



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER  
INTERCOMMUNAL EURE  
SEINE**

Rue leon schwartzenberg  
27023 Evreux  
AVRIL 2017

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	11
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	11
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	11
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	11
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	11
5. SUIVI DE LA DÉCISION	11
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	12
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	12
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	12
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	14
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	15
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	19
DROITS DES PATIENTS	23
PARCOURS DU PATIENT	27
DOSSIER PATIENT	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	36
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	40
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	43
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	47
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	53
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	57

# 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 EURE SEINE - SITE D'EVREUX	
Adresse	Rue leon schwartzenberg 27023 Evreux
Département / région	EURE / NORMANDIE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	760030635	GCS TELESANTE TELEMEDECINE HAUTE NORMANDIE	2 bis rue georges charpak 76130 MONT ST AIGNAN
Entité juridique	270023724	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL EURE SEINE	17 rue léon schwartzenberg 27023 Evreux
Etablissement de santé	270000359	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL EURE SEINE - SITE D'EVREUX	Rue leon schwartzenberg 27023 Evreux
Etablissement de santé	270000458	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL EURE SEINE - SITE DE VERNON	5 rue docteur burnet 27207 VERNON
Etablissement de santé	270026107	USLD CHI EURE SEINE	5 rue du dr baudoux 27000 EVREUX

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	73	/	21	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	56	/	/	/
MCO	Médecine	353	44	/	20331
SLD	SLD	30	/	/	/

SSR	SSR	22	/	/	/
-----	-----	----	---	---	---

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

- Accréditation laboratoire COFRAC (Biologie médicale, option B) : Mars 2016

**Réorganisation de l'offre de soins**

Coopération avec d'autres établissements

- Contribuer au fonctionnement du réseau de soins périnatal avec les réseaux périnatalité en Haute-Normandie (Association)
- Prise en charge des malades cancéreux avec le réseau onco-normand
- Réseau d'aide médicale urgente pour la Haute-Normandie avec le CHU de Rouen
- Prise en charge des urgences neuro-vasculaires via le SAMU-SMUR avec le CHU de Rouen
- Groupement de Coopération Sanitaire pour le Logipôle Cambolle entre CHES/CHS/La Musse
- Convention de régulation des appels et des interventions SMUR pour le territoire de santé de Pont-Audemer entre le SAMU 27, SAMU 76B et SMUR de Pont-Audemer avec le groupe hospitalier du Havre
- Création d'un dépôt de greffons osseux PHOENIX avec TBF Génie Tissulaire
- Organisation et fonctionnement de l'activité d'hémato-oncologie pédiatrique avec le CHU de Rouen
- Groupement de Coopération Sanitaire
- Réseau Inter-régional pour le Système d'Information de l'Aide Médicale Urgente avec RRAMUHN GCS Dr BOUFFANDEAU Ancuta avec ANIDER
- Modalités de mise en œuvre opérationnelle des moyens du SDIS et du SAMU de l'Eure avec le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS)
- Mise à disposition de locaux pour le Centre d'Accueil et de Crise (CAC) CHES site d'Evreux avec le centre hospitalier spécialisé de Navarre
- Protocole relatif à la prise en charge médicale et judiciaire des mineurs victimes de maltraitances avec le Ministère de la Justice + le Conseil Général de l'Eure
- Protocole de signalement aux autorités administratives des événements indésirables avec l'ARS (Agence Régionale de Santé)
- Convention de coopération entre le CHES et RESPA 27 (soins palliatifs)
- Protocole d'accord entre CHES – CISR (Centre d'Imagerie Scintigraphie Rouennais) – GEIM
- Prise en charge des AVC (thrombolyse) avec le CHU de Rouen
- Mise à disposition de locaux site d'Evreux avec le GIE-GEIM Groupement Eurois d'Imagerie Médicale
- Mise à disposition de locaux site de Vernon avec le GIE-GEIM Groupement d'Imagerie Médicale de Vernon
- Partenariat définissant les conditions d'intervention de l'association VMEH au sein du CH Eure-Seine, site de Vernon avec VMEH (Association Visites aux Malades dans les Etablissements Hospitaliers)
- Déploiement du dossier médical personnel avec GCS Télésanté – TéléMédecine de Haute-Normandie
- Convention de coopération entre le CHES et la Résidence du Lac dans le cadre du Plan canicule (bleu)
- Convention Plan Bleu (canicule) avec le foyer François Morel
- Convention Plan Bleu (canicule) avec la Résidence Les Feuillans (ex HOME 3ème âge)
- Convention Plan Bleu (canicule) avec la Résidence Nymphaes Bleus
- Convention Plan Bleu (canicule) avec la Résidence Tiers Temps
- Convention Plan Bleu (canicule) avec Conches en Ouche



- Convention Plan Bleu (canicule) avec l'hôpital de Pacy/Eure
- Convention Plan Bleu CCAS Ville Vernon – Service Vie à Domicile avec la mairie de Vernon (CCAS Service Vie à Domicile)
- Convention Plan Bleu (canicule) avec le centre hospitalier spécialisé de Navarre
- Convention Plan Bleu CCAS Ville Vernon – Foyer Résidence EHPAD Ville avec la mairie de Vernon (CCAS Foyer Résidence EHPAD Ville)
- Convention Plan Bleu Maisons de retraite La Filandière et Azémia (plan canicule) avec la mairie d'Evreux (EHPAD)
- Convention Plan Bleu (canicule) avec l'IMP le Moulin Vert (Etrépagny)
- Convention de coopération dans le cadre de l'intervention de l'EOH avec la Clinique Pasteur
- Convention de coopération dans le cadre de l'intervention de l'EOH avec le Centre Hospitalier Spécialisé de Navarre
- Convention de coopération dans le cadre de l'intervention de l'EOH avec l'hôpital du Neubourg
- Convention de coopération dans le cadre de l'intervention de l'EOH avec l'Hostréa (Centre de soins de suite et de longue durée)
- Convention de coopération dans le cadre de l'intervention de l'EOH avec l'hôpital de Pacy/Eure
- Convention de coopération dans le cadre de l'intervention de l'EOH avec le Centre Hospitalier de Verneuil/Avre
- Convention de coopération dans le cadre de l'intervention de l'EOH avec l'hospitalisation à domicile Eure-Seine (HAD)
- Convention de coopération dans le cadre de l'intervention de l'EOH avec l'hôpital de Rugles
- Convention de coopération dans le cadre de l'intervention de l'EOH avec l'hôpital de la Musse
- Intervention de l'EOH au profit des ETS de Santé de l'Eure
- Convention de coopération dans le cadre de l'intervention de l'EOH avec l'ADAPT CMPR
- Convention de coopération dans le cadre de l'intervention de l'EOH avec l'Hôpital de Breteuil/Iton
- Convention de coopération dans le cadre de l'intervention de l'EOH avec la Clinique Les Bruyères
- Convention de coopération dans le cadre de l'intervention de l'EOH avec l'Hôpital St Jacques Les Andelys
- Convention de coopération dans le cadre de l'intervention de l'EOH avec la Clinique Bergouignan
- Formation AFGSU des ambulanciers de l'Eure avec le CH de Bernay
- Convention pour la fourniture de préparations de chimiothérapies par le PUI du CHI avec l'hospitalisation à domicile Eure-Seine (HAD)
- Convention constitutive de GCS UNI.H.A. (modifiée en mai 2012)
- Partenariat pour améliorer et développer l'activité de régulation avec l'Association Alaume
- Contrat pluriannuel d'objectifs 2012-2014 (objectifs et actions à mettre en œuvre pour la prévention : vaccinations, CIDDIST, CLAT) avec l'ARS (Agence Régionale de Santé)
- Conditions des actions de formation par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) du CHES auprès des EHPAD : Azémia Evreux, Astérina Bémécourt, Bois la Rose St André, EHPAD Breteuil, la Filandière Evreux, la Providence Evreux, Résidence du Lac Tosny, Médica Bueil, Tiers Temps Evreux, Ville en Vert Breteuil, Reflets d'Argent Conches, le Chêne au Loup Conches, les Feuillans Brosville
- Formation des personnels des EHPAD en soins palliatifs par l'EMSP du CHES avec la Résidence le Bois la Rose
- Formation des personnels des EHPAD (La Filandière et Azémia) en soins palliatifs par l'EMSP du CHES avec la mairie d'Evreux (EHPAD)
- Formation des personnels des EHPAD en soins palliatifs par l'EMSP du CHES avec la Résidence du Lac
- Formation des personnels des EHPAD en soins palliatifs par l'EMSP du CHI avec la Résidence de Bueil (MEDICA)
- Formation des personnels des EHPAD en soins palliatifs par l'EMSP

- du CHES avec la Résidence Korian Ville en Vert
- Formation des personnels des EHPAD en soins palliatifs par l'EMSP du CHES avec la Résidence Tiers Temps
  - Contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins relatif à la régulation des dépenses de médicaments et de produits de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions effectuées en établissement de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville avec l'ARS (Agence Régionale de Santé)
  - Mise en œuvre du PRogramme d'Accompagnement à DOMicile (volet maternité) – PRADO avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)
  - Financement de l'ARS dans le cadre de la mise en œuvre du contrat local d'amélioration des conditions de travail (CLACT) à l'EHPAD avec la Résidence des Reflets d'Argent à Conches en Ouche
  - Conditions des actions d'intervention par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs et de la Douleur du CHES au nouvel hôpital de Navarre
  - Création d'une filière neuro-vasculaire territoriale (prise en charge des patients victimes d'AVC ou d'AIT) avec le centre hospitalier de Lisieux
  - Convention de coopération relative à la prise en charge d'examens de laboratoire avec l'hôpital de la Musse
  - Protocole de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes avec la préfecture de l'Eure
  - Formation aux Gestes et Soins d'Urgences pour le personnel du CHES avec le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences (CESU 27)
  - Transfert des prélèvements de cornées d'origine humaine à but thérapeutique et/ou scientifique avec le CHU de Rouen
  - Convention de coopération avec l'hospitalisation à domicile Eure-Seine (HAD Eure-Seine)
  - Prise en charge sanitaire des personnes détenues de la Maison d'Arrêt d'Evreux (en lien avec le protocole cadre) avec le nouvel hôpital de Navarre
  - Protocole cadre entre la Maison d'Arrêt d'Evreux, le CHES et le nouvel hôpital de Navarre chargés de la prise en charge sanitaire des personnes détenues
  - Convention de coopération entre l'EMSP et la Résidence des Reflets d'Argent et l'EHPAD le Chêne au Loup de Conches en Ouche
  - Convention relative à l'éthique avec le CHU de Rouen
  - Convention relative à la psychiatrie de liaison (site de Vernon) avec le nouvel hôpital de Navarre
  - Convention constitutive du GCS HACOM (mutualisation des achats)
  - Convention Plan Bleu (canicule) avec l'EHPAD le Chêne au Loup de Conches en Ouche
  - Mise en œuvre du PRogramme d'Accompagnement à DOMicile (volet chirurgie orthopédique) – PRADO avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)
  - Convention régissant les actes de télémedecine avec le centre hospitalier de Verneuil sur Avre
  - Convention régissant les actes de télémedecine en gériatrie avec l'hôpital de Pacy/Eure
  - Convention constitutive du GSC HACOM (mutualisation des achats)
  - Arrêté de constitution du GCS HACOM (mutualisation des achats avec l'ARS (Agence Régionale de Santé)
  - Mise en œuvre du PRogramme d'Accompagnement à DOMicile (volet insuffisance cardiaque) – PRADO avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)
  - Convention de coopération dans le cadre de la permanence des soins avec le CHU de Rouen
- Charte constitutive du Réseau Normand des Prélèvements d'Organes et de Tissus (RNPOT) avec le CHU de Rouen
- Convention tripartite relative au programme de vérification de l'audition des nouveau-nés en région Haute-Normandie avec l'ARS

(Agence Régionale de Santé)

- Convention tripartite relative aux EHPAD Evreux et Vernon 2014-2018 avec le Conseil Général de l'Eure

- Convention tripartite relative à la prise en charge des personnes âgées en USLD à St Michel (2014-2018) avec le Conseil Général de l'Eure

- Protocole de signalement aux autorités administratives des événements indésirables avec l'ARS (Agence Régionale de Santé)

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	- SLD UHR depuis septembre 2013

# 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

### Obligation d'amélioration

Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle

### Recommandations d'amélioration

Dossier patient  
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient  
Prise en charge des urgences et des soins non programmés  
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire  
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance

