soins personnalisé. Ce dernier est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient en impliquant le patient et son entourage le cas échéant. Le projet thérapeutique intègre la réflexion bénéfices/risques notamment pour les actes et traitement à risque. Un projet d'accueil et d'accompagnement est formalisé de façon très détaillée dans le pôle de gériatrie.  
 La permanence des soins est assurée et les gardes et astreintes sont organisées. Les tableaux de garde sont disponibles sur l'Intranet de l'établissement.  
 Les réunions de concertation pluridisciplinaires sont mises en œuvre en cancérologie et généralement tracées dans le dossier patient comme le confirment les résultats des indicateurs correspondants.  
 Des réunions ou staffs pluri-professionnels sont généralement réalisés dans les secteurs d'activités avec l'ensemble des professionnels participant à la prise en charge du patient. D'autres mécanismes de concertation et d'information mutuelle des équipes sont en place dans réunions, transmissions inter-équipes.  
 Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement lorsque l'état de santé le nécessite. Les équipes mobiles de soins palliatifs ou l'équipe d'urgences médico-psychologique sont sollicitées le cas échéant. La prise en charge du patient est articulée avec les activités de rééducation et de réadaptation, ergothérapeutes, diététiciennes. En parallèle, un accompagnement psycho-social est proposé lorsque la situation le nécessite.  
 La prise en charge des populations spécifiques (patients porteurs de maladies chroniques, personne âgée, enfants et adolescents notamment dans le cadre de la psychiatrie infanto-juvénile) fait l'objet d'une coordination effective des différents professionnels concernés (réunions, consultations, avis...).

Les troubles nutritionnels sont dépistés et suivis ; leurs dépistages est tracé dans les dossiers comme le confirment les résultats des indicateurs qui évoluent positivement.  
 Le risque suicidaire est identifié mais sa traçabilité n'est assurée que dans l'hypothèse où il est avéré comme le montre les investigations réalisées au niveau des patients traceurs. Le cas échéant, le patient à risque suicidaire est pris en charge avec une collaboration avec le Centre Psychothérapique de l'Orne et avec l'EPSM de la Sarthe.  
 Dans les domaines de la diabétologie, l'établissement déploie un programme d'éducation thérapeutique validé par l'ARS. Des actions d'éducation sont mises en œuvre en neurologie pour la prévention du risque d'AVC.  
 La sortie est organisée. Le dispositif relatif à l'élaboration et à la remise de la lettre de liaison est en place.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Conformément à ce qui est défini au niveau du pilotage de la qualité, un ensemble d'actions d'évaluation est réalisé et piloté par le service qualité en lien avec les services.  
 L'établissement assure le recueil des IQSS relatifs à la thématique « parcours du patient ». D'autres indicateurs sont suivis dans le domaine de la satisfaction du patient et de la prise en charge des patients au bloc opératoire.  
 Les résultats des indicateurs sont disponibles sur l'Intranet et font l'objet de réunions médico-économiques.  
 La méthode du « patient traceur » est déployée et la programmation de plusieurs évaluations engagée.  
 Des CREX et RMM sont en place. Les RCP sont assurées en cancérologie.  
 Des enquêtes sont conduites par l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène.  
 Le risque « escarre » fait l'objet d'une enquête annuelle de prévalence.  
 Le secteur des Soins de Longue Durée déploie des actions d'évaluation spécifiques à son secteur : audit du plan d'accueil et d'accompagnement, enquête de satisfaction, analyse des pratiques.

## A / AGIR

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

Les évaluations conduites permettent d'identifier des actions correctives qui sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.  
 La communication des résultats et actions est réalisée selon plusieurs modalités : présentations en instances et réunions institutionnelles, Intranet, journal interne et site Internet.  
 Les résultats des indicateurs qualité et de sécurité des soins sont diffusés.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les accès du service de Pédiatrie ne sont pas sécurisés.</p> <p>Le service de Pédiatrie est situé au premier étage dans une annexe du bâtiment principal à l'entrée du site d'Alençon. De 8 heures à 20 heures, 7 jours sur 7, il est accessible sans restrictions et sans contrôle d'accès. Après 20 heures, l'accès au service nécessite l'utilisation d'un boîtier d'appel. Cette situation est liée au positionnement de la salle d'attente des urgences pédiatriques de jour à l'entrée du service. A partir de 20 heures les urgences pédiatriques sont accueillies aux Urgences Adultes situées dans le bâtiment principal.</p> <p>L'établissement n'a identifié que partiellement cette situation dans son PAQSS en limitant la problématique au risque de fugue des adolescents accueillis aux urgences pédiatriques. Il envisage la relocalisation de l'ensemble du service dans les locaux du bâtiment central lors d'opérations de travaux à venir.</p> <p>L'ensemble des situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes ne sont donc pas identifiées.</p>	6a

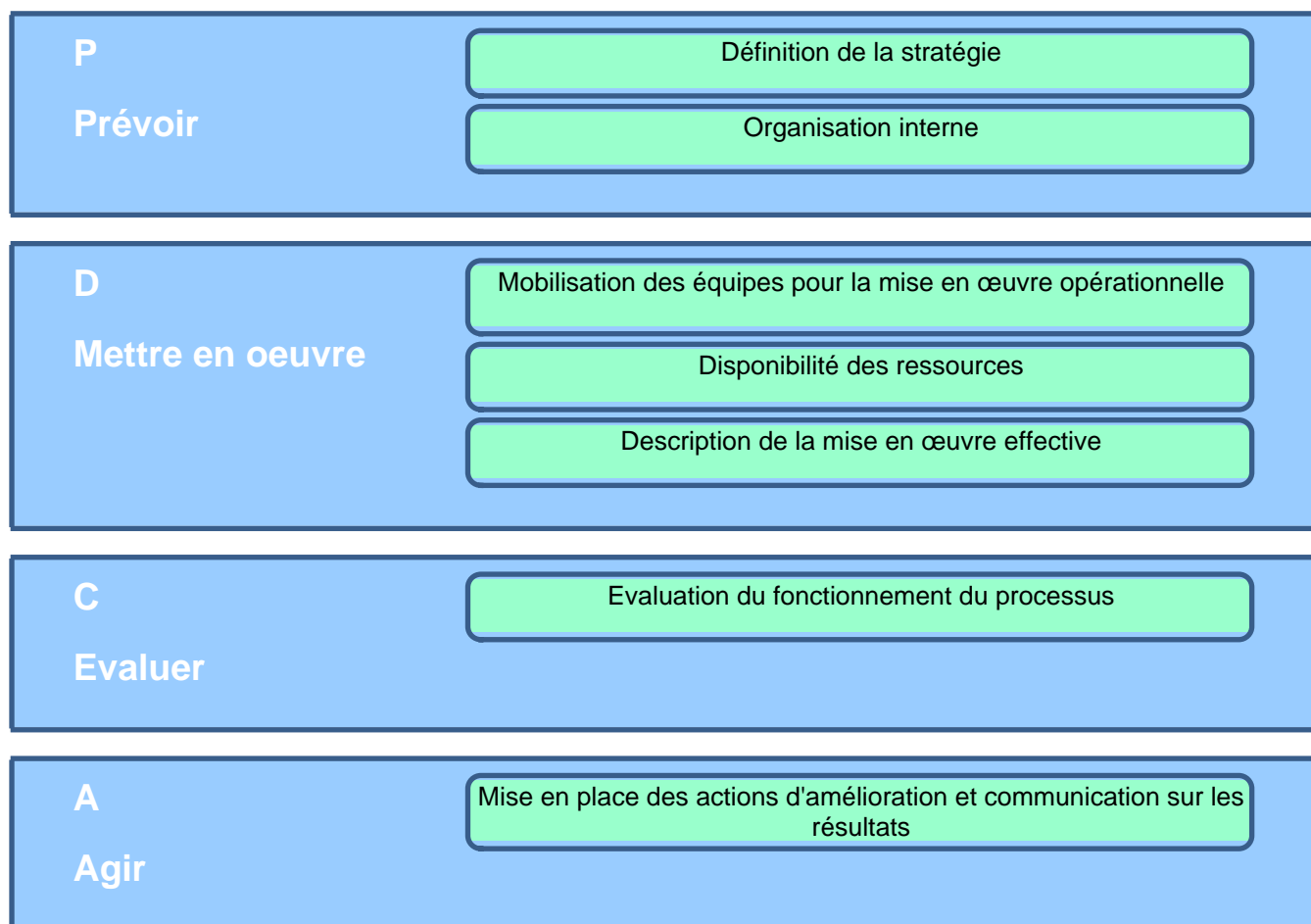
# DOSSIER PATIENT

## 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



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La tenue du dossier patient est un des objectifs du projet médical 2013/2018 du CHIC Alençon-Mamerss. Cet objectif se décline sur deux axes : le premier en lien avec les droits des patients et le second sur le suivi et l'amélioration continue du dossier patient. Par ailleurs, le schéma directeur 2016 a acté la mise en place dans tous les services du dossier patient informatisé.

La stratégie et les objectifs du dossier patient ont été élaborés à partir du projet médical, des résultats des indicateurs obligatoires, des résultats de la V2010 de l'analyse du processus et des risques associés. Ce travail a été validé par les instances (COPIL, CME, CODIR) et décliné dans un plan d'actions formalisé et inclus dans le programme d'actions institutionnel (PAQSS). Ce dernier couvre la gestion du dossier patient et l'accès du patient à son dossier. Les modalités de suivi des actions sont définies.

La communication auprès des agents a été relayée par les Cadres de Santé des unités et par les deux infirmières référentes dossier patient.

#### ORGANISATION INTERNE

Une organisation a été définie afin de piloter l'analyse du processus. Le chef de projet Dossier Patient Informatisé (DPI), l'Attaché d'Administration Hospitalière du service de gestion du dossier patient et un PH de neurologie ont été désignés comme pilotes du groupe.

Les pilotes ont été formés à l'analyse des processus. Une fiche de mission a été écrite et contre signée par chaque pilote. Un « kit pilote » a été mis à leur disposition pour l'analyse de leur thématique. Pour aider les pilotes, un groupe pluriprofessionnel a été constitué.

La formation de l'ensemble des acteurs et des nouveaux arrivants a été organisée pour la mise en place et l'utilisation du dossier patient informatisé.

Les ressources documentaires relatives au dossier patient sont intégrées dans la gestion documentaire informatique (GED) avec un accès direct à partir du logiciel. Les archives sont conservées sur plusieurs sites sécurisés. Un logiciel utilisé par le service gestion du dossier patient permet de connaître de façon instantanée la localisation du dossier patient.

L'accessibilité du patient à son dossier est organisée ainsi que son information via le livret d'accueil.

Les ressources matérielles (équipement, maintenance) sont prévues par l'établissement. Une sauvegarde, en accès direct sur le ordinateur, est prévue en cas de panne informatique avec l'édition sous format PDF des données du patient. Une sécurisation des données informatiques est organisée via des sauvegardes. Des codes d'accès utilisateurs selon les profils sont définis.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

L'établissement a mis en place un accompagnement des professionnels pour la mise en œuvre et le suivi du dossier informatisé et du dossier papier (formations, IDE référentes Dossier patient).

Les pilotes s'assurent de la conformité des pratiques par leur participation à des réunions des cadres de santé, par l'intervention des deux IDE référentes dans l'ensemble des services de soins informatisés et grâce aux rencontres régulières du groupe référent.

Suite aux résultats des audits, des actions correctives sont rajoutées au plan d'actions. Par exemple, suite à un audit sur le dossier patient en USLD, la traçabilité de la personne de confiance étant en dessous du niveau demandé, un rappel a été réalisé auprès de l'ensemble des soignants sur le recueil et sa traçabilité. Concernant les indicateurs obligatoires, un nouveau relevé d'IQSS a été mené en juin 2017. Le paramétrage de la lettre de sortie est en cours de finalisation.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Afin de pouvoir déployer le Dossier Patient Informatisé dans les services de soins et d'assurer la qualité et la sécurité des données du patient, les ressources nécessaires sont disponibles. Ces ressources portent sur la compétence, les matériels et les locaux.

Le groupe référent a pour pilote le chef de projet DPI, la responsable du service de gestion du dossier patient ainsi qu'un PH neurologue, secondés par deux IDE dont un membre de la CIV, des secrétaires médicales, un TIM, un représentant de la cellule qualité et deux représentants de l'encadrement.

Chaque agent et nouvel arrivant sont formés à l'utilisation du logiciel selon sa catégorie professionnelle et à la déclaration des événements indésirables le cas échéant. De plus, les agents bénéficient d'une aide ponctuelle des deux IDE référentes Dossier Patient Informatisé.

Pour permettre des connections informatiques à distance dans l'ensemble des secteurs, une mise à jour du système wifi, en place depuis 2008, a eu lieu avec le changement de toutes les bornes

Des postes informatiques portables sont mis à la disposition des soignants médicaux et paramédicaux

afin que ces derniers puissent prescrire ou valider leurs actes.  
Une assistance technique et fonctionnelle est assurée par une hot line. Le mode dégradé décrit dans une procédure est connue des professionnels.  
Un guide d'utilisation et de gestion du dossier patient papier et informatique est mis à disposition des utilisateurs via la GED ainsi que les règles de stockage et d'archivage du dossier patient. Le support de formation à l'utilisation du logiciel est également à disposition des agents dans la gestion documentaire.  
Les outils papier ou informatisés permettent d'accéder à l'ensemble des données nécessaires à la prise en charge, d'assurer une traçabilité pour les actes prescrits et réalisés. Le dossier informatisé permet d'accéder à l'ensemble des données consécutives à l'ensemble des prises en charge antérieures. La réactivité du service de gestion du dossier patient papier permet la diffusion du dossier papier dès la demande. L'accessibilité aux dossiers archivés est possible 24h/24h. Le local des archives est conforme : alarme incendie, accès réglementé, local fermé...

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

Les différents actes inhérents à la prise en charge sont tracés dans le dossier informatisé. Les documents utilisés pour le dossier papier permettent également cette traçabilité. L'identité du patient et du professionnel sont retrouvées dans le dossier comme confirmé par les patients traceurs. La création de l'identité du patient respecte les bonnes pratiques. Les règles de création d'identité sont connues par le personnel du bureau des entrées et retrouvées dans la GED (gestion documentaire informatisée).  
Les transmissions des données concernant le patient entre les différents acteurs sont sécurisées : les codes d'accès au DPI sont donnés selon les spécificités des différents intervenants, les dossiers papiers en cas de besoin sont transmis via un dossier cacheté anonymisé. Les pochettes des dossiers sont identifiées par l'année d'hospitalisation, la date de naissance et le numéro IPP (identifiant personnalisé permanent).  
Les procédures concernant les demandes de dossiers et la distribution des dossiers souhaités sont en place et connues des professionnels. Un logiciel facilite la localisation des dossiers.  
Concernant les demandes de dossier par les patients, l'information est incluse dans le livret d'accueil et les procédures en place répondent aux contraintes réglementaires. Une requête sur le logiciel des archives permet de suivre les recherches pour les dossiers manquants.  
Le refus du patient sur la communication de ses données médicales est tracé dans le dossier. Afin de faciliter la communication de cette information au service des archives, le refus sera porté sur la pochette du dossier avec une zone dédiée (pochettes en commande).

### **C / EVALUER**

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

Afin d'assurer un suivi sur les actions définies suite à l'évaluation de la thématique et sur la qualité du dossier patient, plusieurs audits ou contrôles sont organisés : des quick audits sur la tenue du dossier patient, un relevé des indicateurs obligatoires hors protocole, un audit du médecin DIM sur les observations médicales, le relevé des indicateurs hôpital numérique, le suivi du nombre de dossiers demandé par les patients et le délai de transmission. Les délais de transmission sont notés dans le rapport d'activité de la CDU.  
Le service de gestion du dossier patient rédige un rapport d'activité annuel qui détaille les indicateurs et les actions de gestion du dossier (fusion, demandes de mise à disposition des dossiers, suivi des contentieux, activité des archives).

### **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS de l'établissement. Ces actions ont été définies suite à l'évaluation du processus et aux résultats IQSS (par exemple : contenu de la lettre de liaison). Tous les résultats d'audits sont suivis par le groupe référent dossier patient au cours de réunions collégiales (18 réunions de septembre 2016 à octobre 2017). La communication de ces résultats se fait auprès des équipes via les réunions des cadres de santé où les pilotes et/ou référents du groupe dossier patient interviennent.  
Concernant les audits du dossier patient en secteur USLD, le choix a été fait de réaliser une action spécifique avec les équipes de soin entre chaque évaluation.

**c. Tableau des écarts relevés**

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



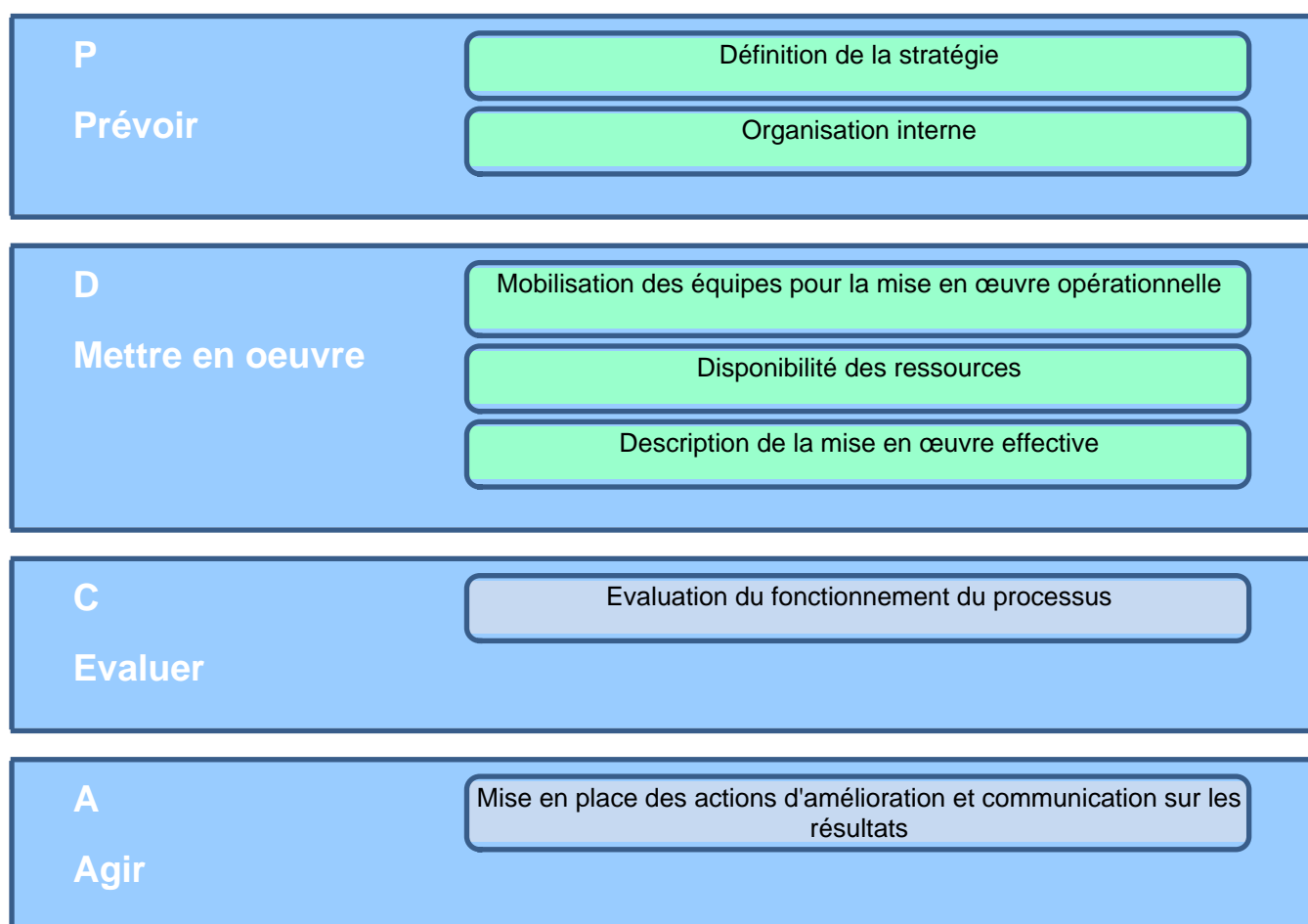
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La PUI du CHICAM comprend six sites : Alençon, Mamers, Pastel, Dive, foyer de vie accueillant des adultes handicapés et UCSA. Il existe une seule PUI localisée à Alençon. Une Unité de Reconstitution des Cytotoxiques (URC) est opérationnelle. Une annexe de la PUI est présente sur le site de Mamers.

Une politique du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et une politique de gestion des risques liés aux dispositifs médicaux sont en place. La stratégie de la PECM est élaborée sur la base d'une identification des besoins. Des objectifs sont définis en cohérence avec le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), des objectifs de la certification de l'établissement, du projet médical 2012-2017 et du CPOM 2013-2018.

La politique du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) comprend neuf engagements relatifs notamment à la sécurisation du circuit du médicament, à la juste prescription en particulier pour les sujets à risques, à l'informatisation et à la maîtrise des risques.

Le CHICAM suit le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), les indicateurs nationaux, les attentes de la HAS, la réglementation et la variation de ses indicateurs internes.

La première cartographie des risques a priori a été initiée en 2012-2013, puis réévaluée en 2016-2017. La dernière cartographie élaborée a été la prise en charge du patient sous chimiothérapie.

L'analyse des risques a priori a permis de cartographier et d'identifier des risques liés au circuit du médicament à la PUI, ainsi qu'au sein des services et secteurs de soins.

Les risques issus de l'analyse des risques ont été mesurés en groupe pluriprofessionnel. Ils ont été priorisés en fonction de leur occurrence et de leur gravité. L'échelle utilisée a été sur cinq niveaux. Le CHICAM a intégré dans son compte qualité (CQ), huit risques considérés comme prioritaires. Ces analyses de risque incluent le risque lié à l'informatisation et aux risques survenus (événement indésirable). L'analyse des risques a posteriori est réalisée.

Les plans d'actions qui découlent de ces analyses et de ces données ont des objectifs quantifiés, programmés dans le temps, suivi en permanence par le pharmacien pilote du processus.

La stratégie de la prise en charge médicamenteuse comporte des objectifs d'amélioration précis et des mesures de traitement des risques, déclinés en programme d'actions. Ces objectifs d'amélioration sont validés par le COMEDIMS. Le programme mis en place précise, pour chaque action des modalités de suivi. Il est indiqué les responsabilités, la planification des actions dans les délais fixés, les indicateurs de suivi.

Le programme est validé par les instances, puis communiqué via le logiciel de gestion documentaire aux professionnels de l'établissement, par des notes d'information, comptes rendus de réunions. Le compte qualité (CQ) a été élaboré par étapes suivant un processus par des groupes pluridisciplinaires. Il existe une articulation entre le CQ et le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS).

**ORGANISATION INTERNE**

Les responsabilités du processus de la prise en charge médicamenteuse (PECM) sont définies dans des fiches de poste pour chaque professionnel (pharmaciens, IDE, médecins, référent antibiotiques, préparateurs en pharmacie). Le responsable du management de la qualité de la PECM (RMQPCM) est nommé par la CME. Un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est en place. Lors de la préparation de la certification, le pilote du processus a reçu une fiche de mission.

Il existe des référents par service : binôme pharmacien et préparateur.

Un manuel d'assurance qualité est en place, comprenant les documents suivants : l'organisation de l'administration du médicament, l'organisation générale de la PUI, règlement intérieur, la charte d'engagement dans la gestion des risques à la pharmacie, la gestion du traitement médicamenteux personnel du patient, la gestion des transports des produits pharmaceutiques, le guide de rangement des produits pharmaceutiques dans les unités de soins.