## 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

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

## 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	Enfant	médecine	A définir	programmé	simple	MCO
2	Adulte	médecine	A définir	programmé	simple	MCO
3	Adulte	médecine	A définir	non programmé	complexe	MCO
4	Adulte	chirurgie	A définir	programmé	simple - HC	MCO
5	Adulte	chirurgie	A définir	programmé	simple	MCO
6	Adulte	ambulatoire	A définir	programmé	simple	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>
7	Adulte	obstétrique	Accouchement	non programmé	simple	MCO
8	Adulte	obstétrique	Accouchement	non programmé	simple	MCO
9	Adulte	SSR Vernon	A définir	programmé	simple	SSR
10	Adulte	SLD Evreux	A définir	programmé	complexe	SLD

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

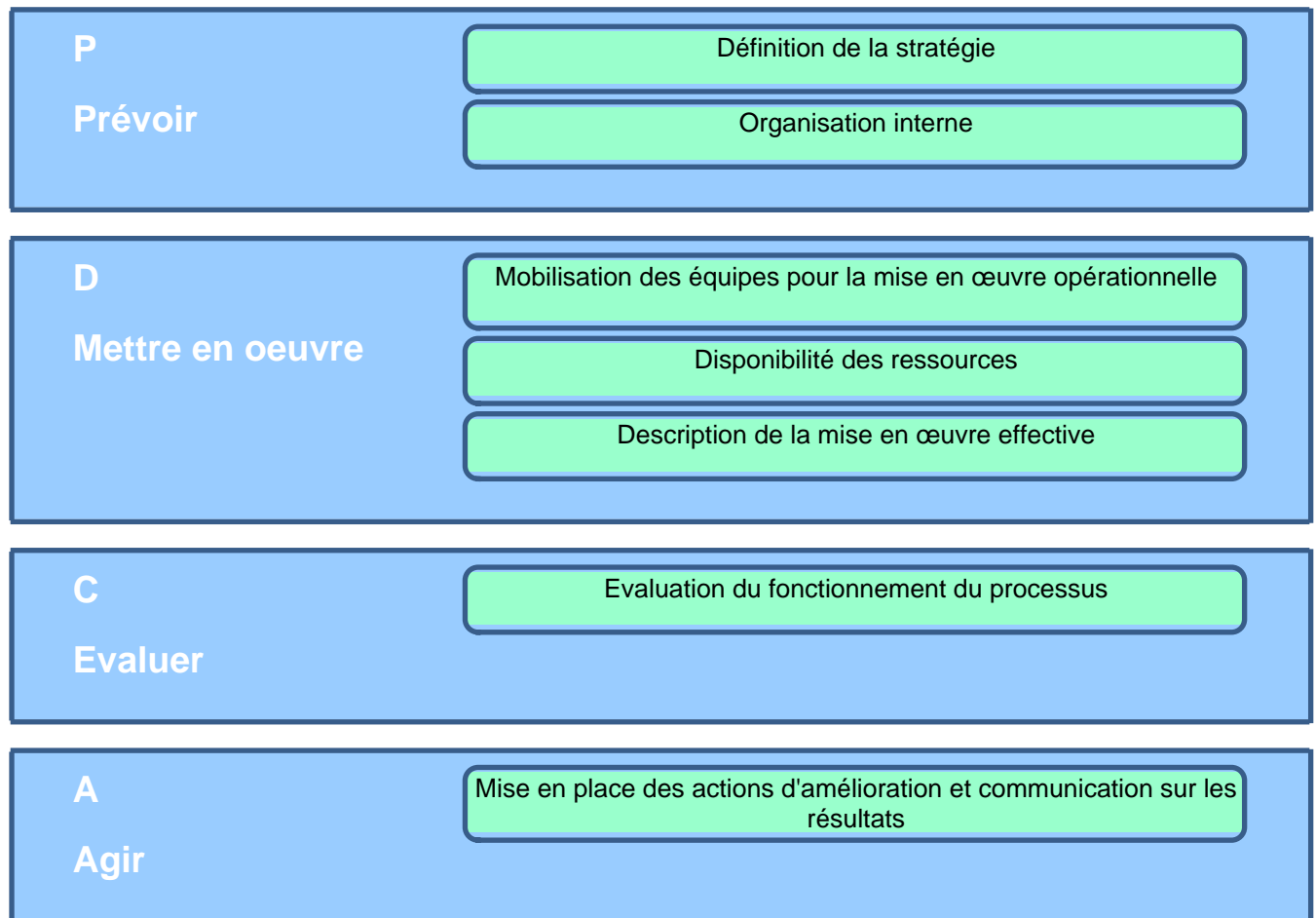
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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**

La politique qualité et gestion des risques est définie et organisée par le directoire. Cette politique est reprise dans le nouveau projet médical et stratégique 2013-2017, en attente du projet GHT. Le CHI héberge dans ses locaux le centre d'accueil et de crise psychiatrique dépendant de l'EPSM de Navarre avec 10 lits identifiés en face du secteur de pédiatrie. Il a également une chambre d'accueil sécurisée pour les détenus. Les obligations légales et réglementaires sont prises en compte dont les situations sanitaires exceptionnelles, la gestion de crise avec le plan blanc, réactualisé en septembre 2016, ainsi que les recommandations de la précédente visite de certification V2010. L'analyse des risques a posteriori est basée sur une approche processus, sur les recueils d'évènements indésirables et sur les risques environnementaux et technologiques identifiés. Les risques professionnels identifiés sont inscrits dans le document unique. Des pilotes ont été nommés, les fiches de poste existent et certaines ont été récemment actualisées (septembre 2016 pour le gestionnaire des risques). Un organigramme du management de la qualité et des risques a été élaboré et diffusé le 30 octobre 2015. Le CODIR supervise les programme d'actions mis en place et déclinés dans les contrats de pôles, en objectifs et indicateurs communs et spécifiques sur les différents pôles. L'analyse des fiches de signalement événements indésirables et celle de plaintes et réclamations servent à alimenter les PAQSS tout comme les différents plans d'actions des groupes processus ou sous-commissions de la CME (CLIN, CLAN, CLUD, ...) dont certains ont été réactivés en début d'année comme la commission EPP. Le compte qualité est articulé avec les PAQSS de pôles et révisé à périodicité définie (environ tous les 6 mois). Le compte qualité de l'établissement alimenté par la cellule qualité, reprend les IQSS nationaux dont certains sont inclus dans les indicateurs de suivi des pôles. Les instances sont régulièrement informés lors des points qualités.

**ORGANISATION INTERNE**

La cellule qualité composée de 9 personnes, est chargée de l'animation de la démarche qualité du CHI, de la préparation de la visite de certification HAS et de la mise en place des audits nationaux. Elle participe aux travaux et décisions du comité de pilotage. Un règlement intérieur de la cellule qualité existe et a été actualisé le 30 mars 2016. Le comité de pilotage qualité et gestion des risques est constitué des pilotes institutionnels. Il est renforcé par les quatuors de pôles (chef de pôle, cadre de pôle, assistante administrative du pôle et contrôleur de gestion du pôle) pour le suivi des plans d'actions. La Coordination de la gestion des risques est assurée par du temps médical à hauteur de 40%, et du temps pharmacien à 50% dédié au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. La cellule qualité analyse toutes les fiches de signalement des événements indésirables, les questionnaires de satisfaction et les plaintes et réclamations. Des profils de poste et fiches de postes ont été élaborés pour les pilotes de processus même si certaines sont récentes (septembre 2016 pour le gestionnaire des risques). Les plans de formation de l'établissement sont en adéquation avec ses missions et ses filières de prise en charge. La promotion professionnelle est favorisée. Le système de gestion documentaire accessible à tout agent sur le site intranet de l'établissement est structuré et comporte les protocoles et procédures actualisés sur l'ensemble des sites. Les plans des maintenance existent et sont suivis, la gestion de crise est organisée, tout comme la gestion des plaintes et réclamations, le signalement des événements indésirables, le plan de reprise d'activité informatique, les mises en œuvre de sauvegarde informatique. Les EPP, CREX, RMM, parcours patient traceur alimentent les points qualités. La gestion documentaire est organisée par la direction qualité et en cours d'harmonisation sur l'ensemble des sites. La convention hôpital, police, justice, gendarmerie est rédigée. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. La cellule qualité pilote le dispositif. L'analyse des causes est réalisée selon la méthode ORION. Des correspondants soignants dans chaque pôle sont nommés sur certaines thématiques spécifiques : douleur, chute, contention, nutrition, hygiène... L'encadrement paramédical, la direction qualité et les correspondants soignants relaient les informations concernant la qualité et la gestion des risques liés aux soins et sensibilisent les soignants lors de réunions ou de journées à thèmes. Un point qualité est réalisé lors de chaque réunion de la CME. L'arrivée des nouvelles infirmières diplômées et l'accueil de stagiaires favorise la diffusion de la culture qualité et de gestion des risques. Les plans d'actions sont suivis et chaque pôle peut proposer des formations en lien avec son projet de pôle. La dynamique du patient traceur est implantée depuis environ un an et l'ensemble des professionnels concernés (médecin, psychologue, assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute, IDE, aides

soignante...) y participe. Les EPP récemment réactivées permettent de mobiliser un grand nombre de professionnels tout comme le CLIN, CLAN, CLUD générateurs d'actions du PAQSS et de leur suivi. Le dispositif de signalement des événements indésirables via un logiciel commun est en place et connu de l'ensemble des personnels. Une fois par trimestre les représentants des usagers ont un point qualité lors de la CRUQ, ce qui leur permet d'être pleinement informés.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les emplois et compétences sont en adéquation avec les missions de l'établissement mais on note toutefois des difficultés de recrutement sur certains postes notamment médicaux, IBODE et kinésithérapeutes par exemple. Une procédure sur les remplacements soignants reprend les éléments fondamentaux à respecter pour assurer la sécurité de la prise en charge. Le dispositif de gestion documentaire informatisé est connu des agents et facilité par le déploiement de postes informatiques en salle de soins, dans le local de stockage et préparation des médicaments, dans le bureaux médicaux notamment et par des postes mobiles. Les fiches de signalement des événements indésirables sont facilement accessibles via le logiciel informatique et sont utilisées par les soignants qui se les sont appropriées. Certains agents sont formés à la qualité, à la méthode ORION (40 personnes formées en 2015 et 45 analyses réalisées). Le matériel est adapté aux différents types de prise en charge. Sur le site d'Evreux, les nouveaux bâtiments, avec un maximum de chambres à 1 lit, sont adaptés à l'activité. Les plans de maintenance des installations et équipements sont suivis pour ce qui est réglementaire et pour les dispositifs relevant des vigilances sanitaires. Les conventions avec les prestataires extérieurs existent. La sécurité incendie est opérationnelle. Les plans de formation sont suivis. Toutefois, la gestion documentaire n'est pas complètement opérationnelle. Lors des visites sur l'ensemble des pôles et des services, plusieurs documents sauvages en format papier ont été retrouvés par les experts visiteurs, documents non datés, non signés, non validés ou non conformes à la réglementation en vigueur (par exemple procédure sur l'injection d'ocytocine en salle de naissance par les aides soignantes) toujours utilisés par les professionnels de santé et non connus de la direction qualité. D'autres documents sont toujours utilisés mais non actualisés (procédure AES de 2003 encore affichée dans plusieurs services alors qu'une procédure plus récente de 2012 n'était pas connue des personnels). Une procédure d'amélioration de gestion documentaire a été proposée en action d'amélioration le jour du départ des experts visiteurs.

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

Les principaux risques en lien avec la population accueillie sont connus des professionnels rencontrés. Un protocole relatif aux rapports entre le CH Eure-Seine et les services de police, gendarmerie et de justice a été finalisé le 14 novembre 2016 et organise l'accueil de patients particuliers (mineurs, détenus, victimes d'agressions sexuelles, violences...). Il existe également une convention avec l'EPSM de Navarre qui organise la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques notamment grâce à l'implantation de 10 lits de psychiatrie dans l'enceinte du CHI avec du personnel dédié. L'identitovigilance, thématique transversale sur le CHI, les chutes, la douleur, la dénutrition par exemples font l'objet d'EPP suivies par les sous-commission EPP. Les vigilances identifiées fonctionnent dans les instances ad hoc : CLIN, CLAN, CLUD. Par ailleurs, la méthode du patient traceur et les audits de processus mis en place depuis le printemps 2015 permettent aux équipes pluridisciplinaires (médicale, paramédicale, administrative et sociale) de s'initier concrètement aux démarches qualité et sécurité de soins en balayant plusieurs thématiques (droits des patients, dossier, prise en charge médicamenteuse, interfaces avec les services supports ou prestataires, gestion documentaire,...). Chaque réunion fait l'objet de synthèse écrite ou d'un compte-rendu. Les contrôles réglementaires sont effectués (sécurité incendie, hygiène alimentaire, eau d'alimentation...) et les actions à mettre en place suivies par la direction de la logistique et les directions concernées. Quelques RMM ont été initiées notamment en obstétrique. La recherche de légionelles est effective dans l'établissement et les résultats des prélèvements donnent lieu si besoin à des actions correctives en lien avec le CLIN. Un livret d'information est remis à chaque nouvel interne à son arrivée au CHI (140 par an). Une journée d'accueil du nouvel arrivant est organisée 2 fois par an et reprend la démarche gestion des risques, le droit des patients, le signalement des événements indésirables...