Une identification des besoins et des ressources nécessaires est organisée. La continuité de service est assurée. Des remplacements sont prévus et opérationnels lors des absences ou congés des pharmaciens, préparateurs en pharmacie.

Des formations à la PECM sont prévues dans les plans de formation.

La sécurisation de la dispensation des médicaments suit la réglementation en vigueur. Un accès limité à la PUI est opérationnel. Il y a en permanence un pharmacien dans la PUI aux heures ouvrables. En dehors de ces heures, une astreinte de pharmacien est organisée sur le CHICAM.

L'organisation est en place pour sécuriser les médicaments à risque : identification, préconisations d'utilisation. Cette liste est validée par le COMEDIMS et la CME. L'établissement s'est organisé pour assurer l'analyse pharmaceutique des prescriptions. La conciliation médicamenteuse des prescriptions est organisée et effective. Le pharmacien dispose de la liste et des signatures des prescripteurs habilités.

Un processus d'intégration des nouveaux arrivants spécifiques à la pharmacie est en place. Un guide est

remis au nouveau préparateur dès sa prise de poste. Un carnet des médicaments appropriés chez le sujet âgé de l'OMEDIT est remis au prescripteur pour l'aider dans la prescription.

La gestion documentaire relative à la PECM est intégrée dans la gestion documentaire informatisée. Les règles de prescription sont formalisées et la traçabilité de l'acte est organisée. Plusieurs documents précisent la dispensation et l'administration : "procédure des règles de détention et de stockage des médicaments et DM dans les unités de soins, procédure de l'organisation de l'administration du médicament (préparation et administration), fiche précisant les médicaments à risques.

La PUI a réalisé sa cartographie des risques a priori. La première cartographie a été initiée en 2012-2013, puis réévaluée en 2016-2017. La dernière cartographie élaborée a été la prise en charge du patient sous chimiothérapie. Les risques identifiés ont été hiérarchisés, analysés et déclinés en plan d'actions.

L'analyse des risques a posteriori est réalisée. Un système de recueil des événements indésirables est mis à disposition de l'ensemble des professionnels.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels.

## D / METTRE EN ŒUVRE

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

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre est opérationnelle, favorisée par la connaissance des objectifs. Compte tenu des risques et besoins identifiés, les responsables de la PUI et des secteurs de soins organisent la déclinaison de la PECM, en objectifs et plans d'actions opérationnels, le tout intégrant le PAQSS du CHICAM. Le pilote du processus de la PECM participe pour sa thématique à la mise en place de ses plans d'actions. Le signalement des événements indésirables est opérationnel, accompagné d'une charte favorisant le retour d'expériences en matière de qualité et de sécurité des activités. Les professionnels participent à l'analyse des événements indésirables. Les acteurs sont sensibilisés sur les objectifs de leur secteur. Les résultats des audits et indicateurs sont accessibles à tous via l'Intranet de même pour les procès verbaux des réunions des instances. L'encadrement est le relais auprès des professionnels de terrain, il explicite les résultats aux équipes.

La concertation et l'implication des équipes sont favorisées par la participation des professionnels aux réunions institutionnelles, CME, aux CREX, ainsi que par des informations via la gestion documentaire informatisée, les journaux internes « pharm'info ».

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement dispose de 5.7 ETP de pharmaciens, 11 préparateurs en pharmacie, 1 interne en pharmacie, 2 secrétaires et 3 aides en pharmacie. Les effectifs de la PUI permettent une continuité de service pendant des absences inopinées ou lors des congés. Les pharmaciens de la PUI ont été formés à la conciliation médicamenteuse, au circuit du médicament, à la sécurité du médicament chez les sujets âgés. Un livret thérapeutique est disponible. Un tableau récapitulatif des vigilants (pharmaco-Cosmétovigilance, matériovigilance) est diffusé aux professionnels.

Les professionnels de soins sont formés ou sensibilisés en interne à la sécurité de la PECM, aux Never Events, aux erreurs médicamenteuses, aux médicaments à risques, à l'analyse d'erreurs. Des séances de formations internes spécifiques sont réalisées sur les thèmes suivants : vaccination, sida, hémodialyse, hémophilie, chimiothérapies orales, traitement du diabète. Les professionnels travaillant à l'Unité de reconstitution des Cytotoxiques (URC) sont formés avant la prise de poste et évalués. La gestion documentaire de la PECM est informatisée, actualisée. Elle est accessible à tous les professionnels via le logiciel de gestion documentaire où sont mis les protocoles de soins, dont le tableau des équivalences. Il existe des moyens de secours en cas de panne informatique. Un livret d'accueil du nouvel arrivant a été élaboré et il est distribué au nouveau professionnel dès sa prise de poste.

Les locaux de la PUI et de l'URC sont propres, rangés et sécurisés. Les chariots de médicaments, les caisses de transport de médicaments et DMS sont sécurisés, y compris pour le transport des médicaments à tenir au frais. Les armoires à médicaments pour la dotation en urgence sont sécurisées et contiennent un coffre pour stupéfiants. Au sein des services, toutes les armoires à pharmacie sont semblables et sécurisées. Les dispositifs pour le repérage des médicaments à risque sont en place. Les chariots d'urgence sont en place et ils sont vérifiés et scellés. Les actions de vérification sont tracées. Les réfrigérateurs sont équipés de thermomètre. Les ressources, équipements et matériel sont en place favorisant ainsi le travail des professionnels. Au sein des services de soins, des chariots de distribution des médicaments sont en place. Au niveau de la PUI, des armoires et chariots de transport et des postes de cueillette sont en place.

Le traitement personnel des patients est organisé. Il est stipulé dans le livret d'accueil du patient hospitalisé, une rubrique d'information à l'intention des usagers.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles de gestion, transport, stockage des médicaments (hygiène et sécurisation) sont respectées. Les chariots d'urgence sont vérifiés une fois par mois ou lors de chaque ouverture. En cas d'ouverture du chariot d'urgence un réapprovisionnement est immédiat. Le témoin de charge du défibrillateur (DSA) est vérifié chaque jour. Une traçabilité de vérification est assurée.

La prescription est mise en œuvre selon les règles établies.

La permanence pharmaceutique est assurée H24. Une astreinte de sécurité est opérationnelle en dehors des heures d'ouvertures de la PUI. La gestion du traitement personnel du patient est effective. La continuité du traitement médicamenteux est réalisée de l'admission du patient, à sa sortie, mais aussi en cas de transfert. Les règles de prescriptions sont mises en œuvre. Les IQSS sont renseignés. La délivrance est globale pour les services MCO et nominative pour les services USLD et quelques SSR.

Des référents pharmacie dans les services de soins sont en place. Les armoires à médicaments des services sont descendues vers la PUI pour être rechargées, puis remontées immédiatement au sein des services, le tout respectant un plan de service. De même, l'organisation du service de la PUI a prévu la mise en place de préparateurs référents par service.

Le pharmacien accède aux prescriptions, aux données biologiques, au dossier médical et au dossier de soin pour réaliser l'analyse pharmaceutique. La conciliation médicamenteuse est effectuée et tracée. L'identification des médicaments est réelle, l'on peut vérifier la date de péremption, le numéro de lot, le dosage, la voie d'administration. Les médicaments à risque sont identifiés dès le rangement à la PUI et dans les services. Des affiches sont en place dans les postes de soins indiquant leur nom.

Pour la préparation des traitements, un livret en DCI du soignant est à la disposition des professionnels. Pour sécuriser la préparation et l'administration, l'établissement a mis en place des gilets de couleur verte indiquant « ne pas déranger ».

L'organisation de la PECM est connue des professionnels. Les médicaments à conserver au froid sont identifiés et transportés dans une pochette isotherme. Ils sont ensuite entreposés dans les réfrigérateurs dédiés aux médicaments. Le contrôle de la température par les IDE est tracé. La procédure de nettoyage des réfrigérateurs à médicaments est connue. Les opérations de nettoyage sont tracées.

L'administration des médicaments est effectuée par les IDE disposant des prescriptions sur leur ordinateur portable mobile dit embarqué. L'IDE vérifie la prise effective du médicament et l'enregistre dans le même temps sur le support électronique. Les IDE s'assurent de l'identité du patient.

Le logiciel permet la réévaluation des antibiotiques entre la 24ème et la 72heures. Lors des transferts internes, les supports informatiques étant les mêmes pour l'établissement la continuité du traitement est assurée.

Les bonnes pratiques de préparation sont organisées, l'unité de reconstitution (URC) est en place, elle est située au sein de la PUI du CHIC d'Alençon. La préparation des chimiothérapies est réalisée sur prescription médicale et après validation pharmaceutique. Des RCP sont réalisées. Les chimiothérapies préparées à l'URC sont distribuées et acheminées par les préparatrices qui ont été formés aux bonnes pratiques. Les anticancéreux sont administrés comme le prévoit la réglementation. Des documents d'information sur les traitements sont donnés et expliqués aux patients par les IDE.

Six réunions annuelles du COMEDIMS sont réalisées par spécialités et par la CME.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Concernant la PECM, un programme d'audits internes existe et il est suivi par le pharmacien. Ces audits concernent : la prescription, la prescription chez la personne âgée, la dispensation, l'administration, le traitement personnel du patient, le stockage du potassium et son utilisation, la sécurisation du methotrexate oral, l'analyse pharmaceutique, les chariots d'urgence, le suivi des événements indésirables. De même, des audits annuels du CBU sont réalisés sur la prescription, prescription de la personne âgée, traitement personnel du patient, dispensation et sur l'administration.

Le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dispose d'un tableau d'indicateurs et de ses modalités de diffusion. Les indicateurs nationaux dont le CAQES (CBU) sont recensés. Les IQSS (tenue de dossier du patient) sont réalisés tous les deux ans. Le CHICAM a décidé de les réaliser également hors protocole, permettant ainsi une évaluation complémentaire.

Plusieurs EPP permettent d'évaluer le circuit des médicaments, le methotrexate, le stockage du potassium et son utilisation au CHICAM.

Les évaluations réalisées ont permis de mettre en place des actions correctives. Les résultats des évaluations sont diffusés aux professionnels par diverses modalités (comptes-rendus de réunions, lors des instances).

L'évaluation de la PECM et le suivi de la mise en oeuvre des objectifs sont assurés. L'établissement assure l'évaluation de cette thématique au travers du suivi des CAQES, des audits cliniques de la PECM et des dispositifs médicaux stériles (DMS).

Les FSEI liées au circuit du médicament sont analysées et donnent parfois lieu à un CREX ou fast CREX. Les comptes-rendus des CREX sont diffusés. Un tableau récapitulatif des CREX réalisés est mis à la disposition des professionnels. Un bilan des FSEI internes à la pharmacie, dont l'URC est réalisé.

Un bilan annuel du management de la qualité de la PECM, ainsi qu'un bilan des actions des Never Events est réalisé puis diffusé.

Les projets de l'année suivante sont élaborés, validés et diffusés aux professionnels via les instances. Un tableau récapitulatif précise les modalités d'actions, le tout en lien avec la politique qualité.

Le PAQSS est mis à jour et il est présenté en COPIL et en CME.

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

Le pilote de la thématique réalise un tableau de suivi des évaluations, intégré dans le programme d'amélioration des actions. Les résultats des travaux, actions concernant la PECM du CHICAM sont transmis à la direction qualité/Gestion des risques. Les actions d'amélioration mises en place sont communiquées aux professionnels par Intranet, documents, comptes-rendus de réunions. Les suivis de ces actions sont validés en COMEDIMS et CME, puis communiqués aux autres instances dont CSIRMT, réunions de cadres.

Le suivi et les résultats des actions servent à construire le plan d'actions de l'année suivante. Toutes les évaluations donnent lieu, en fonction des résultats, à des actions correctives.

La communication est assurée au travers de l'affichage, de l'Intranet, des réunions de services et des instances.