### **C / EVALUER**

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

Les plaintes et réclamations (175 en 2015) ainsi que les retours des questionnaires de satisfaction font l'objet d'actions d'amélioration en lien avec la CRUQ. L'enquête e-satis relève encore un taux peu important de réponses. La direction qualité évalue au moins une fois par an l'avancement des processus et des actions mises en place avec les responsables EPP et les quatuors de pôles. L'analyse des fiches d'événements indésirables (963 en 2015 et 810 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016) permet une évaluation continue du processus par la cellule qualité. Les IQSS sont mesurés 1 fois par an et alimentent le compte qualité. Des audits annuels comme le lavage des mains, la semaine des erreurs... contribuent au déploiement du dispositif qualité et gestion des risques sur l'ensemble de la structure. La mise en place de CREX ou de RMM pour les erreurs médicamenteuses, les infections nosocomiales ou la radio

protection notamment, est organisée quoique de façon irrégulière sur certains secteurs notamment chirurgicaux. Les bilans et rapports annuels obligatoires (bilan social, CLIN, CRUQ, CSIRMT, ...) permettent d'évaluer directement ou indirectement l'état d'avancée du dispositif. Les rapports d'activité réglementaire sont établis.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en place servent à alimenter les PAQSS de pôles ou permettent la clôture des actions entreprises. Le bilan des actions est porté à la connaissance du conseil de surveillance (2 focus faits en 2016, les 20 avril et 28 juin), des instances (CME, CSIRMT, CRUQ, CTE...) et des professionnels. La messagerie interne, les correspondants des thématiques, les réunions de service sont autant de moyens qui permettent également de faire un retour des actions et de leur suivi. Par ailleurs un bulletin d'information mensuel destinés aux salariés (Hôpital infos) délivre des informations sur différents sujets en lien avec la qualité et la gestion des risques. Le site internet du CHI est également un relais de diffusion auprès du grand public.

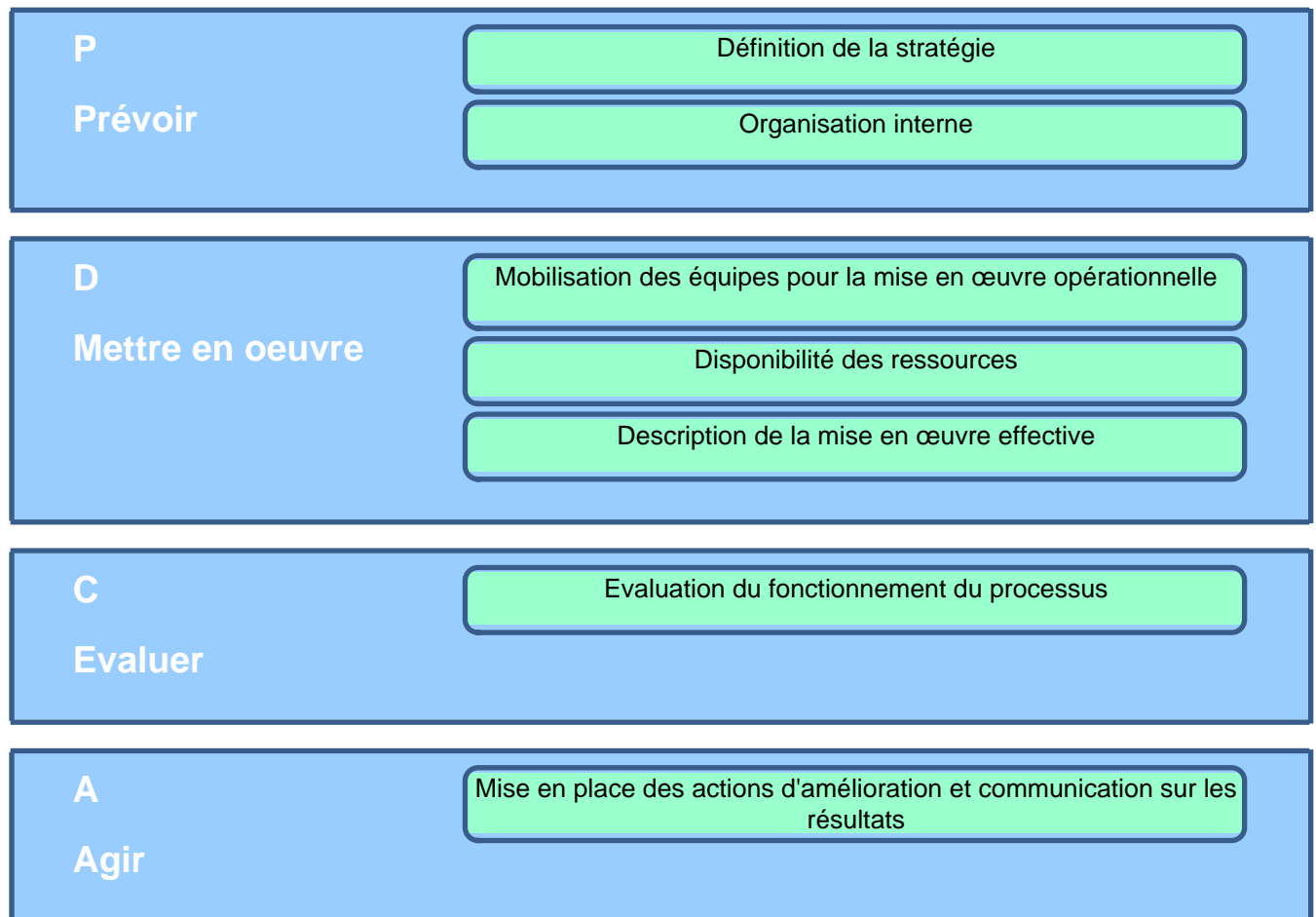
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La stratégie et les objectifs en matière de politique de maîtrise du risque infectieux sont élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Les besoins spécifiques sont identifiés et prennent en compte les orientations nationales de lutte contre les infections associées aux soins et les recommandations nationales et régionales. La démarche d'identification des risques, effectuée par l'équipe de pilotage du processus avec l'appui de la cellule qualité a été réalisée à partir de plusieurs sources de données :

- la réglementation et les recommandations de bonnes pratiques, les résultats des audits, la déclaration des événements indésirables et les indicateurs nationaux de lutte contre les infections nosocomiales. Cette démarche a pris en compte la spécificité des prises en charge des patients et les secteurs à risque (blocs, salle de naissance, hémodialyse, réanimation, endoscopie, Unité de Soins Continus, oncologie...). La politique de maîtrise du risque infectieux, comportant notamment un volet sur les antibiotiques, est formalisée dans le projet d'établissement 2013-2017 et la politique Qualité, sécurité, environnement formalisée en février 2016 (Sa première version datant de 2012).

La hiérarchisation des risques, conduite selon la méthode proposée par la HAS, a permis l'identification des priorités d'amélioration du processus « gestion du risque infectieux » déclinées dans un plan d'actions d'amélioration formalisé, priorisé et validé par les instances. Les modalités de sa mise en œuvre sont définies : identification d'un responsable, échéances, modalités de suivi. Le compte qualité en reprend les risques prioritaires. Le plan d'actions du processus est suivi par les pilotes et lors des revues de processus avec la cellule qualité et risque.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation est définie pour piloter le processus « gestion du risque infectieux », assurer les conditions d'hygiènes optimales des locaux et pour promouvoir le bon usage des antibiotiques. Le pilotage de la démarche est assuré par une équipe composée de la présidente du CLIN, praticien hospitalier et référente en antibiotiques, du praticien hospitalier hygiéniste, responsable de l'Équipe Opérationnelle en Hygiène (EOH), d'une aide-soignante, chargée des relations avec la société prestataire de bio nettoyage et du responsable des services techniques. L'équipe de pilotage a été formée à la démarche, leurs missions sont définies. Au regard de ses missions et risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Les ressources humaines sont identifiées. Il existe un CLIN et une commission des antibiotiques. Une Équipe Opérationnelle en Hygiène, composée d'un praticien hospitalier, de 2 infirmières hygiénistes et d'une secrétaire, assure la mise en œuvre de la politique de maîtrise du risque infectieux, en concertation avec le CLIN et la CME. Des correspondants en hygiène sont identifiés et sont les relais de l'EOH auprès des équipes. Les besoins en formation des professionnels médicaux, paramédicaux et techniciens sont identifiés et intégrés dans le plan de formation de l'établissement. Ces formations sont réalisées par des organismes externes ou en interne par l'EOH pour les professionnels paramédicaux et ASH. La formation des ASH de la société prestataire est prévue. L'accompagnement des nouveaux arrivants est prévu dans le cadre de leur intégration. L'information des patients et de leur entourage est organisée au travers du livret d'accueil.

Des plaquettes et affiches d'information, élaborés par les CCLIN sont disponibles pour les professionnels, les patients et le public. Les besoins en ressources documentaires sont définis.

Cependant, les procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux ne sont pas tous établis ou actualisés. Certains protocoles sont très anciens et ne sont plus en adéquation avec les dernières recommandations (pour exemple, le protocole de conduite à tenir face à un Clostridium Difficile date de 2007) (Picc-Line et Midline). Il a été par ailleurs retrouvé dans les services, plusieurs versions du protocole pour les AES, une version datée de 2003 et une autre de 2012).

Une liste des antibiotiques à dispensation contrôlée est formalisée et mise à disposition des prescripteurs. L'organisation, les locaux, matériels et équipements nécessaires à la mise en œuvre des conditions optimales d'hygiène sont prévues. Le bio nettoyage des locaux est assuré par une équipe d'une société prestataire à l'exception des secteurs à risque (bloc opératoire, réanimation, USIC, stérilisation) assuré par des ASH salariés de l'établissement.

Les produits et matériels d'entretien des locaux sont prévus, en lien avec le service achat. La traçabilité du bio-nettoyage dans tous les secteurs d'activité est organisée.

Un dispositif de surveillance et de signalement est prévu pour les infections nosocomiales, BMR, les accidents d'exposition au sang et la qualité de l'eau notamment en hémodialyse. Une organisation est en place en cas d'épisode épidémique dans le cadre du plan de crise.

Les équipements sont prévus : Solutés Hydro-Alcooliques (SHA), équipements de protection individuelle des personnels (masques, lunettes, surblouses, tablier à usage unique...), matériels pour la prévention de la transmission d'infections soignants-soignés (matériel de sécurité pour les gestes invasifs : cathéters, aiguilles de Huber et collecteurs d'aiguilles...).

Une organisation est en place pour assurer la traçabilité de la réévaluation des antibiotiques entre la 24ème et la 72ème heure des antibiotiques à dispensation contrôlée. Un outil d'aide à la prescription des antibiotiques et au respect du bon usage des anti-infectieux est mis à disposition des prescripteurs. Les interfaces et les circuits sont définis entre les services médico-techniques (pharmacie à usage intérieur, laboratoire) et logistiques (société prestataire de bio nettoyage, linge, déchets, services techniques et achats) pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activité. Un partenariat externe est mis en place avec notamment le CCLIN et un réseau d'infectiologues du CHU.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les objectifs et les plans d'actions opérationnels du processus gestion du risque infectieux sont déclinés dans les secteurs. Les professionnels sont sensibilisés aux risques liés à ce processus et pleinement associés à la mise en œuvre des actions d'amélioration. Des actions de communication et de sensibilisation sur les bonnes pratiques sont régulièrement menées auprès des professionnels par l'Équipe Opérationnelle en Hygiène, lors des formations internes, réunions de service, restitution des résultats d'audits, participation à la semaine sécurité et notamment la chambre des erreurs. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des audits sont régulièrement menés (entretien des locaux par la société prestataire, hygiène des mains, sondage urinaire, ...). Les professionnels sont informés de leurs résultats et associés dans la mise en œuvre des actions correctives en cas de dysfonctionnement, de baisse des résultats ou indicateurs. Les professionnels sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables liés au risque infectieux et aux infections liées aux soins. En cas d'évènement indésirable associé aux soins, des analyses des causes sont réalisées en y associant les professionnels.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs. L'établissement dispose d'expertises internes : référent en antibiotiques (titulaire d'un DU en antibiotique), Praticien Hospitalier Hygiéniste, infirmières hygiénistes, titulaires d'un DU d'hygiène... En externe, il existe un partenariat avec des infectiologues du CHU et le CCLIN. L'EOH est très présente auprès des équipes de l'ensemble des secteurs d'activité pour accompagner les professionnels. La présidente du CLIN, médecin référent en antibiotiques, assure les conseils en infectiologie et en antibiothérapie. Des réunions du réseau des correspondants en hygiène sont régulièrement organisées avec l'EOH. Ces correspondants sont connus et relaient les actions de l'EOH sur le terrain. Les professionnels bénéficient de formations internes et externes : participation à des journées régionales ; règles d'hygiène en endoscopie, formations en interne au profit des paramédicaux et ASH dispensées par l'EOH, formation des nouveaux internes au bon usage des antibiotiques, organisation d'ateliers, chambre des erreurs dans le cadre de la semaine sécurité... Les ressources en matériels et équipements sont disponibles et utilisées par les professionnels : Solution Hydro-Alcoolique, matériels sécurisés pour les gestes invasifs, équipements de protection individuelle pour les professionnels, collecteurs pour objets piquants et coupants... Les professionnels disposent de tenues professionnelles adaptées. Les procédures et protocoles pour la surveillance et la prévention du risque infectieux et l'hygiène des locaux sont diffusés via le logiciel de gestion documentaire et/ou en version papier dans des classeurs.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Le CLIN, la commission des antibiotiques et l'EOH sont opérationnels.

Les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que les protocoles d'hygiène des locaux sont mis en œuvre, en lien avec l'EOH. L'hygiène lors des soins et actes infirmiers et médicaux est effective (port de tenues professionnelles et des équipements de protection individuelle adaptés, hygiène des mains...). Les professionnels connaissent et mettent en œuvre les précautions standard et complémentaires notamment en cas de BMR et BHRé. Les bonnes pratiques de prévention du risque infectieux sont mises en œuvre dans les secteurs à risque (blocs opératoires, endoscopie, hémodialyse ...) : circuits, hygiène des locaux, surveillance de l'air et de l'eau, désinfection des endoscopes, ...). Les circuits du linge et des déchets sont respectés. Les patients sont informés des actions mises en œuvre pour la lutte contre les infections associées aux soins via le livret d'accueil. Une information orale leur est délivrée en cas de mise en œuvre des précautions complémentaires. Les interfaces sont opérationnelles, notamment avec la pharmacie (analyse de la prescription des antibiotiques sous dispensation contrôlée et suivi de la consommation) et le laboratoire de bactériologie (alerte quotidienne des praticiens et de l'EOH en cas de colonisation ou d'une infection par BMR). Une aide-soignante assure l'interface avec la société prestataire de bio-nettoyage. La traçabilité de la surveillance environnementale est assurée : traçabilité du bionettoyage des locaux par les agents de la société prestataire, carnet sanitaire, traçabilité de la surveillance de l'air au bloc opératoire et en URC, surveillance de l'eau en hémodialyse...).

Néanmoins, la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure n'est pas exhaustive. La traçabilité est assurée pour les antibiotiques à dispensation contrôlée. Une

ordonnance nominative papier est transmise à la pharmacie qui les délivre pour une durée de 3 jours, imposant une nouvelle prescription et la traçabilité de la réévaluation. Les pratiques des prescripteurs en matière de traçabilité de la réévaluation sont hétérogènes. Le dernier audit ciblé sur des molécules critiques, mené en 2015 en collaboration avec l'OMEDIT fait apparaître 42% de conformité de la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie dans les dossiers audités. Dans son compte qualité, l'établissement a identifié ce risque et une action d'amélioration « obtenir une alerte dans le dossier patient informatisé pour rappeler au prescripteur la réévaluation ». Cette action n'est pas initiée au moment de la visite d'autant que dans plusieurs services, les prescriptions médicales demeurent manuscrites. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

## **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre du dispositif de maîtrise du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques. Cette évaluation est réalisée au travers des indicateurs nationaux de lutte contre les infections nosocomiales, d'audits (hygiène des locaux, « zéro bijou », réévaluation de la prescription des antibiotiques, sondage urinaire...), du suivi de la consommation des antibiotiques, du nombre de déclarations d'événements indésirables liés aux soins. L'établissement participe, en réseau, à des enquêtes de surveillance des infections nosocomiales et BMR. Un tableau de bord est en place pour le suivi des indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales. Le CLIN réalise annuellement un bilan de son programme présenté aux instances.

## **A / AGIR**

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

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en lien avec les résultats obtenus avec l'implication des professionnels. Elles sont intégrées dans le plan d'actions du processus et articulées avec le plan d'action institutionnel.

Parmi ces actions, la généralisation des matériels sécurisés dans tous les secteurs d'activité. La communication des résultats et des actions d'amélioration est réalisée auprès des instances et auprès des professionnels par le biais de l'encadrement, la diffusion des comptes rendus de réunions du CLIN et des correspondants en hygiène disponibles sur le serveur informatique et l'affichage des indicateurs dans les services. Les usagers sont informés au travers de l'affichage des indicateurs nationaux dans le hall et les couloirs de circulation de l'établissement et de la communication des résultats en Commission des Usagers.

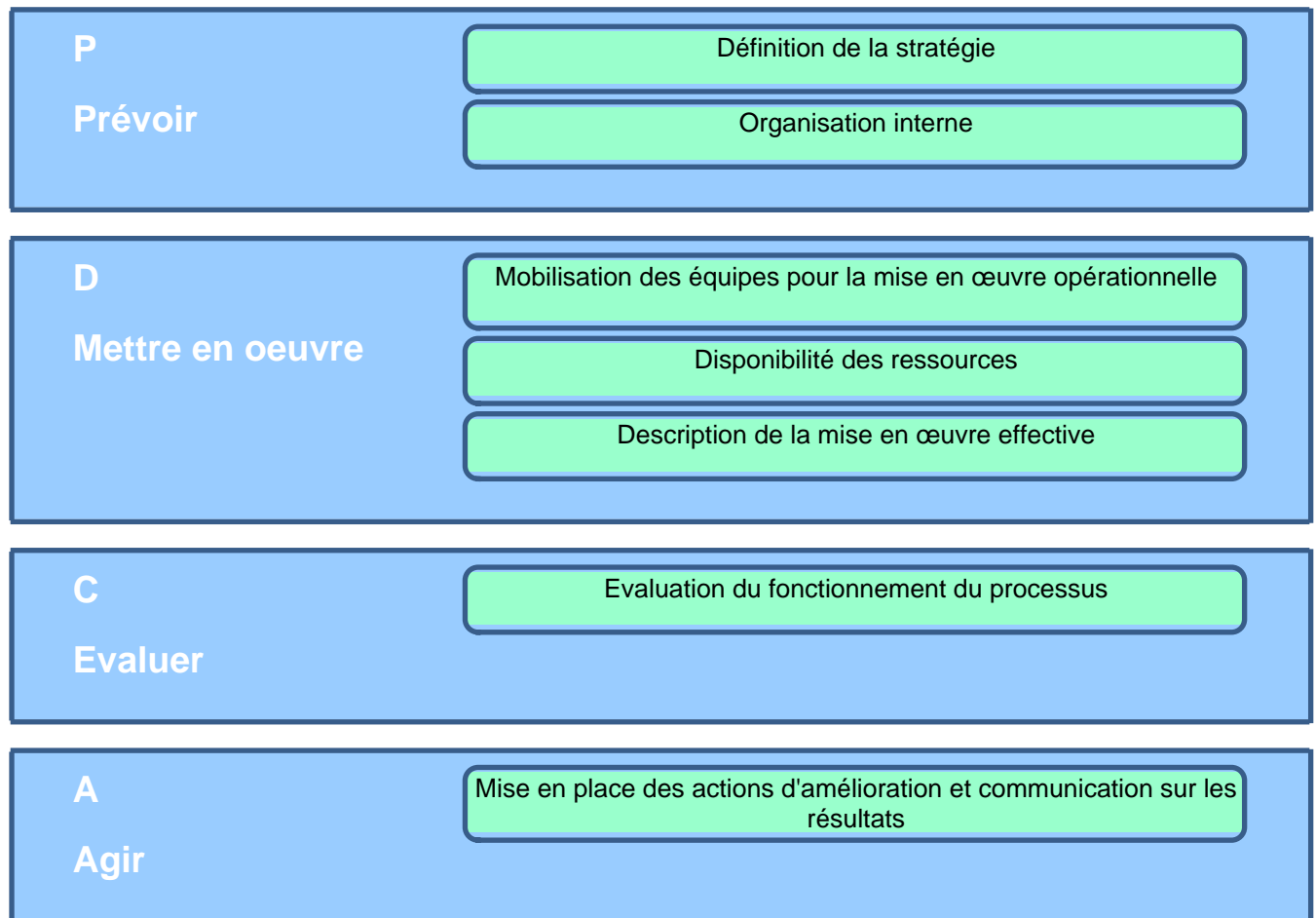
# DROITS DES PATIENTS

## 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





## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le respect des droits des patients est inscrit dans le projet d'établissement 2013-2017 du CHI Evreux-Vernon, plus particulièrement dans le projet de soins, la politique qualité, sécurité et environnement et dans le CPOM 2014-2019 qui intègrent dans les axes stratégiques des thèmes en lien avec l'activité de l'établissement comme l'amélioration des conditions d'hospitalisation des détenus et des thèmes en lien avec les recommandations de la visite de certification V2010 comme le respect des libertés individuelles et la gestion des mesures de restriction de liberté, la recherche du consentement du patient, l'annonce d'un dommage lié aux soins, les directives anticipées, la gestion de la douleur... Les risques identifiés sont basés sur les données de l'établissement: analyse de plaintes et réclamations, événements indésirables, résultats des enquêtes de satisfaction, réflexion de représentants des usagers, audits ciblés... La politique est validée par les différentes instances, la direction des affaires juridiques, droits des patients et de la communication et par la CRUQ. Les contrats de pôles signés le 23 septembre 2013 pour une durée de 3 ans, déclinent quelques indicateurs communs de suivi comme l'évaluation de la satisfaction des patients, le taux d'appels téléphoniques non décrochés. D'autres indicateurs spécifiques à chaque pôle peuvent être proposés et doivent être validés par la direction de la qualité. Le compte qualité est alimenté par la cellule qualité.

#### ORGANISATION INTERNE

La direction des droits des patients et de la communication est garante avec la direction des soins et la direction qualité de la mise en œuvre de la politique définie sur les droits des patients en lien avec la CRUQ et la CME. Une cartographie des situations de restriction de liberté a été identifiée en 2015. Le recueil des directives anticipées est prévu mais peine à se mettre en place. Les thèmes transversaux aux différents pôles sont inscrits de façon pluriannuelle dans les plans de formation comme la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance notamment en gériatrie, la prise en charge de la douleur par exemple. Des protocoles et procédures existent (recueil des directives anticipées, de la personne de confiance par exemple). Depuis la reconstruction de l'hôpital d'Evreux en 2010, la majorité des chambres sont individuelles avec cabinet de toilette attenant. Toutefois, la confidentialité, la pudeur et l'intimité reste plus aléatoire dans les chambres à 2 lits et aux urgences où il n'y a pas de rideaux de séparation entre les lits. Le personnel est sensibilisé régulièrement à ces aspects pratiques par l'encadrement soignant. Les interfaces avec les secteurs logistiques, administratifs et médico techniques sont favorisés par l'encadrement des différents secteurs. A l'Unité d'Hospitalisation Renforcée sur le site de Saint Michel les locaux sont sécurisés et la liberté d'aller et venir des patients est médicalement limitée. La recherche de la satisfaction des patients est effectuée depuis 2015 par l'enquête e-satis en plus de l'exploitation des questionnaires de satisfaction. Des groupes de travail sont missionnés sur des thématiques identifiées et une sous commission de la CME a relancé récemment le groupe EPP sur la restriction des libertés, la mise en œuvre de la loi Léonetti, la promotion de la bientraitance... sur le secteur de la gériatrie. Le pilotage conjoint de la thématique droits des patient est assuré par la direction qualité, la direction des soins et la direction des affaires juridiques, des droits des patients et de la communication. Le nouvel hôpital sur le site d'Évreux avec une majorité de chambres à 1 lit permet de répondre plus facilement aux attendus en matière d'accessibilité, pudeur, intimité, confidentialité dans la plupart des services. La gestion des plaintes et réclamations est organisée au niveau du CHI. La CRUQ fonctionne. Les représentants des usagers participent pleinement à la vie de l'établissement et sont des personnes ressources sur le droit des patients. L'accès du patient à son dossier médical est organisé. La prise en charge des mineurs et des détenus est organisée.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