Une communication auprès des représentants des usagers est réalisée globalement lors des Commissions des usagers (CDU).

**c. Tableau des écarts relevés**

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

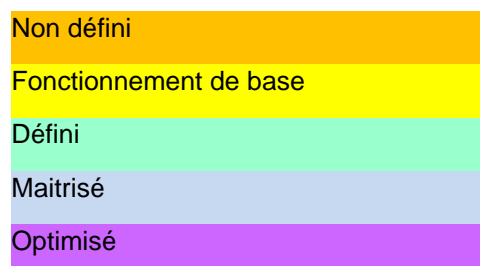
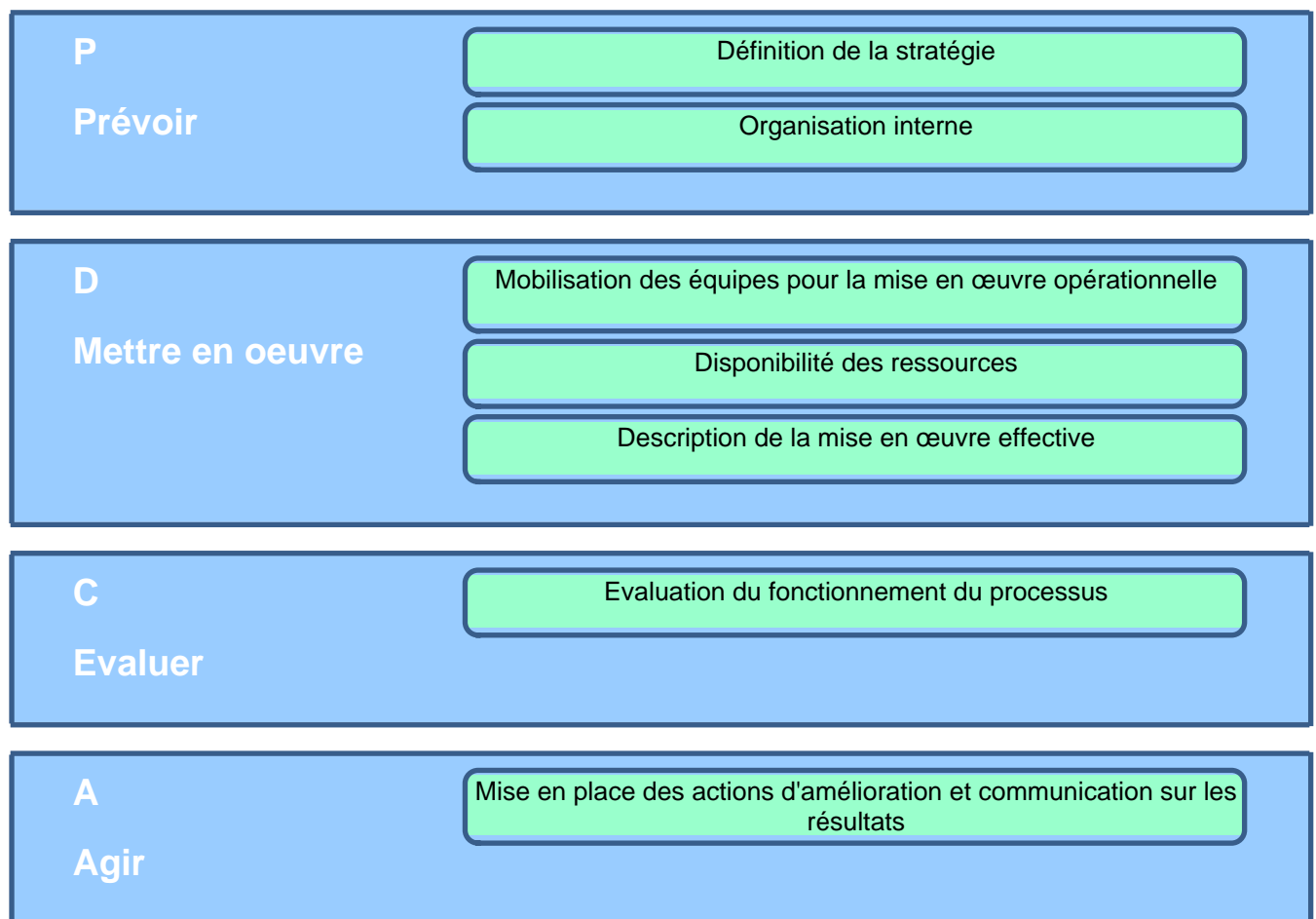
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 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 du centre hospitalier intercommunal d'Alençon-Mamers est composé des deux sites différents répartis sur deux départements et deux régions différentes. Le site d'Alençon possède 2 équipes SAMU et un hélicoptère, celui de Mamers 1 équipe de SAMU.

Le projet d'établissement 2013/2018 décrit les différents axes pour garantir une prise en charge réactive des urgences et adaptée aux besoins du territoire.

Un projet médico-soignant pour la filière urgence du territoire « Orne, Perche, Saosnois » avec l'objectif de garantir un accès aux soins des urgences à 30 mn maximum sur tous les points du territoire est en cours de rédaction.

Dans le but d'améliorer la prise en charge des urgences, le service travaille en collaboration avec les services d'urgences des hôpitaux voisins et des partenaires externes : CHU de Caen, Centre Psychothérapique de l'Orne (CPO), la MAIA et les médecins généralistes.

Le service des urgences a analysé les processus des différentes filières de prise en charge, défini les risques et actions associées avec un groupe pluri professionnel des deux sites Alençon et Mamers. Le plan d'actions issu de l'analyse est intégré dans le programme d'actions institutionnel (PAQSS). Il a été présenté aux instances.

#### ORGANISATION INTERNE

Une organisation a été définie afin de piloter cette analyse du processus. Les pilotes identifiés sont le médecin chef du pôle et le cadre supérieur de santé du pôle CCRUS (cardiologie, réanimation, urgences, SAMU/SMUR, unité sanitaire).

Les pilotes ont été formés à l'analyse des processus. Une fiche de mission a été écrite et contre signée par chaque pilote. Un « kit pilote » a été mis à leur disposition pour l'analyse de leur thématique. Pour aider les pilotes, un groupe pluri professionnel a été constitué.

Une charte interne du service des urgences décrit les règles de fonctionnement du service des urgences dans le cadre de la réalisation de ses missions.

Les circuits de prise en charge sont définis selon le degré d'urgence et la typologie des patients : pédiatrie, traumatologie, filière courte, filière longue, psychiatrie.

Une filière courte et une filière longue de prise en charge sont organisées sur le site d'Alençon. Sur le site de Mamers, les filières ne sont pas différenciées du fait de la configuration des locaux et du volume d'activité.

Les ressources humaines prévues sont en adéquation avec les besoins liés à l'activité des urgences tant en temps médical que paramédical. Les fiches de poste élaborées précisent le rôle de chacun et le niveau de compétence attendu.

La formation de l'ensemble des acteurs est en adéquation avec les besoins. La formation de l'ensemble des IDE à la prise en charge des urgences pédiatriques est assurée. Le plan de formation est construit à partir des besoins de chaque pôle et des besoins institutionnels.

Les nouveaux arrivants bénéficient d'une doublure pour le secteur court, le secteur long et la salle de déchoquage.

Les ressources documentaires sont disponibles pour les utilisateurs à partir de la gestion documentaire informatique (GED) avec un accès direct sur le logiciel. Les critères des patients relevant de la filière longue et courte sont décrits dans des documents spécifiques.

Concernant les ressources matérielles (équipement, maintenance), le CHICAM dispose sur le site d'Alençon en particulier de locaux anciens devenus exigus du fait de l'évolution de l'activité.

Les locaux sont composés de box pour la traumatologie, les sutures, des box de déchoquage, de lits d'UHCD. Un box est réservé à la prise en charge pédiatrique la nuit.

Les interfaces sont organisées avec les secteurs d'hospitalisation et les services supports, le recours aux avis spécialisés est en place.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres au secteur des urgences sont établis. Le plan d'actions est mis à jour par le chef de pôle et le cadre supérieur de santé. Ce dernier informe les cadres de santé du suivi afin que l'information soit relayée au terrain.

Les agents sont sensibilisés et formés à la déclaration des événements indésirables.

L'établissement suit l'évolution de ce programme au travers du compte qualité.

les professionnels des urgences sont formés à la déclaration des EI via un logiciel.

Deux cadres sont présents dans le service des urgences et vérifient les bonnes pratiques des soignants.



Suite à ces évaluations ou aux difficultés rencontrées sur le terrain des actions sont mises en place comme par exemple, pour faire face à la violence, des formations sont proposées aux agents, pour améliorer le flux des patients, un chariot avec contention a été acheté en cas de besoin...

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le secteur des urgences bénéficie de professionnels en nombre et qualification adaptés, des formations notamment à l'accueil et au tri des patients selon des procédures et protocoles définis, sont réalisées afin de maintenir les compétences nécessaires à la prise en charge des patients accueillis.

L'équipe soignante a bénéficié de formations adaptées aux particularités de la prise en charge de l'urgence : gestion de la violence, utilisation du logiciel dossier patient urgence, utilisation du chariot d'urgences pédiatriques. Des formations sont conduites en lien avec le Centre Psychothérapeutique de l'Orne pour les urgences psychiatriques des mineurs.

Pour permettre la présence des 3 équipes du SAMU, 17 IDE des deux sites d'urgences ont été formées. Suite à la difficulté de recrutement liée à la démographie médicale, le recours à l'intérim permet d'assurer la continuité des soins.

Un tableau journalier pour le recours aux avis spécialisés est édité avec les noms et coordonnées des médecins spécialistes d'astreinte.

L'information sur la disponibilité en lits est organisée : un logiciel permet de connaître les lits libres dans les secteurs d'hospitalisation.

Les procédures institutionnelles sont disponibles dans la gestion documentaire informatisée. Les agents sont formés à l'utilisation du logiciel avec recherche de document par mot clé.

Sur l'ensemble des secteurs d'urgences, malgré l'exiguïté des locaux, les matériels sont en nombre afin d'assurer la prise en charge sécuritaire des patients.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels du service connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement des services des deux sites.

Les interfaces avec les services médico-techniques (imagerie médicale, laboratoire d'analyses médicales) sont opérationnelles.

La disponibilité des lits est renseignée trois fois dans la journée.

Une IAO est présente pour les prises en charge en fonction du degré d'urgence.

Les urgences pédiatriques sont organisées : les urgences médicales sont prises en charge directement en secteur pédiatrique de 8h à 20h et les urgences traumatiques au niveau des urgences adultes.

De 20h à 8h, toutes les urgences pédiatriques sont prises en charge au niveau du secteur adultes dans un box dédié. En cas de besoin, l'interne de pédiatrie, le pédiatre et/ou l'infirmière de pédiatrie peuvent être appelés en renfort. Pour le site de Mamers, les urgences pédiatriques sont assurées sur le site et le cas échéant peuvent être, selon la gravité, orientées sur le site d'Alençon par le SAMU. Les opérateurs du 15 connaissent l'organisation en place.

Les urgences psychiatriques, notamment des adolescents, sont assurées sur le secteur adulte en coopération avec le CPO (Centre Psychothérapeutique de l'Orne) pour Alençon qui met à disposition des personnels formés. A Mamers, elles sont prises en charge par le CMP et l'EPSM de la Sarthe. Un chariot spécifique avec du matériel adapté pour d'éventuelles contentions est disponible en cas de besoin.

Une procédure sur la prise en charge du risque suicidaire aux urgences est définie.

La ligne établie pour la prise en charge des AVC est fonctionnelle. Lorsque le SAMU est prévenu, le neurologue est informé et l'angi scanner est planifié. La gravité est évaluée puis la thérapeutique commencée. Un module de télétransmission en place aux urgences est en place avec le CHU de CAEN.

Afin de fluidifier la prise en charge des personnes âgées, des rencontres ont lieu avec les généralistes, les EHPAD.

Les urgences obstétricales sont directement traitées par le service maternité.