L'équipe de soins palliatifs, de l'USLD et de l'UHR sur le site d'Evreux sont particulièrement attentives aux profils de patients accueillis notamment pour les prises en charge en soins palliatifs. Les accompagnants peuvent rester au chevet de leur proche s'ils le souhaitent, de jour comme de nuit. La mise en place depuis 2015 de la méthode du patient traceur dans les différents pôles à mobilisé une grande partie des professionnels de l'établissement (médecins, infirmiers, aide soignantes, kinésithérapeute, diététicien, psychologue, assistante sociale et autres professionnels concernés). Les agents soignants et non soignants sont formés au signalement d'événements indésirables. Les modalités d'information des patients en cas de dommage liés aux soins sont connues de la plupart des professionnels mais peu utilisées, principalement en cas d'erreur médicamenteuse. L'encadrement soignant reste vigilant sur les pratiques soignantes et n'hésite pas à faire des évaluations suivies d'actions correctives si besoin.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le tableau des emplois et la formation professionnelle développée par l'établissement (inscription d'ASH en formation Aide soignante sur le pôle gériatrie, d'aide soignante en formation infirmière notamment) permet d'avoir l'ensemble des compétences recherchées pour la prise en charge des patients sur les différents sites. Un espace Snoezelen existe au sein de l'UHR sur le site de Saint Michel et peut être utilisé par les soignants de l'USLD pour leurs résidents. La gestion documentaire est organisée avec diffusion de fascicules à destination des professionnels de santé depuis 2013 sur l'annonce d'un dommage associé aux soins, la personne de confiance... et depuis octobre 2016 sur les droits des personnes en fin de vie et les directives anticipées. Les agents ont tous accès au logiciel interne regroupant les procédures et protocoles actualisés existants au sein de l'établissement. Toutefois, la dignité et l'intimité ne sont pas systématiquement respectées. Il n'y a pas de rideaux de séparation dans les chambres à 2 lits, principalement sur le site de Vernon, ni dans les box aux urgences pouvant accueillir jusqu'à 3 patients simultanément sur chacun des sites, ni dans le sas d'accueil du bloc et la SSPI du site d'Evreux.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les chartes de la personne âgée, de la personne hospitalisée et de la laïcité sont affichées. La personne à prévenir est recherchée dès l'admission. La recherche des directives anticipées fait partie des indicateurs de suivi pour le dossier patient comme pour le respect des droits du patient. Néanmoins, la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins n'est pas systématiquement mise en œuvre et tracé. La démarche reste encore peu développée et se fait essentiellement sur l'erreur médicamenteuse. Elle n'est pas systématiquement tracée. Une psychologue est à disposition des patients et de leur famille si besoin. Chaque patient peut bénéficier de la mesure de non divulgation de présence s'il le demande. La procédure de prise en charge des décès est connue, l'accueil de l'entourage est organisé. Les familles ou l'entourage sont associées aux décisions si la situation le nécessite. Les synthèses faites lors des réunions pluridisciplinaires sont tracées dans le dossier du patient. Les restrictions de liberté notamment via la mise en place de barrières, de système de contention ou de pose de verrou temporaire dans les chambres pour éviter tout risque de fugue ou d'errance fait l'objet de prescriptions médicales très inégalement renouvelées. Un système anti fugue à l'UHCR site de Saint Michel et au SSR du CH de Vernon existe pour les patients à risques d'errance. La traçabilité de la réévaluation à 24H des prescriptions de restrictions de libertés n'est pas systématiquement réalisée. La mise en place et l'arrêt de barrières au lit du patient, de pose de contentions, d'enfermement en chambre à titre exceptionnel dans certains services de médecine ou de gériatrie du site d'Evreux a été retrouvée dans les dossiers vus lors de la visite mais pas la traçabilité de la réévaluation toutes les 24H, ce qui a été confirmé par les différents professionnels rencontrés pendant les visites. Sur le site de Vernon la réévaluation par 24h n'est pas tracée non plus. Certaines prescriptions de pose de barrières sont faites pour 3 mois sans réévaluation périodique.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif des plaintes et réclamations fonctionne et on note 175 plaintes et réclamations reçues à la direction "droits des patients" pour 2015. La plupart du temps les réclamations orales sont formulées directement dans les services, ce qui permet au personnel ou à l'encadrement de réagir rapidement. La CRUQ a connaissance à chaque réunion (4 par an) de toutes les plaintes et réclamations, des remerciements (62 en 2015), des fiches d'événements indésirables en lien avec le droit des patients et des questionnaires de satisfaction. Elle peut recevoir les plaignants quand ils le souhaitent. Les représentants des usagers informent directement l'administration quand ils sont saisis de demandes particulières ou de doléances (7 en 2015). L'analyse est faite régulièrement par la cellule qualité, la direction des droits des patients et les représentants de la CRUQ sont associés. La CRUQ réalise son bilan annuel qui est porté à la connaissance des instances et sert à alimenter le compte qualité. La transformation de la CRUQPC en CDU est en réflexion avec mise en place prévue en 2017 d'une maison des usagers sur l'ensemble des établissements publics du GHT.

## A / AGIR

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

Au regard des évaluations et de l'analyse faite en lien avec la CRUQ, des actions d'améliorations sont proposées et mises en œuvre dans les pôles (par exemple sur l'amélioration du délai de transmission des dossiers médicaux de moins de 5 ans, garantir une meilleure intégration du droit des patients dans la politique d'accueil et de prise en charge des usagers). La promotion de la bientraitance est suivie également par la CRUQ. La diffusion de ces données est faite aux professionnels dans les instances, et en réunion de pôles et de services. Tous les professionnels sont informés via la messagerie et le magazine d'information interne du CHI "acteurs" dont le numéro 16 d'octobre 2015 a été entièrement consacré au

droits des patients. Des semaines à thèmes sont également mises en place et permettent de diffuser des informations et sensibiliser les professionnels de façon régulière comme la chambre des erreurs mise en place pendant la semaine sécurité des patients qui a eu lieu pendant la visite des experts visiteurs sur le CH de Vernon.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

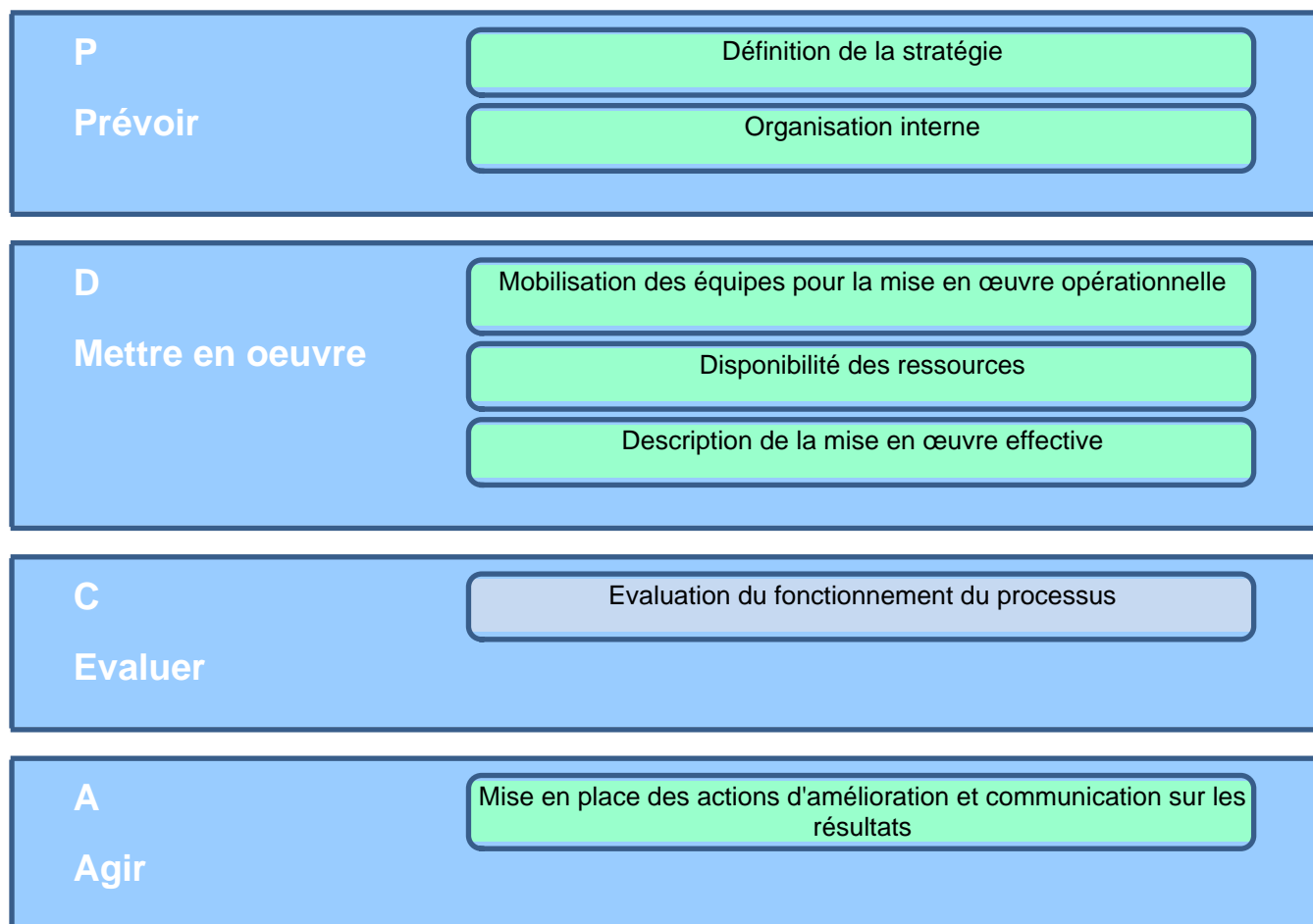
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier Eure Seine est composé de plusieurs sites hospitaliers : Sur la ville d'Evreux (Cambolle et Saint-Michel) et un site sur la ville de Vernon. L'établissement a développé des prises en charge de patients, en MCO (médecine chirurgie obstétrique), en SSR (soins de suite et de réadaptation) et en SLD (soins de longue durée). L'établissement a élaboré la politique du parcours patient. Elle est intégrée au projet d'établissement. La politique définit la prise en charge des patients pour certaines filières et notamment les populations spécifiques dont les personnes âgées, les patients chroniques. La politique a été établie sur la base des besoins de la population et des objectifs du projet médical et du projet de soins. Néanmoins, le projet de la prise en charge pédiatrique ne comprend pas une évaluation des risques. Le départ simultané de plusieurs pédiatre n'a pas permis de mettre en place une identification des risques sur la filière pédiatrique. Neuf axes prioritaires ont été dégagés dans le projet d'établissement avec une analyse de processus. La hiérarchisation des risques avec les professionnels concernés a été effectuée selon une méthodologie définie : approches processus, compte qualité,... Le projet d'établissement est positionné dans une logique de coopération interne et externe rentrant dans un projet de territoire avec un développement des filières du parcours patient. Cette politique est validée par les instances. Elle est déclinée dans un programme d'amélioration formalisé et priorisé en fonction des risques identifiés.

#### ORGANISATION INTERNE

Des logigrammes des parcours patient ont été réalisés par spécialité médicale, ils sont complétés par une fiche descriptive du processus. L'organisation pour piloter le parcours du patient se décline en deux phases :

- Au niveau institutionnel, par la mise en place de pilotes (directeur, président de la CME, coordonnatrice générale des soins)

- Au niveau opérationnel par la mise en place de pilotes (binôme médecin et cadre) en charge d'identifier les risques de leur spécialité médicale et de proposer des actions d'amélioration.

- Les approches processus (descriptif des étapes, identification et hiérarchisation des risques, plan d'actions d'amélioration) ont été réalisées pour la cancérologie, l'ambulatoire, la cardiologie les personnes âgées, la prise en charge des patients en fin de vie, les AVC (accident vasculaire cérébral).

- Les approches processus (descriptif des étapes, identification et hiérarchisation des risques, plan d'actions d'amélioration) ont également été réalisées pour la prise en charge du handicap, la transfusion, le brancardage, la gestion des équipements biomédicaux, des déchets, du linge, l'organisation de la sortie, des transports ambulances, la gestion des événements indésirables.