Le logiciel du dossier patient permet d'assurer la traçabilité des actes et prises en soins effectués et un accès à l'ensemble des données concernant le patient.

En cas d'afflux important de patients aux urgences, des réunions de crise journalières ont lieu avec le chef de pôle, le cadre supérieur de santé et les cadres de santé. Une fiche réflexe du plan blanc décrit les missions du cadre de santé de proximité.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un suivi annuel de l'activité des urgences (Mamers, Alençon) est assuré par le Cadre Supérieur de Santé en collaboration avec le contrôleur de gestion : nombre de passages/an/jour/heure, suivi de l'activité par le contrôleur de gestion, suivi des FSEI... Un tableau de bord et un rapport d'activité sont établis avec le DIM. La direction des Soins participe aux échanges réguliers relatif à l'activité des secteurs d'urgences.

Un audit externe a été conduit de novembre 2015 à juin 2016 sur l'organisation et le fonctionnement des secteurs d'urgences.

Le recueil de la satisfaction des patients est en place.

Le plan d'actions est revu et mis à jour par le chef de pôle et le cadre supérieur de santé.

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

Les actions d'amélioration font suite à l'analyse des processus de prise en charge, des résultats de l'audit externe, des signalements des événements indésirables. Par exemple, suite à l'analyse des risques, un système de fermeture des portes des urgences la nuit avec une vidéo-surveillance a été mis en place ainsi que l'achat de scopes.

Des réunions médico-économiques sont planifiées sur la base des indicateurs du tableau de bord. Elles permettent la définition d'objectifs d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Les professionnels sont informés par les cadres de santé des actions planifiées ou réalisées via les réunions des cadres de pôle.

**c. Tableau des écarts relevés**

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

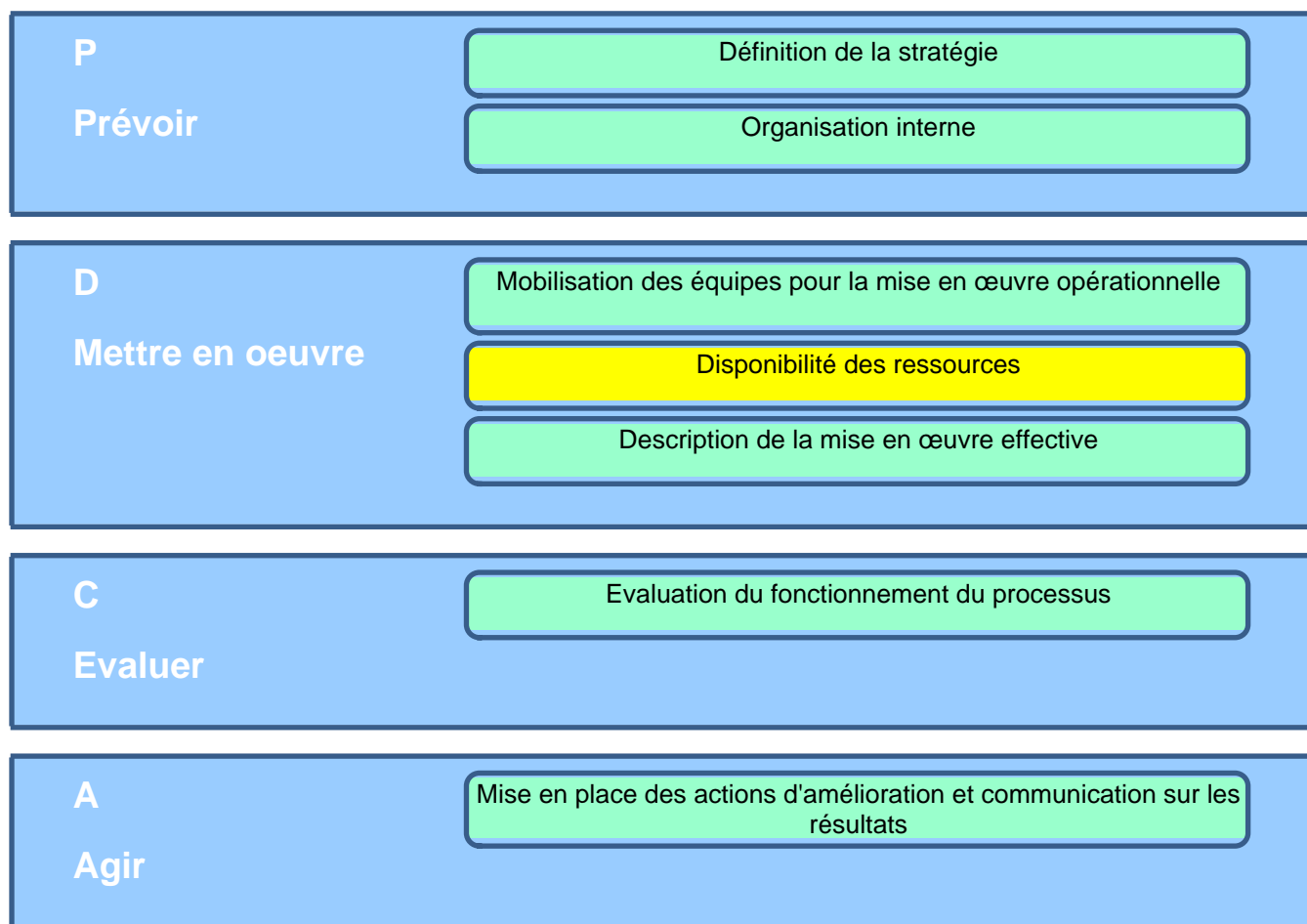
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRAIRE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le service a élaboré une stratégie et des objectifs tenant compte de la modification du contexte et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Le projet médical 2012-2018 a été revu en 2016 après une mission de l'ANAP en 2015 faisant elle-même suite à un audit du CNEH. Un plan de réorganisation et de restructuration a été validé au COPERMO (réduction capacitaire de 14 lits de chirurgie et de 1 salle de bloc opératoire à partir du 1er janvier 2016) dans un contexte de contrat de retour à l'équilibre financier avec l'ARS. Dans le même temps s'ajoutait l'activité de praticiens en ophtalmologie et en dentisterie recrutés pour faire face à la pénurie sur le territoire. Cette situation a poussé à un accroissement des prises en charge ambulatoires et une recherche de fluidification des parcours des patients.

Le bloc opératoire est situé sur le site d'Alençon et regroupe l'activité de chirurgie générale, de gynécologie-obstétrique et les spécialités.

Il comprend actuellement 5 salles plus une salle dédiée aux endoscopies digestives et bronchiques sous anesthésie générale (Fidji) et une salle de césarienne disponible en permanence, située à proximité des salles de naissance, héritage de l'ancien bloc de gynécologie.

Les activités chirurgicales pratiquées comprennent l'urologie, l'orthopédie et traumatologie, la chirurgie générale et viscérale, la chirurgie gynécologique, la chirurgie ORL, la stomatologie, la chirurgie ophtalmologique, la chirurgie vasculaire, la cardiologie (pose de Pace Maker), les endoscopies digestives et bronchiques, les césariennes, adossées à 7 postes de surveillance post interventionnelle (SSPI) disponibles 24/24 et à 2 postes de pré anesthésie (SPA).

Les sources de données utilisées pour la définition de la stratégie sont issues des résultats des indicateurs QSS concernant la tenue du dossier d'anesthésie, des missions du CNEH (mission d'audit) et de l'ANAP (diagnostic de la performance du bloc opératoire) de 2015.

Les risques sont identifiés et hiérarchisés avec les professionnels, le compte qualité a été élaboré avec le trio de pilotes assisté de la qualitiennne et du cadre supérieur du pôle de chirurgie.

Les risques a priori sont déclinés dans la cartographie des risques du bloc opératoire, ils sont priorisés.

La cartographie des risques a été élaborée par deux groupes de travail dédiés respectivement au fonctionnement des flux des patients entre le bloc et les services et les processus supports.

Des objectifs d'amélioration sont identifiés et intégrés au PAQSS de l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus et a choisi un trio de pilotes : la cadre du bloc (occupant également la fonction de cadre anesthésie), le président du conseil de bloc (urologue) et le dernier arrivé des chirurgiens (chirurgien digestif). Les rôles et responsabilités sont identifiés.

Il existe un conseil de bloc et un comité de programmation.

La réunion de programmation a lieu tous les vendredis.

La charte du bloc opératoire est formalisée et sera validée dès l'élection de la nouvelle CME.

Les règles de fonctionnement (horaires, effectifs, affectations, les plages opératoires, les circulations du personnel des patients et du matériel) sont définies.

Les circuits de programmation des interventions sont décrits.

L'organisation de l'UCA est formalisée.

Le service technique et le service biomédical assurent le suivi de la maintenance préventive et curative des matériels et équipements.

Les différents circuits : professionnels, patients, visiteurs (parents pour les enfants, le mari en cas de césarienne), matériel, linge, déchets sont formalisés.

Les interfaces sont définies dans la charte de bloc et le règlement intérieur : contrat bloc-stérilisation, insertion des urgences dans les programmes, radioprotection, service biomédical, processus supports, fiche de suivi de l'entretien de la SSPI, tableaux des prélèvements bactériologiques.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Les objectifs et plans d'action opérationnels définis dans le compte qualité et déclinés dans le plan d'action propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle et les délais sont respectés.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats lors des réunions de service. Des actions correctives sont identifiées, elles sont intégrées au programme d'actions du service.

La chef de bloc et l'équipe opérationnelle d'hygiène sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés lors des démarches.

Le paramétrage du nouveau logiciel a été réalisé en pleine concertation avec l'ensemble des participants. Les EPP ont été menées sur la radioprotection des soignants et des patients (sonde double J, pose pace maker, clou gamma) et des actions d'amélioration sont mises en place (formation des professionnels, équipements de protection individuelle disponibles).

Les RMM qui sont menées permettent d'identifier des objectifs et des actions d'amélioration.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs des professionnels au sein du bloc et de la SSPI sont conformes à la réglementation. Des formations sont organisées : actes professionnels des IBODE, gestes d'urgence, AFGSU, hypnose, manutention. Tous les professionnels concernés sont formés à la radioprotection. Les nouveaux arrivants reçoivent le livret d'accueil de l'établissement, ils sont accompagnés et formés. Les professionnels ont accès à l'ensemble des procédures dans la base documentaire maintenue à jour. Le service biomédical assure le suivi de la maintenance préventive et curative des équipements et matériels. Les prélèvements environnementaux sont assurés, L'arsenal stérile est réparti sur plusieurs sites du fait de l'exiguïté des locaux. Les salles d'opération sont toutes équipées d'un témoin de surpression. Les DASRI sont évacués selon un circuit de marche en avant par un corridor longeant les blocs, le dé-cartonnage s'effectue dans l'entrée du bloc. Cependant, les locaux du bloc opératoire ne permettent pas le respect des règles d'hygiène. L'utilisation de certains matériaux et la dégradation de certaines surfaces ne permettent pas une désinfection efficace et de fait l'hygiène au bloc opératoire est compromise par la vétusté des locaux ou équipements. Le système d'ouverture des portes des blocs opératoires n'est pas automatisé ce qui obligent les professionnels à utiliser des poignées (accès opérateur). Des matériaux non adaptés à une désinfection de surface efficace sont présents (portes en bois abîmées, protection des murs par des surfaces non lisses dans salle Marquises). Des équipements sont vétustes comme l'auge de lavage des mains de la salle Bermudes qui présente une saillie d'une plaque métallique rouillée. Par ailleurs, la sécurité du bloc opératoire n'est pas assurée (salle césarienne). En effet, l'accès du secteur est possible par une porte non verrouillée donnant sur un couloir de circulation publique. L'interdiction d'accès est uniquement signalée par une affiche sur cette porte.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation du bloc opératoire a été revue et les recommandations de l'ANAP ont été prises en compte. Les indicateurs du bloc opératoire ont évolué positivement : amélioration des temps d'occupation et diminution du retard au démarrage. Une fonction d'IDE de régulation a été mise en place pour faciliter l'insertion des urgences. Une IDE a également été chargée d'optimiser les sorties de SSPI. Le processus de transfert du patient a été revu (lit-brancard) à l'entrée et à la sortie du bloc opératoire. La création de 2 places de pré anesthésie a permis de fluidifier le circuit patient. La check-list est renseignée selon les bonnes pratiques et son utilisation fait l'objet d'un quick audit. Des procédures relatives aux bonnes pratiques de préparation du matériel en vue d'une intervention (une fiche par praticien et par type d'intervention) et aux bonnes pratiques d'installation du patient sur la table d'intervention avec l'aide d'un IBODE, IDE et IADE qui installent les patients sous la responsabilité conjointe des chirurgiens et anesthésistes. Les RMM sont mises en œuvre, elles donnent lieu à des actions d'amélioration. Les événements indésirables sont déclarés et exploités systématiquement. Le pré programme opératoire est validé chaque vendredi avec la chef de bloc, un anesthésiste et les cadres (comité de programmation). Il est affiché sous forme papier pour la semaine et affiché pour la journée en cours sur un écran vidéo. Les circuits, formalisés dans la charte de bloc, sont respectés. Les interfaces sont opérationnelles avec les services de soins, le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène, l'EFS, la pharmacie, le laboratoire, la stérilisation, le service biomédical. Le conseil de bloc est actif, il se réunit trimestriellement et le comité de programmation se réunit hebdomadairement. Les comptes rendus des réunions sont formalisés et mis à disposition des professionnels. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée : ouverture de salle, DMI, identité vigilance, check-list. Les prescriptions médicamenteuses sont faites sur le dossier papier d'anesthésie pour la SSPI et sur le logiciel informatique pour les services d'aval. La culture hypnose (au moins conversationnelle) est largement diffusée au sein du bloc et de la SSPI (3 anesthésistes, tous les IADE, 6 IBODE). Un projet de circulation patient debout est à l'étude.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le programme EPP "radioprotection des patients" est mis en œuvre et un quick-audit "check-list" a été réalisé en mai 2017.