L'organisation interne du parcours patient assure l'adéquation des ressources et notamment des compétences humaines (quantitatives et qualitatives) aux besoins de l'ensemble des prises en charge. Les ressources matérielles nécessaires (locaux, équipements, ...) sont présentes. La gestion documentaire informatisée (ou dans certains cas dans des classeurs) contient les protocoles et les documents nécessaires à la prise en charge. Un plan propose des formations en lien avec les axes institutionnels ou les projets de service (AFGSU, éducation thérapeutique, journées professionnelles, soigner les personnes désorientées, D.U., D.I.U...). Les S.A.U. de Vernon et d'Evreux permettent d'accueillir et d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence. Sur le site de Saint-Michel (second site d'Evreux ne prenant en charge que du SLD), les professionnels rencontrés, effectuent les premiers soins et réorientent les personnes qui se présentent pour une urgence (après appel du SMUR). Les dispositions pour accueillir et/ou orienter des personnes se présentant pour une urgence sur le site de Saint-Michel ont été formalisées pendant la visite. L'organisation de l'accueil et du traitement des populations spécifiques repose sur une prise en charge par filière dont gériatrie et pédiatrie. L'éducation thérapeutique est organisée. Il y a une unité transversale d'éducation thérapeutique, plusieurs programmes sont proposés aux patients notamment pour les diabétiques, l'insuffisance cardiaque, l'asthme, les chutes. La sortie du patient est organisée si nécessaire avec les partenaires extérieurs. Le projet de la prise en charge pédiatrique ne comprend pas une évaluation des risques. Le départ simultané de plusieurs pédiatre n'a pas permis de mettre en place une identification des risques sur la filière pédiatrique.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux pôles et aux services sont établis en déclinaison du PAQSS institutionnel et du projet de l'hôpital. Les cadres et/ou les responsables qualité de pôle ont sensibilisé les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs et sur le parcours

patient lors de réunions mais aussi de formations sur les CREX (217 professionnels formés) et aux patients traceurs (138 professionnels formés). Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin, notamment après la réception des résultats d'audit et de patients traceurs. Des CREX ont été mis en place après des événements indésirables et des actions correctives mises en place.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources humaines, matérielles (dont locaux et équipements) et documentaires prévus dans l'organisation sont présentes et disponibles dans l'établissement. Tous les professionnels ont accès à la documentation sur l'intranet ou parfois dans des classeurs. Les professionnels rencontrés avaient bénéficié des formations prévues dans l'organisation. La continuité des soins est assurée et respecte les dispositions prévues dans l'organisation. Les professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs y compris la nuit et les week-ends. La permanence médicale est assurée par exemple : présence de deux anesthésistes, gynécologue, psychiatre, pédiatre... astreinte de chirurgiens,...). Les chariots d'urgence sont opérationnels et leur vérification est tracée. Le numéro d'appel en cas d'urgences vitales est affiché et connu par le personnel infirmier rencontré. L'accès à la biberonnerie a été sécurisé pendant la visite.

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

Les interfaces sont opérationnelles notamment grâce au dossier patient. La check-list de sortie, les CR d'hospitalisation, la macro cible de sortie permettent d'assurer la continuité et la sécurité des soins. L'établissement a mis en place des moyens pour améliorer le score de l'indicateur IQSS sur l'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles notamment par une transmission du dossier papier et/ou les comptes-rendus d'hospitalisation informatisés et par les fiches de liaison infirmière. La traçabilité des actions et activités réalisées par tous les professionnels est assurée. La prise en charge du patient est établie en fonction d'une 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 la prise en charge, la trace de cette évaluation est retrouvée dans tous les dossiers étudiés et dans toutes les prises en charge. La dénutrition est recherchée et plus particulièrement pour les patients à risque notamment en gériatrie. Le poids et /ou l'IMC est retrouvé dans tous les dossiers consultés. Le CLAN (comité de liaison en alimentation nutrition) est opérationnel. On retrouve dans tous les dossiers le projet thérapeutique ou de vie en SLD, une évaluation de la douleur avec une échelle adaptée à l'âge et à la pathologie. La recherche du risque suicidaire est recherchée notamment dans les secteurs à risque comme la gériatrie, l'unité d'adolescent, l'oncologie. Des réunions pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires existent dans la plupart des services et des pôles. La sortie est organisée et si nécessaire le projet de prise en charge prévoit des activités de soins de suite et de réadaptation ou un relais avec les partenaires extérieurs. L'établissement suit la progression des résultats de l'indicateur sur l'envoi du compte rendu d'hospitalisation.

### **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 dont le suivi des événements indésirables. Il existe des indicateurs qualitatifs communs à l'ensemble des pôles, décrits dans les contrats, dont le dépistage de l'état nutritionnel (% de dossiers conformes par critère/dossiers), Le délai de transmission du compte-rendu d'hospitalisation au médecin désigné par le patient (jours ; par secteur d'activité, à partir d'Axigate, TB mensuel), la satisfaction des patients (% de questionnaires de sortie/ total ; suivi continu), le nombre de déclarations d'événements indésirables, d'EPP,... Il y a des évaluations régulières par audit (par exemple bracelets d'identification, armoires à pharmacie). Une majorité de professionnels rencontrés avait participé à des CREX et/ ou des patients traceurs. Pour cette dernière méthode, 23 évaluations ont eu lieu par exemple en obstétrique, en gériatrie, en cardiologie, en oncologie, en néphrologie, en SSR, en SLD ... L'établissement participe au recueil d'indicateurs qualité et sécurité des soins. Il effectue des RMM, des RCP. Des EPP sont réalisées pour exemple : Accouchements inopinés extra hospitalier, délais de prise en charge des cancers du sein, sécuriser la prise de rendez-vous, ... L'évaluation périodique est réalisée et exploitée pour identifier les actions correctives.

### **A / AGIR**

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

Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis (réunions). La communication des résultats est réalisée auprès de professionnels et des représentants des patients (Comité des usagers). Le suivi des actions

d'amélioration est effectué d'une part par la direction qualité et par les responsables de pôle. Les actions issues des évaluations sont intégrées au programme d'actions institutionnel.



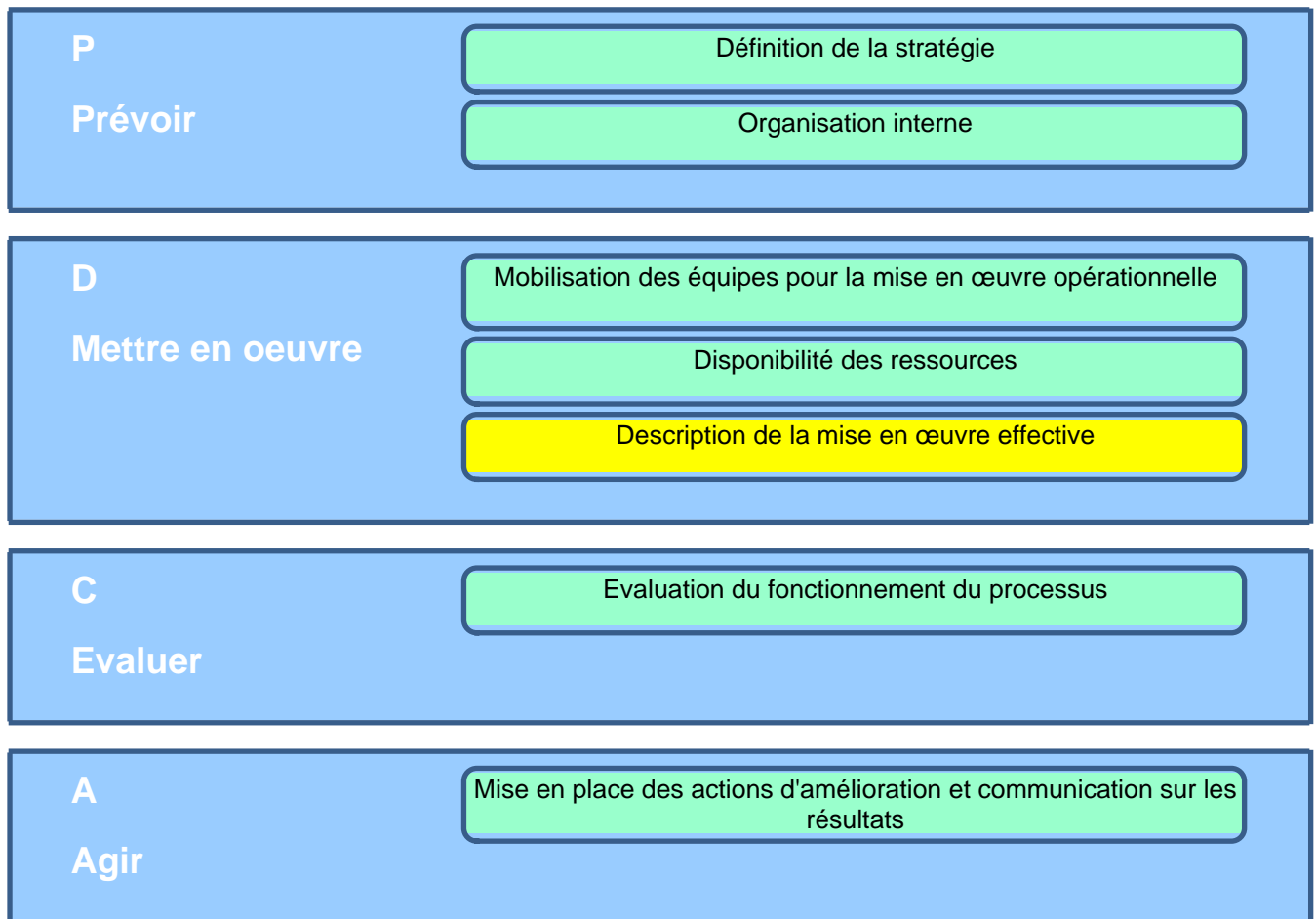
# DOSSIER PATIENT

## 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

Il existe une politique dossier patient "unique" pour le dossier papier depuis 2006 avec informatisation en cours de déploiement depuis 2013. Celui-ci est composé d'une partie dossier papier qui regroupe tous les éléments concernant le patient (consultations, passage en imagerie, laboratoire...) et d'une partie informatisée avec des logiciels différents qui ne permettent pas encore le partage d'informations généralisé entre les parties administratives, soignantes, pharmaceutiques et médicales, ni entre les sites. Quelques services ont accès aux prescriptions médicales informatisées (SSR, USLD) d'autres au dossier de soins informatisé (médecine, SSR, chirurgie, USLD) mais avec des versions parfois différentes ce qui complique la recherche et le partage d'informations. L'harmonisation est envisagée à moyen terme notamment en vue du passage au GHT, d'autant plus que l'établissement est site hébergeur de données pour plusieurs structures sanitaires et médico sociales environnantes. Les objectifs sont élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse propre à l'établissement et des recommandations faites à l'issue de la précédente visite de certification. Cette politique est validée par la CME et déclinée dans un programme d'actions formalisé dans l'approche processus dossier du patient. La partie informatisée est gérée selon la réglementation en vigueur et les déclarations sont faites à la CNIL. L'accessibilité au dossier informatisé est facilité par le déploiement de postes informatique sur l'ensemble des structures et un plan de reprise d'activité en cas de crise majeure du centre informatique existe depuis 2014. Les résultats de laboratoire sont informatisés. La gestion des doublons, collusions, homonymies est organisé. L'accessibilité des dossiers en temps utile et leur archivage est protocolisé. L'articulation avec le compte qualité se fait à travers les IQSS qui sont suivis une fois par an.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage est assuré par un groupe opérationnel composée de la direction qualité, de représentants soignant, administratif, du service informatique, du service social, d'agents des archives et de l'identitovigilant. Il existe un comité de pilotage dossier de soins sous l'égide de la direction des soins. Des procédures existent pour la gestion et la tenue du dossier administratif et du dossier médical papier. Pour la partie informatisée les droits d'accès sont vus nominativement par le responsable informatique. Les stagiaires et étudiants médicaux et para médicaux ont accès au dossier patient informatisé mais avec des restrictions. L'archivage papier est organisé dans des locaux équipés de système de fermeture sur plusieurs sites. Les sauvegardes informatiques sont journalières et assurées en doublon pour éviter des pertes de données. L'accès du patient à son dossier est organisé. Toutefois le livret d'accueil n'informe pas clairement le patient sur les conditions d'accès à son dossier et aux informations de santé le concernant. L'information sur la rectification aux données informatisées est notée. L'établissement signale que dans la prochaine impression du livret d'accueil prévue en décembre 2016, l'information sera clairement donnée. Un exemplaire revu à été proposé aux experts visiteurs le dernier jour de la visite. Un formulaire de refus d'exploitations des données issues du dossier patient est présent dans le livret d'accueil. Suite à la recommandation de la HAS sur le dossier patient lors de la visite de certification V2010, un référent identitovigilance a été nommé. Il porte une attention particulière aux risques de doublons et d'erreurs d'identité dès la saisie des données au moment de l'admission.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Le responsable informatique est chargé des habilitations pour le dossier patient informatisé. Les agents administratifs sont sensibilisés au risque de doublon et d'homonymie et à la bonne tenue des dossiers médicaux (80 personnes ont été formées entre 2014 et 2015). La direction sensibilise les professionnels au respect des délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier, même si ceux ci ne sont pas encore respectés sur tous les sites et services, mais les scores s'améliorent depuis 2013. La méthode du patient traceur utilisée depuis l'an dernier permet de vérifier les actions mises en place.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

2.000 ordinateurs sont opérationnels sur le CHI, dont plusieurs dans chaque services (postes fixes dans chaque salle de soins et bureaux médicaux et portables pour la visite médicale, la distribution des médicaments...) sont disponibles pour permettre aux professionnels de tracer les informations dans le dossier du patient en temps utile. Le week-end, la nuit et les jours fériés une astreinte téléphonique informatique est en place en cas de panne ou problèmes spécifiques. Les procédures existent et sont disponibles sur le site intranet de l'établissement. Les locaux y compris d'archivage sont a priori sécurisés sauf sur le site de Vernon et l'accès au dossier n'est réservé qu'aux personnes autorisés. La gestion

documentaire est accessible via intranet mais certains documents antérieurs à 2011 sont en cours de réactualisation. La confidentialité des données du dossier patient n'est pas systématiquement assurée. L'accès physique au dossier papier patient n'est pas sécurisé sur le site de Vernon (salles de soins et locaux d'archivage). Les salles de soins ne sont pas systématiquement équipées de système de fermeture, ce qui fait que les dossiers sous format papier sont accessibles par tous, tout comme l'accès aux ordinateurs dans les salles de soins et dans les couloirs pendant le temps de visite médicale. De plus le sous sol où se trouvent les locaux d'archivage des dossiers papiers est également accessible à tous et les portes des 4 lieux de stockage, qui sont équipées d'un système de fermeture, restent ouvertes sans contrôle pendant les heures ouvrables des archives (8H30 - 17H) pour faciliter l'accès aux secrétaires et personnel des archives. L'établissement a réagi rapidement pendant la visite en commandant des systèmes de fermeture pour toute les salles de soins de Vernon non encore équipées (bon de commande daté du 24 novembre 2016).