Le suivi et l'analyse des indicateurs sont assurés par le conseil de bloc. Le conseil de bloc examine tous les trimestres les indicateurs d'activité cumulée de l'année en le comparant à l'année n-1.  
L'informatisation récente du bloc opératoire permet d'effectuer des requêtes des données d'activité.

## **A / AGIR**

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

Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre avec les professionnels suite aux RMM, EPP et fiches d'EI graves. Le plan d'action est suivi en association avec le service qualité et gestion des risques. En attendant la réactivation de la sous-commission des EPP par la nouvelle CME à venir, l'équipe du bloc opératoire poursuit ses actions d'amélioration de la qualité. A savoir, la mise à disposition des opérateurs de l'instrumentation adaptée à leur besoins (NIM pour les thyroïdes, appareil de thermo coagulation de l'endomètre), l'amélioration de la formalisation du programme opératoire et l'amélioration de la radioprotection.  
La communication des résultats et actions est réalisée lors des réunions de service.

**c. Tableau des écarts relevés**

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les locaux du bloc opératoire ne permettent pas le respect des règles d'hygiène.</p> <p>L'utilisation de certains matériaux et la dégradation de certaines surfaces ne permettent pas une désinfection efficace. L'hygiène au bloc opératoire est compromise par la vétusté des locaux ou équipements :</p> <p>1) système d'ouverture des portes des blocs opératoires non automatisé qui obligent les professionnels à utiliser des poignées (accès opérateur).</p> <p>2) présence de matériau non adapté à une désinfection de surface efficace (portes en bois abîmées, protection des murs par des surfaces non lisses dans salle Marquises)</p> <p>3) Auge de lavage des mains salle Bermudes avec saillie d'une plaque métallique rouillée.</p>	26a
	NC	<p>La sécurité du bloc opératoire n'est pas assurée (salle césarienne) n'est pas assurée.</p> <p>L'accès est possible à la salle de césarienne par une porte non verrouillée donnant sur un couloir de circulation publique.</p> <p>L'interdiction d'accès est uniquement signalée par une affiche sur cette porte.</p>	26a



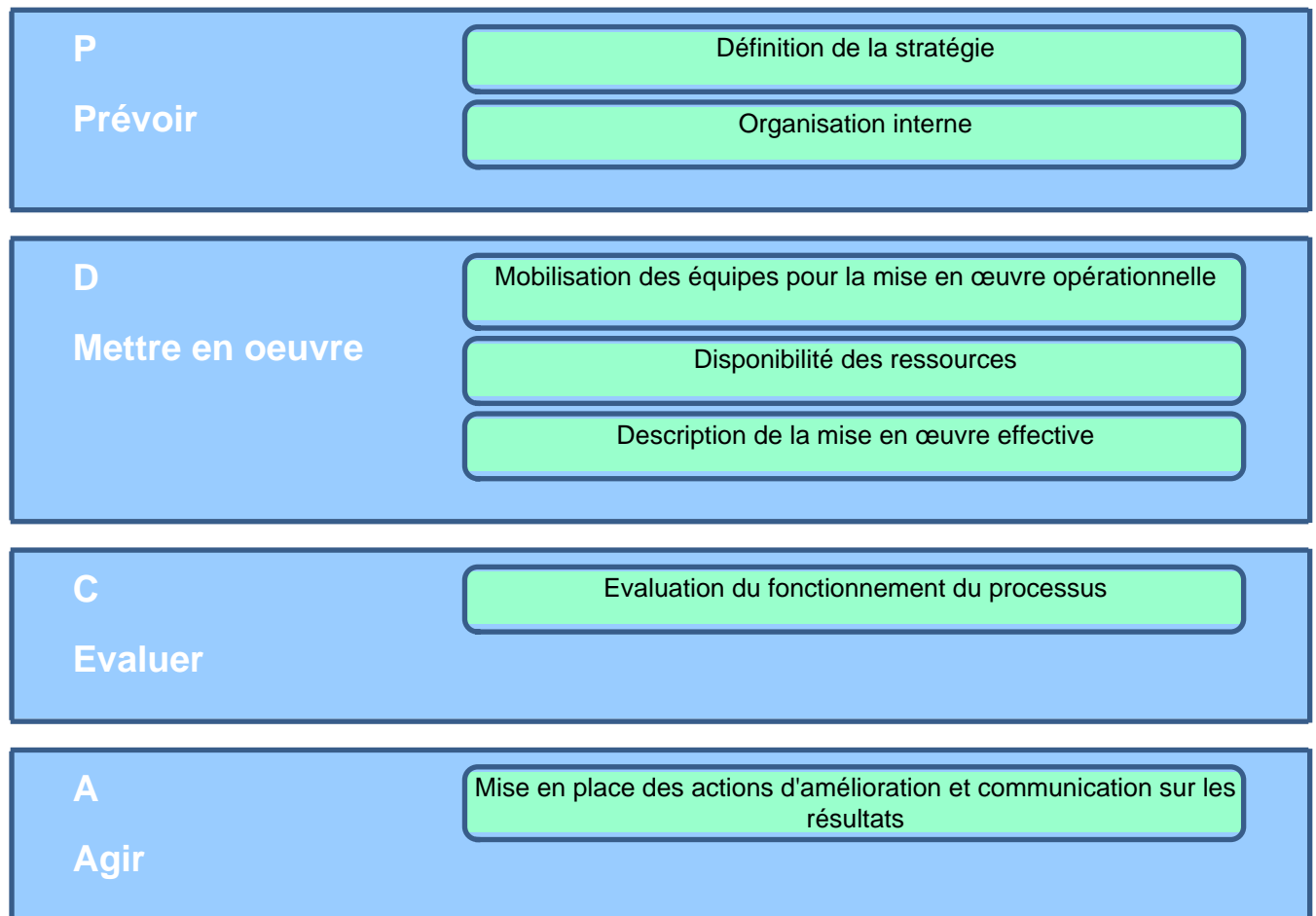
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité d'endoscopie est pratiquée sur les deux sites du CHICAM, à Alençon et à Mamers. Au total, avec 5 salles de traitement et 4 sites d'exploration dédiés. Des endoscopies peuvent également être réalisées à la demande aux urgences et en réanimation. Les équipes n'appartiennent pas toutes au même pôle.

L'organisation de l'activité est la suivante :

Sur le site d'Alençon :

- Plateau d'explorations fonctionnelles : endoscopie digestive, bronchique et cystoscopie avec salles de traitement des DM thermosensibles

- Bloc opératoire : endoscopie digestive, bronchique et urologique

Avec une salle de conditionnement pour le traitement de tous les dispositifs médicaux thermosensibles suivis par le bloc opératoire et une salle de traitement du thermosensible spécifique à l'activité de la salle Fidji (matériel suivi par l'endoscopie digestive)

- Consultations externes : endoscopie ORL avec salles de traitement des DM thermosensibles

Sur le site de Mamers :

- Consultations externes : cystoscopie, endoscopie ORL avec salles de traitement des DM thermosensibles.

Le volume d'activité annuelle le plus important est à Alençon en endoscopie digestive. Il est nettement moins important à Mamers.

La stratégie de l'activité d'endoscopie est intégrée au projet de développement de l'activité ambulatoire déclinée dans le projet médical. Elle est validée par les instances.

L'analyse des risques a été conduite par un groupe de travail en tenant compte des résultats de l'audit national 2015 (mise à jour des procédures de traitement des endoscopes, révision du questionnaire Creutzfeld Jakob) et des recommandations de bonnes pratiques (société française d'endoscopie digestive, société de pneumologie en langue française, association française d'urologie, SF2H).

Le compte qualité est renseigné. Les risques y sont identifiés, analysés et hiérarchisés selon les processus à risque relatifs aux différents domaines de pathologie (digestive urologie pneumologie et ORL).

Le plan d'actions comprend des objectifs définis de façon pluridisciplinaire par un groupe de travail avec les médecins spécialistes. Il est articulé avec le programme d'actions qualité institutionnel (PAQSS).

#### ORGANISATION INTERNE

Le praticien en hygiène hospitalière et la directrice des soins ont été désignés comme pilotes. Le groupe de travail comprend plusieurs IDE et une qualicienne.

Une démarche qualité est mise en œuvre depuis plusieurs années.

Le manuel assurance qualité des services d'endoscopies est actualisé (version C) et diffusé.

Les ressources documentaires sont actualisées régulièrement et sont disponibles sous forme informatique (intranet) et papier (classeurs dans le service). Elles sont déclinées en tronc commun et spécifiques pour chaque spécialité.

Des procédures sont élaborées concernant la préparation du patient, son identification, la réalisation de l'acte d'endoscopie, le compte rendu et l'interprétation de l'examen, la sécurité du personnel et le respect de la confidentialité.

Un protocole pour la prise en charge des patients à risque hémorragique est validé.

La gestion des ressources humaines assure la continuité des soins.

Une check-list pour l'accueil des nouveaux arrivants est en place.

Les ressources matérielles et les locaux d'endoscopie sont répartis sur les deux sites avec des zones de nettoyage équipées de laveurs désinfecteurs attenantes à chacun d'eux.

Les endoscopes sont en nombre et en qualité adaptés aux besoins avec un plan de renouvellement et de maintenance préventive et curative.

L'établissement ne disposant pas d'enceintes de stockage le matériel est stocké dans des placards dédiés. La configuration des locaux a été adaptée en fonction de l'architecture existante.

Les interfaces sont organisées et font l'objet de réunions des groupes de travail.

Les circuits patients sont formalisés.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

La déclinaison du plan d'actions en relation avec les risques identifiées en équipe est assurée par les pilotes du processus, avec le soutien de l'équipe opérationnelle d'hygiène et du service qualité

La communication active et régulière auprès des équipes est facilitée par la grande fréquence des réunions, avec le partage de retours d'expérience.