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Toute admission étant programmée en SSR, USLD et UHR un dossier est constitué dès l'arrivée de chaque patient par les agents administratifs qui se chargent de vérifier son identité. La recherche d'éventuelles hospitalisations antérieures est assurée et si besoin les anciens dossiers sont sortis des archives et acheminés jusqu'au service. Un IPP unique est créée. Pour les patients admis hors temps de présence des secrétaires administratives, le logiciel en place permet de savoir si un ancien dossier existe. L'ensemble des agents autorisés a accès au dossier patient informatisé après délivrance d'un code d'accès nominatif. Différents logiciels coexistent sans parfois permettre d'extractions d'un système à l'autre ce qui reste source de doublons ou d'erreurs. Les agents ont tous été formés aux logiciels utilisés. Chaque intervenant peut tracer ses observations dans le dossier sur la partie qui le concerne, et les synthèses faites en équipe sont tracées dans le dossier du patient. Il a été constaté par ailleurs pendant la visite que le courrier de fin d'hospitalisation qui n'était pas rédigé dans les délais requis lors de la dernière visite de certification fait l'objet d'une action du PAQSS et est actuellement plus facilement retrouvé dans le dossier. Pour toute demande d'accès d'un patient à son dossier de moins de 5 ans, la direction répond dans un délai de 10 jours en moyenne. La traçabilité des réponses est assurée. Les photocopies du dossier patient sont payantes au delà de 5 euros. Les informations sont transmises à la CRUQ.

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient ne sont pas systématiquement tracés en temps utile dans le dossier du patient sur l'ensemble des sites. Depuis la V2010, il n'y a pas eu de grandes évolutions dans la traçabilité du dossier patient sur certains items. Les experts visiteurs n'ont pas retrouvé systématiquement la traçabilité de la personne de confiance, de la réflexion bénéfice/risque, de l'annonce d'un dommage lié aux soins, des directives anticipées, de la douleur, de l'IMC, des prescriptions médicamenteuses, de la réévaluation à 24H des mesures de restriction de libertés... Les délais d'accès du patient à son dossier ne sont pas systématiquement respectés. Le délai de traitements des demandes de dossiers médicaux de moins de 5 ans est supérieur à 8 jours. Il est en moyenne de 9,92 jours en 2015 avec selon les services et les sites des délais pouvant aller jusqu'à 28,5 jours.

#### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

. L'identification du patient est maintenant assurée à toutes les étapes du processus et les doublons systématiquement recherchés. Des audits de dossiers sont réalisés 1 à 2 fois par an. La méthode du patient traceur permet également une évaluation des dossiers de façon ponctuelle. Les demandes d'accès au dossier médical par le patient sont suivies par la direction et analysées en CRUQ, ce qui facilite l'évaluation du processus dossier patient (798 demandes de dossiers ont été recensés en 2015 sur l'ensemble des sites). Les IQSS sont suivis annuellement. Un audit sur l'annonce d'un dommage lié aux soins a été effectué en septembre 2016. Les résultats sont en cours d'analyse. Une réflexion est en cours sur le dossier en chirurgie ambulatoire et sur le suivi des chimiothérapies.

#### A / AGIR

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

Des actions spécifiques "dossier patient" ont été mises en place depuis la dernière visite de certification avec suivi d'indicateurs et se poursuivent encore. On note une amélioration dans les résultats enregistrés par exemple sur les délais moyens de transmissions des dossiers même si ces résultats ne sont pas encore conformes à la réglementation pour les dossiers de moins de 5 ans. Elles sont suivies par la direction qualité et la direction des droits des patients. Elles sont portées à la connaissance des professionnels et des représentants des usagers via les instances (Conseil de surveillance, CME, CSIRMT) et la CRUQ. Les réunions de service et de synthèse permettent une évaluation continue du processus. La communication vers les personnels concernés se fait via la messagerie principalement ou par échanges directs entre professionnels, ou lors des réunions d'encadrement et de services.



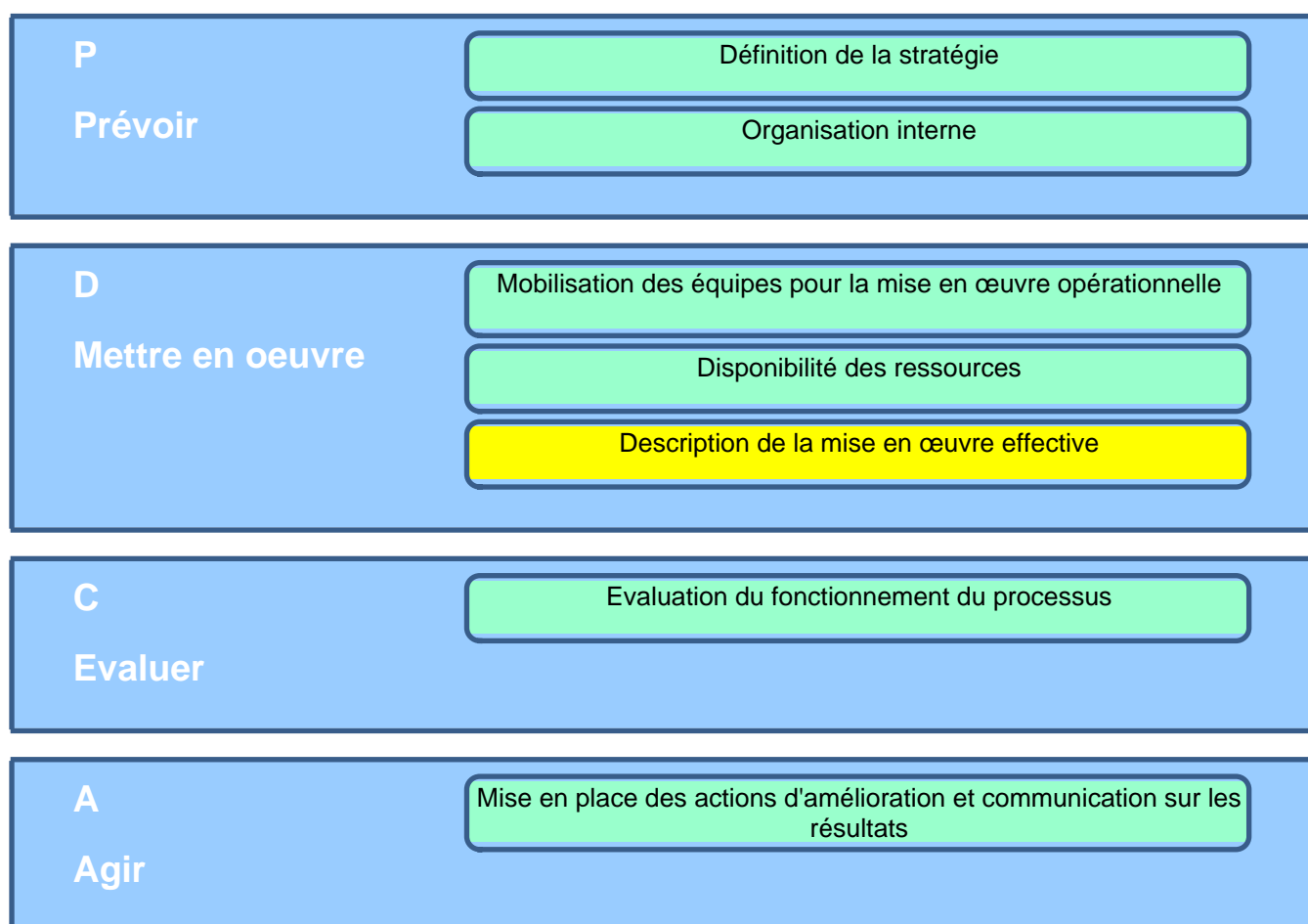
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La pharmacie du CH Eure Seine se compose d'une PUI située sur les sites d'Evreux et de Vernon. La PUI assure la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux pour tous les sites du CHES et de l'USS de la maison d'arrêt. La PUI assure les activités de préparation des anticancéreux et des préparations magistrales, la rétrocession et la stérilisation. Il existe une stratégie de la prise en charge médicamenteuse décrite dans la « politique qualité de prise en charge des médicaments et des dispositifs stériles ». La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse comprend des dispositions spécifiques au sujet âgé par la mise en place de conciliation pharmaceutique dans les services de gériatrie. Un livret du médicament spécifique à cette population est en cours de rédaction. Les risques sont hiérarchisés selon une méthode validée par la HAS. Les modalités permettant la mise en œuvre des actions sont définies : responsable, modalités de suivi, tableau de bord déterminé. Les sources utilisées par le pôle sont la réglementation, les indicateurs nationaux et les recommandations HAS. Le programme qualité de la pharmacie est présenté au directeur de l'Établissement et au Président de CME. La collaboration avec la COMEDIMS est effective.

#### ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique de prise en charge médicamenteuse à l'échelle de l'établissement. Une pharmacienne est désignée pilote du processus management de la prise en charge médicamenteuse et une responsable de la qualité est également identifiée. Un organigramme et des fiches de poste permettent la définition des missions des pilotes. Les ressources nécessaires sont identifiées en fonction des besoins et sont en cohérence avec les orientations stratégiques de la pharmacie. Les besoins en formation sont intégrés au plan de formation de l'établissement. L'accueil des nouveaux arrivants est formalisé par la mise en place d'une référente préparateur en pharmacie dont le rôle est décrit dans une fiche de mission. L'informatisation du circuit du médicament est déployée de façon partielle au sein de l'établissement. La dernière version informatique a été mise en place 15 jours avant la visite. L'informatisation du circuit du médicament s'inscrit dans l'axe 1 du schéma directeur du système d'information. La poursuite du déploiement des prescriptions informatique s'inscrit également dans le CBU et dans le cadre du plan hôpital numérique. Une gestion documentaire spécifique est appliquée à la pharmacie. Il existe un manuel qualité. Les procédures sont actualisées et validées. Les professionnels participent à l'élaboration des documents durant les groupes de travail et les réunions institutionnelles. La pharmacie assure la coordination des compétences utiles autour du processus de management de la qualité notamment par la rencontre des professionnels dans les unités de soins après les transmissions et par des communications en réunions de cadre soignant. Les formations sur la iatrogénie médicamenteuse abordent la gestion des molécules à risques.