Chaque unité s'appuie sur les recommandations professionnelles des sociétés savantes correspondantes, l'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. L'infirmière hygiéniste vérifie régulièrement la conformité des pratiques par rapport à la désinfection des endoscopes. La traçabilité est organisée et opérationnelle.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences et matériel sont disponibles.  
Les professionnels participant aux activités de traitement des endoscopes sont identifiés et bénéficient de formations afin de garantir la sécurité des soins (formations internes, congrès et séjours d'observation au CH du Mans pour les infirmières, formation médicale individuelle pour les opérateurs).  
La disponibilité des compétences est assurée, des plannings d'astreinte sont définis.  
La continuité et la permanence des soins est assurée dans chaque spécialité.  
Les procédures déclinées au regard de chaque spécificité sont accessibles aux professionnels.  
Les procédures et modes opératoires de gestion des endoscopes, décrits sous forme de logigrammes, sont affichés dans chaque salle de traitement.  
Le matériel nécessaire est mis à disposition des professionnels. Les professionnels chargés du nettoyage bénéficient des équipements de protection individuelle nécessaires.  
Les locaux et matériels sont conformes pour l'examen d'endoscopie et le traitement des endoscopes.

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

Les locaux permettent le respect des circuits du patient et des matériels.  
Les équipements sont entretenus et appropriés à la délivrance de soins sécurisés.  
Les règles d'hygiène sont respectées. Le risque infectieux est maîtrisé en lien avec l'EOH.  
Le matériel est entreposé à plat dans des placards identifiés.  
Il existe une salle dédiée (FIDJI) au bloc opératoire.  
Chaque service utilisateur est responsable de son matériel.  
L'entretien et la maintenance préventive et curative des endoscopes sont réalisés en collaboration avec le service biomédical et l'IDE hygiéniste.  
La traçabilité est assurée pour le matériel, les actes, la maintenance, le nettoyage.  
La prise en charge des patients est conforme aux bonnes pratiques et respecte l'intimité et la confidentialité.  
La programmation des actes d'endoscopies est sous la responsabilité de chaque cadre qui s'assure de la présence nécessaire du personnel formé.  
Les activités en urgence s'appuient sur les gardes effectives des spécialités.  
Le patient est informé tout au long de sa prise en charge. Il reçoit les informations utiles à sa prise en charge et son consentement éclairé est recueilli.  
Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.  
Les interfaces entre secteurs sont opérationnels avec le bloc, le laboratoire, le CLIN et le service biomédical.  
La check-list est systématiquement utilisée.

### **C / EVALUER**

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

L'établissement recueille les indicateurs IQSS.  
Les questionnaires de satisfaction des patients sont en place et font l'objet d'une analyse systématique en endoscopie digestive.  
Des audits sont régulièrement réalisés sur la traçabilité des actes en 2015, sur la check-list en 2017 ainsi que le recueil du consentement éclairé et le questionnaire ESST.  
Les résultats de ces évaluations font l'objet de réunions d'équipe pour la définition d'actions d'amélioration.

### **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre selon la programmation prévue. Les actions principales concernent l'amélioration de la coordination des différents secteurs et la traçabilité des actes. D'autres actions sont mises en œuvre comme la disponibilité de bouchons d'oreille (exploration fonctionnelle en endoscopie digestive) suite à un travail sur l'exposition au bruit.  
Les résultats des évaluations, des indicateurs et des actions conduites, au niveau des secteurs d'endoscopie sont diffusés en direction des professionnels du secteur, à la direction qualité et aux usagers.  
Les résultats des indicateurs font l'objet d'échanges avec les professionnels concernés.

**c. Tableau des écarts relevés**

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

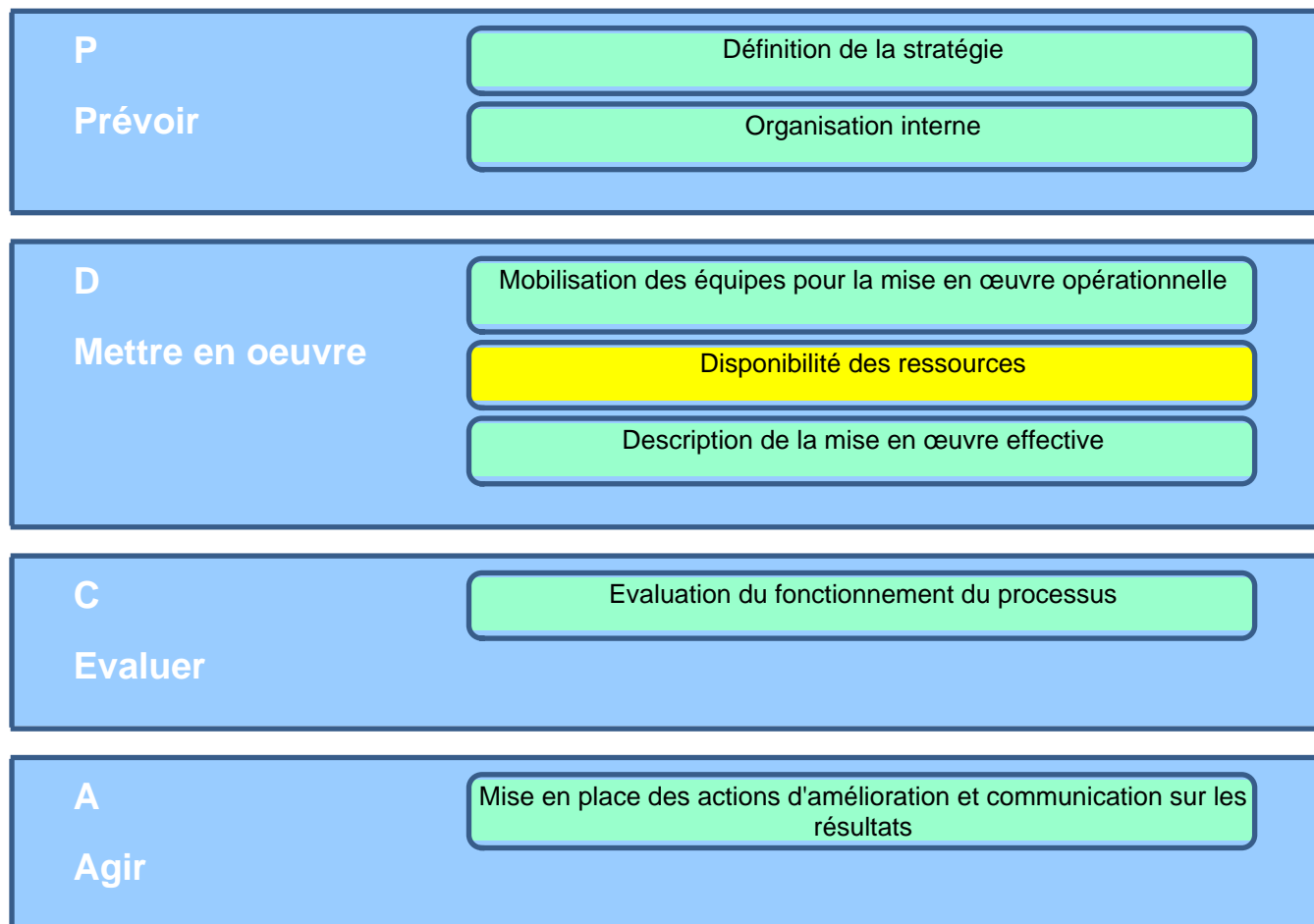
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

## 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**

Les orientations stratégiques prennent en compte le niveau (2A) de risque fœto-maternel et formalisent les collaborations inter établissements avec les centres périnataux de proximité (CPP) voisins et les maternités de niveau 3 de référence (LE MANS et CHU CAEN).

La stratégie a été définie sur la base des bonnes pratiques, de la réglementation, des résultats des indicateurs, des résultats d'une enquête de mesure de la culture de sécurité des soins (Campagne inter-régionale) et des recommandations du réseau régional bas normand sur les thématiques prioritaires,

Une analyse des risques a été conduite pour le compte qualité par un groupe de travail pluri professionnel. Ce travail a permis de prioriser les risques après étude avec la cellule qualité de l'ensemble du processus.

Un plan d'actions a été défini et est articulé avec le programme d'actions qualité institutionnel (PAQSS).

Cette stratégie est validée par les instances.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus est défini. La cadre sage-femme pôle en assure la responsabilité. Le comité de pilotage est pluriprofessionnel et comprend également la référente qualité.

Les références réglementaires en matière d'effectifs sont respectés au regard du volume d'activité. Il existe un plan de formation qui vise l'adaptation des compétences aux exigences de la prise en charge. Les nouveaux arrivants bénéficient d'un tutorage et sont formés à l'accès aux documents qualité.

Une démarche qualité documentée et actualisée est déployée. La gestion documentaire comprend l'ensemble des protocoles utiles.

L'établissement adhère au réseau périnatal de Basse Normandie dont les protocoles sont actualisés par l'un des gynécologues obstétriciens du service.

Le secteur de naissance se situe dans des locaux anciens, récemment rénovés en ce qui concerne les consultations, le secteur d'hospitalisation de la maternité avec un service de néonatalogie entièrement rénové (déménagement récent dans des locaux contigus à la maternité). Les blocs obstétricaux n'ont pas bénéficié de cette rénovation.

Le nombre minimum de salles de naissance (4) et de pré travail (2) en rapport avec le nombre d'accouchements est respecté. Une salle d'accouchement "nature" est aménagée et dispose d'une surface plus vaste que les 3 autres salles. Les équipements de monitoring fœtal et maternel sont présents à l'intérieur des salles de naissance, le ph mètre est situé au laboratoire, les fluides sont disponibles, les tables de réanimation néonatales sont à proximité immédiate des salles d'accouchement, les chariots d'urgence (1 au bloc obstétrical et 1 dans le service) sont fonctionnels et leurs contrôles sont tracés.

La prise en charge des hémorragies de la délivrance fait l'objet d'un protocole régional qui est affiché dans les différentes salles. Le matériel nécessaire à cette prise en charge est accessible.

Le bloc opératoire pour les césariennes est au même niveau que le bloc obstétrical et à proximité immédiate ainsi qu'une salle pour les amniocentèses.

Les médecins anesthésistes, obstétriciens et pédiatres prennent leur garde sur place. Les sages-femmes sont formées pour occuper la fonction IBODE en cas d'urgence code rouge.

Les relations avec le secteur de la néonatalogie sont facilitées depuis la rénovation des locaux.

Les besoins transfusionnels en urgence sont pris en charge par l'EFS d'Alençon, situé sur le site de l'hôpital.

La radiologie interventionnelle (embolisation) peut être pratiquée au CHU de CAEN.

Il existe une convention avec le CHU Caen pour la prise en charge des transferts.

Le cas échéant, selon les risques identifiés, les patientes peuvent être également transférées au CH Le Mans.

Le dossier du patient n'est pas informatisé. Il existe un dossier papier complet qui comprend les différents supports utiles à la prise en charge de la naissance (dossier AUDIPOG, partogramme, dossier nouveau-né, fiches de surveillance et de prescription SSPI, fiche bloc opératoire, consultation anesthésie, pancarte).

L'organisation et les interfaces permettent l'échange d'information et la coordination entre les différents secteurs et professionnels particulièrement en cas d'urgence obstétricale.

Il existe un réseau dense de sages-femmes libérales permettant une large utilisation du dispositif PRADO.

Les liens avec la PMI sont développés. Il existe un CAMSPP à Alençon et une psychologue intervient une demi-journée par semaine dans le service.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La démarche qualité institutionnelle est déclinée sur le secteur de la naissance.  
Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans le secteur. Des staffs hebdomadaires sont en place.  
Des audits intermédiaires sont programmés, des RMM, des CREX sont organisés, et les EI sont analysés.  
Des actions correctives ont déjà été mises en place notamment suite à une évaluation selon la méthode du patient traceur (pose du bracelet identité, travail sur l'allaitement maternel). Le taux de césarienne fait l'objet d'un suivi.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles. La formation à la réanimation néonatale a été effectuée. La continuité et la permanence des soins est assurée. L'organisation des gardes sur place (anesthésiste obstétricien, pédiatre) permet une optimisation des délais de prise en charge et le respect des délais des césariennes dites "code rouge".  
Les ressources documentaires sont actualisées régulièrement et sont facilement disponibles sous forme informatique (intranet) et papier (classeurs dans le service). Leur actualisation est sous la responsabilité du cadre sage-femme du service et du service qualité.  
Le service se compose de 20 lits d'hospitalisation dont 16 chambres individuelles. Une opération de rénovation des locaux a été conduite compte tenu de l'ancienneté et de la vétusté des locaux. Une chambre de patient est adaptée aux personnes en situation de handicap (commande électrique de la hauteur de la table de soins du nouveau-né).  
Le bloc opératoire est proche et maintient en permanence une salle disponible.  
Les monitorings des rythmes cardiaques fœtaux est réalisable dans les salles de naissance.  
Cependant, la surveillance des parturientes ne fait pas l'objet d'un dispositif centralisé. Il n'existe pas de centralisation du monitoring des rythmes cardiaques fœtaux au niveau du secteur des salles de naissance. Selon le nombre de naissances simultanées, il est possible que le monitoring ne fasse pas l'objet d'un suivi permanent. L'établissement n'a pas identifié cette situation au niveau de l'évaluation de ses risques.  
Le matériel d'urgence pour la prise en charge de l'hémorragie est disponible.  
Une maintenance préventive du parc des dispositifs médicaux est assurée.  
Le matériel est testé à chaque ouverture de salle (check-list).  
La traçabilité est assurée pour le matériel, les actes, la maintenance, le nettoyage.  
Le dossier papier est complet.  
Les activités sont régulées afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.  
Toutefois, tous les équipements mis à disposition ne permettent pas la prévention du risque infectieux du nouveau né. Au niveau des salles de naissance, le revêtement des tables des nouveaux nés, en bois, est très dégradé. Il s'avère de fait incompatible avec une désinfection efficace. L'établissement a identifié cette situation au niveau de son analyse des risques et des travaux initialement prévus en septembre 2017 ont été reportés en 2018 en raison de difficultés financières de l'établissement. Les surfaces en cause sont isolées avec des alèses. Les professionnels ont adapté leurs pratiques pour tenir compte de cette situation.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le fonctionnement du secteur est adapté à la prise en charge des patientes.  
Toutes les sages-femmes ont été formées à l'acupuncture, certaines à l'hypnose.  
En ante natal, des préparations à l'accouchement sont organisées. Des séances de yoga, de sophrologie ou des préparations en piscine sont proposées.  
En per natal, l'identité est contrôlée et associée à un bracelet.  
La check-list Has pour les césariennes est systématique au bloc opératoire.  
Les interfaces sont opérationnelles y compris avec les établissements de références.  
Les IVG médicamenteuses ou chirurgicales sont assurées en ambulatoire ou hospitalisation. Il existe un protocole pour la fœtopathologie.  
La traçabilité de la prise en charge est assurée et concerne l'ensemble des activités du secteur : check-list des actes de prise en charge du nouveau né, utilisation des chariots d'urgence, nettoyage, température des réfrigérateurs.  
Une politique "zéro bijou" est mise en œuvre.  
En post natal, la rééducation est prise en charge par les sages-femmes libérales. Le dispositif PRADO est en place.



## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le recueil et l'analyse des évènements indésirables sont réalisées et l'implication des professionnels est effective quant au bon fonctionnement du processus de prise en charge du patient. Un retour d'expérience est organisé selon la nature des évènements concernés.

L'établissement assure le recueil des indicateurs nationaux : hémorragies du post partum, tenue du dossier, évaluation de la douleur, suivi du taux de césarienne.

Des RMM et des CREX sont conduits.

Un bilan d'activité est réalisé et les tableaux de bord sont actualisés chaque semaine. Une analyse des données est réalisée sur la base d'une comparaison des données cumulées depuis le début de l'année avec ceux de l'année n-1.

## A / AGIR

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

Des actions sont mises en œuvre au regard des résultats des évaluations réalisées.

L'analyse systématique des questionnaires satisfaction a permis de modifier les formations concernant l'allaitement maternel et en lien avec le service de restauration d'améliorer la qualité des repas des mamans.

La communication interne est assurée par le site Intranet, le journal interne et les affichages dans les services.

La communication externe est assurée au moyen du site Internet, des affichages dans le hall d'accueil et la CDU.

**c. Tableau des écarts relevés**

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	Tous les équipements mis à disposition ne permettent pas la prévention du risque infectieux du nouveau né. Au niveau des salles de naissance, le revêtement des tables des nouveaux nés, en bois, est très dégradé. Il s'avère de fait incompatible avec une désinfection efficace. L'établissement a identifié cette situation au niveau de son analyse des risques et des travaux initialement prévus en septembre 2017 ont été reportés en 2018 en raison de difficultés financières de l'établissement. Les surfaces en cause sont isolées avec des alèses. Les professionnels ont adapté leurs pratiques pour tenir compte de cette situation.	26b
	NC	La surveillance des parturientes ne fait pas l'objet d'un dispositif centralisé. Il n'existe pas de centralisation du monitoring des rythmes cardiaques fœtaux au niveau du secteur des salles de naissance. Selon le nombre de naissances simultanées, il est possible que le monitoring ne fasse pas l'objet d'un suivi permanent. L'établissement n'a pas identifié cette situation au niveau de l'évaluation de ses risques.	26b

## ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	P / Définition de la stratégie	NC	<p>La stratégie de mise en œuvre des évaluations des pratiques professionnelles n'est pas définie.</p> <p>La Commission Médicale d'Établissement n'est pas opérationnelle depuis plusieurs mois suite à la démission de son président et de certains de ses membres dont la présidente de sa commission EPP.</p> <p>Les missions et les responsabilités ne sont pas définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.</p> <p>L'établissement a identifié cette situation dans son plan d'actions et prévoit une évolution de son organisation qu'il entend proposer à la présidence de la CME issue des nouvelles élections programmées pour le mois de novembre 2017.</p>	1f
	P / Organisation interne	PS	<p>La révision des documents qualité n'est pas organisée périodiquement.</p> <p>L'établissement dispose d'un guide de rédaction et de gestion des documents qui fait office de procédure des procédures qui ne définit pas la périodicité de révision des documents qualité.</p> <p>Le système de mise à jour des documents n'est pas opérationnel car plusieurs documents qualité sont anciens et datent de plus de cinq années.</p> <p>Il a identifié dans son PAQSS des objectifs de révision de ses procédures mais de façon limitée pour les documents du laboratoire de biologie, pour la procédure d'identification du risque suicidaire qui date de 2013 et pour celle de prescription des médicaments en chirurgie. Il n'a pas prévu de révision périodique de ses documents qualité.</p>	5c
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	NC	<p>Les objectifs qualité ne sont pas déclinés au niveau des pôles.</p> <p>Les pôles en place ne disposent pas de contrat ni de projet. Par ailleurs, la chefferie du pôle Médecine, activité principale de l'établissement, est vacante depuis plusieurs mois. Plusieurs services ont engagé la formalisation de projets mais à l'exception de celui relatif à l'utilisation de l'hypnose médicale au bloc opératoire, aucun d'entre eux n'est formellement validé.</p> <p>Ainsi les objectifs qualité ne sont pas déclinés au niveau des secteurs d'activité et la mise en œuvre de la démarche qualité dépend de l'initiative des équipes.</p> <p>L'établissement a identifié cette situation dans son plan d'actions et envisage de mettre en place des indicateurs qualité par pôle sur la base des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) mais cette démarche qui a été initiée n'a pas aboutie.</p>	8a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Le déploiement des démarches d'EPP est partiel. En l'absence d'organisation définie, l'ensemble des secteurs d'activité ne s'est pas engagé dans des démarches EPP. Il existe tout de même la conduite d'actions EPP à l'initiative des professionnels dans certains d'entre eux.	28a
Droits des patients	D / Disponibilité des ressources	NC	Les locaux et équipements nécessaires au respect de l'intimité du patient ne sont pas tous à disposition. C'est le cas en pédiatrie ou aux urgences, les locaux se révèlent parfois exigües au regard de l'activité. Sauf pour le site des Pastels (USLD et SSR) et pour le service de pneumologie sur le site principal d'Alençon, l'intimité des patients des chambres à 2 lits, en nombre très important sur tous les sites, n'est pas assurée. Les chambres ne sont pas équipées de paravent ou de rideaux de séparation qui permettraient aux infirmières ou aides soignantes de respecter cette obligation lors des soins, y compris les soins d'hygiène. Seulement pour les urgences d'Alençon, l'établissement a inscrit dans son PAQSS l'installation de rideaux dans les couloirs pour isoler les lits qui y sont utilisés en cas d'affluence. Ces rideaux posés en octobre 2017 ne garantissent pas totalement l'intimité des patients. Pour tous les autres services de l'établissement, aucune action n'est prévue au PAQSS.	10b
Parcours du patient	D / Disponibilité des ressources	NC	Les accès du service de Pédiatrie ne sont pas sécurisés. Le service de Pédiatrie est situé au premier étage dans une annexe du bâtiment principal à l'entrée du site d'Alençon. De 8 heures à 20 heures, 7 jours sur 7, il est accessible sans restrictions et sans contrôle d'accès. Après 20 heures, l'accès au service nécessite l'utilisation d'un boîtier d'appel. Cette situation est liée au positionnement de la salle d'attente des urgences pédiatriques de jour à l'entrée du service. A partir de 20 heures les urgences pédiatriques sont accueillies aux Urgences Adultes situées dans le bâtiment principal. L'établissement n'a identifié que partiellement cette situation dans son PAQSS en limitant la problématique au risque de fugue des adolescents accueillis aux urgences pédiatriques. Il envisage la relocalisation de l'ensemble du service dans les locaux du bâtiment central lors d'opérations de travaux à venir. L'ensemble des situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes ne sont donc pas identifiées.	6a
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire	D / Disponibilité des ressources	NC	Les locaux du bloc opératoire ne permettent pas le respect des règles d'hygiène.  L'utilisation de certains matériaux et la dégradation de certaines surfaces ne permettent pas une désinfection efficace. L'hygiène au bloc opératoire est compromise par la vétusté des locaux ou équipements : 1) système d'ouverture des portes des blocs opératoires non automatisé qui obligent les professionnels à utiliser des poignées (accès opérateur). 2) présence de matériau non adapté à une désinfection de surface efficace (portes en bois abîmées, protection des murs par des surfaces non lisses)	26a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			dans salle Marquises) 3) Auge de lavage des mains salle Bermudes avec saillie d'une plaque métallique rouillée.	
		NC	La sécurité du bloc opératoire n'est pas assurée (salle césarienne) n'est pas assurée. L'accès est possible à la salle de césarienne par une porte non verrouillée donnant sur un couloir de circulation publique. L'interdiction d'accès est uniquement signalée par une affiche sur cette porte.	26a
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance	D / Disponibilité des ressources	NC	Tous les équipements mis à disposition ne permettent pas la prévention du risque infectieux du nouveau né. Au niveau des salles de naissance, le revêtement des tables des nouveaux nés, en bois, est très dégradé. Il s'avère de fait incompatible avec une désinfection efficace. L'établissement a identifié cette situation au niveau de son analyse des risques et des travaux initialement prévus en septembre 2017 ont été reportés en 2018 en raison de difficultés financières de l'établissement. Les surfaces en cause sont isolées avec des alèses. Les professionnels ont adapté leurs pratiques pour tenir compte de cette situation.	26b
		NC	La surveillance des parturientes ne fait pas l'objet d'un dispositif centralisé. Il n'existe pas de centralisation du monitoring des rythmes cardiaques fœtaux au niveau du secteur des salles de naissance. Selon le nombre de naissances simultanées, il est possible que le monitoring ne fasse pas l'objet d'un suivi permanent. L'établissement n'a pas identifié cette situation au niveau de l'évaluation de ses risques.	26b