### D / METTRE EN ŒUVRE

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

L'équipe managériale de la pharmacie impulse une démarche d'amélioration au sein de son secteur d'activité et a identifié un plan d'action en lien avec ses activités. Le programme d'action se décline autour d'actions concernant le défaut de réception des médicaments dans les services de soins, les erreurs de prescriptions et de dispensation, le stockage et la logistique (améliorer le stockage des médicaments et des DMS) ainsi que la dispensation (optimiser l'analyse pharmaceutique). Les équipes sont impliquées par la participation à l'élaboration des procédures/protocoles au cours des réunions de service qui a lieu tous les 15 jours. Des actions d'améliorations sont menées au cours des réunions d'EPP et des CREX. Les erreurs médicamenteuses sont analysées dans le cadre de CREX institutionnelles.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et les compétences des professionnels répondent aux besoins et à l'atteinte des objectifs énoncés dans la politique qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Le responsable de la qualité de la prise en charge des médicaments assure des formations auprès des équipes de soins sur le rangement des armoires, les modalités de gestion du médicament, la iatrogénie médicamenteuse. Des référents de pharmacie a été mis en place dans les unités de soins. Ceux-ci ont une fiche de poste. La gestion documentaire de l'établissement comprend certains protocoles élaborés par la pharmacie comme la gestion des médicaments apportés par les patients hospitalisés, la préparation et la gestion des piluliers dans les services de soins. Il existe une procédure dégradée du circuit du médicament. Les procédures et autres documents utiles sont disponibles sur le site intranet de l'établissement comme la liste des dotations des unités, l'accès à des étiquettes permettant de sécuriser la date de péremption des

médicaments multi doses, la liste des comprimés non soluble... Les règles et supports de prescription sont validés par l'ensemble des prescripteurs. Une procédure intitulée « prescription médicale » rappelle ces règles. Il existe un livret s'adressant aux nouveaux prescripteurs, s'intitulant « Bien prescrire les médicaments = bien traiter les patients ». Les locaux sont conformes et adaptés à l'activité sur les deux sites de l'établissement. Des outils actualisés et validés à destination des professionnels sont disponibles sur le site intranet de l'établissement, à savoir : un livret de poche du médicament et des dispositifs médicaux.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La permanence pharmaceutique est assurée grâce à l'existence d'un tableau des astreintes. L'astreinte est assurée 24 h sur 24 par les pharmaciens joignables par le standard de l'hôpital. Le site de Vernon dispose d'une armoire à pharmacie sécurisée dont l'accès demande un code spécifique à chaque membre du personnel habilité par la pharmacie. Cette armoire constitue une dotation pour les besoins urgents. Les éléments clés sont tracés à la PUI et dans les services de soins, notamment la traçabilité des étapes de préparation de la commande, la passation de commande signée par les pharmaciens habilités. La traçabilité de la livraison des stupéfiants est réalisée par les infirmiers qui les réceptionnent. Il existe une procédure de retour de médicament à la pharmacie.

Cependant, la sécurisation du circuit du médicament n'est pas établie à toutes les étapes de la dispensation. La pharmacienne ne dispose pas de la liste à jour des médecins habilités à prescrire. Les internes signent la liste lors de leur prise de fonction. Au cours de la visite, l'établissement a réajusté en mettant à disposition de la pharmacienne, la liste des médecins habilités à prescrire. Cependant, le recueil des signatures des prescripteurs n'est pas actualisé à ce jour. Concernant la préparation des médicaments et la constitution des traitements anticancéreux, les bonnes pratiques sont appliquées. Il existe une unité centralisée pour la reconstitution des cytotoxiques sur le site d'Evreux. Une pharmacienne analyse et valide les prescriptions.

Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions est engagé. Elle est réalisée en priorité dans les unités de soins prenant en charge les personnes âgées, à savoir les courts séjours, l'unité d'évaluation gériatrique et le SSR de Vernon. Dans les autres unités, l'analyse pharmaceutique des prescriptions pour les patients de plus de 75 ans est en cours. L'analyse pharmaceutique est également ciblée sur les médicaments à risques. Chaque unité de soins dispose d'une dotation qualitative et quantitative en produit pharmaceutique définie entre la pharmacie et les services de soins. La délivrance nominative est effective pour les traitements hors dotation et pour les stupéfiants. Cependant, les règles de rangement des médicaments à risque définies par l'établissement ne sont pas systématiquement respectées dans les unités de soins. Suite à une RMM une harmonisation institutionnelle du rangement, selon le DCI, des armoires des unités de soin a été mise en place. Les produits à risque ne sont pas identifiés et sont rangés dans les armoires sans signalisation spécifique. Au cours de la visite, l'établissement a réajusté en réactivant une procédure document de travail intitulée gestion des médicaments à risque au sein du CH Eure et Seine, en distribuant des logos permettant d'identifier les produits dangereux. Une information a été adressée aux cadres par mail. La sécurité de l'administration des médicaments n'est pas toujours assurée. Sur les deux sites de l'établissement, les produits injectables ne sont pas identifiés au nom, prénom, date de naissance du patient mais d'après la chambre qu'ils occupent avec la précision de la localisation porte ou fenêtre. L'établissement a au cours de la visite mis en œuvre des actions correctives : mise en place d'étiquettes pré-imprimées à apposer sur les injectables, une information à tous les cadres par courriel. Les règles de prescription ne sont pas toujours mises en œuvre. Les prescriptions médicales ne sont pas toujours conformes comme le confirme les IPAQSS. Les prescriptions sur papier ne comprennent pas systématiquement le nom, la date ou la durée de prescription. Toutefois, lorsqu'une ordonnance non conforme est adressée à la pharmacie, elle est retournée pour correction au prescripteur.

La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie est assurée. Néanmoins, la traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient n'est pas toujours assurée. En USLD, le support de prescription et d'administration n'est pas unique. La traçabilité de l'administration n'est pas réalisée. Les infirmières ouvrent une cible dans le dossier de soins en cas de non-administration du médicament. L'administration d'une prémédication n'est pas tracée dans un dossier en unité ambulatoire sur le site de Vernon. Les professionnels procèdent à l'information du patient lors de la prescription et de l'administration des médicaments. Dans le cadre de la rétrocession, des fiches d'informations sur les traitements sont à disposition des préparateurs en pharmacie.

#### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Suite aux déclarations d'erreur médicamenteuse, l'analyse est organisée sous forme de CREX. La responsable qualité de la pharmacie est personne ressource et sensibilise les professionnels des unités de soins aux risques d'erreur. Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi sous forme d'audits notamment concernant la préparation des piluliers. Les cadres pratiquent un audit croisé. Cet audit figure dans le contrat de pôle et constitue un indicateur suivi à périodicité définie. Des audits des armoires en pharmacie sont également réalisés. Cet audit est formalisé dans un compte-rendu envoyé au cadre de l'

unité. Des audits ont été réalisés sur gestion des produits pharmaceutiques dans les unités de soins (2014, 2016). Plusieurs EPP sont en cours comme la pertinence des prescriptions d'antibiotiques, l'administration des médicaments au lit du patient...Les audits de rangement d'armoires donnent lieu si nécessaire à une visite à un mois afin de vérifier si les réajustements nommés dans le compte-rendu ont été effectués. Concernant la conciliation médicamenteuse, une étude sur l'impact aux urgences gériatriques a été réalisée. Cette étude comprend une grille d'évaluation de la prescription de médicaments potentiellement inappropriée chez le sujet âgé

## **A / AGIR**

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

.Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis (réunions). La communication des résultats est réalisée auprès de professionnels et des représentants des patients. Le suivi des actions d'amélioration est effectué d'une part par la direction qualité et par les responsables de pôle. Les actions issues des évaluations sont intégrées au programme d'actions institutionnel.



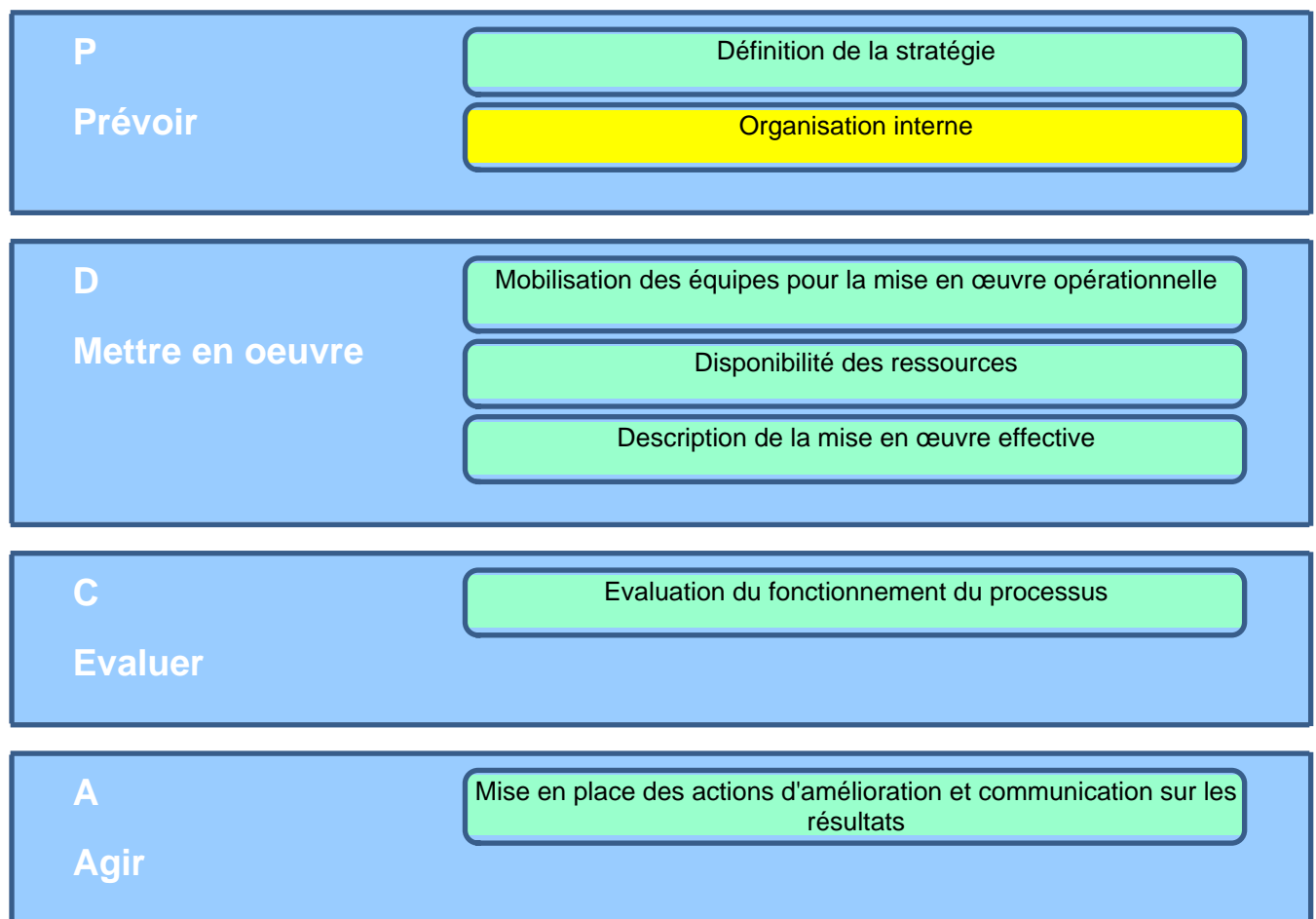
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 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 CHI Eure et Seine dispose de deux sites d'urgences : un sur la ville d'Evreux et le second dans la ville de Vernon. Les deux sites bénéficient d'une hospitalisation de très courte durée. L'établissement coopère avec d'autres établissements dont le CHU de Rouen. Il y a en moyenne plus de 50 000 passages par an sur les deux sites. La politique du service d'urgence a été élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une identification des risques. Le projet d'établissement inclue un volet sur la prise en compte des urgences et des soins non programmés. Une étude de processus a été réalisée. Les risques ont été analysés, hiérarchisés et des actions d'amélioration mises en place. La stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

#### ORGANISATION INTERNE

Le service des urgences a mis en place une organisation pour piloter le processus : le cadre et le chef de service de chaque site d'urgence sont les quatre responsables identifiés. Une fiche d'identité du processus est rédigée. L'organisation du service est décrite dans l'étude de processus de la prise en charge du patient aux urgences et des soins non programmés. Au regard des besoins et des risques identifiés, le service des urgences du C.H.I. d'Eure et Seine s'assure de l'existence des ressources humaines qui respectent en très grande partie les recommandations de la SFMU (Société francophone d'urgence médicale) au niveau des effectifs et de la formation des professionnels. La formation à l'accueil et à l'orientation est organisée pour toutes les IDE. La mise à jour des connaissances et des compétences est organisée pour tous les professionnels du service notamment par exercices de simulation. Le matériel nécessaire (déchoquage par exemple) et la gestion documentaire utile (procédures, protocoles, etc...) sont prévus. Sur le site de Vernon, il y a deux circuits : un circuit patient couché et un circuit court, patient debout. Sur le site d'Evreux, il y a des circuits différenciés. Il existe un circuit pédiatrique, un accueil des urgences gynécologiques-obstétrique. La prise en charge des malades psychiatriques est organisée notamment avec la présence d'un psychiatre. Il existe une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les certains secteurs de soins et à certaines heures (ophtalmologie). La prise en charge des AVC est organisée avec une possibilité de thrombolyse en coopération avec le CHU à travers une visioconférence. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité notamment par une consultation du dossier. L'organisation permettant la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits d'hospitalisation est manuelle. La disponibilité des lits d'hospitalisation vacants ne peut pas être connue et analysé en temps réel. Elle est renseignée trois fois par jour sur un tableau. Le recours à l'avis du spécialiste (radiologue) ne permet pas toujours de répondre au besoin du patient. Les radiographies des adultes ne sont pas toutes interprétées par un radiologue. La salle des urgences vitales de Vernon n'a aucun report d'alarme des monitorings. Ce qui ne permet pas de surveiller les patients lorsque l'ensemble des professionnels est occupé auprès d'un autre patient.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Les services des urgences organisent des actions de communication pour sensibiliser les professionnels sur les risques qui ont été identifiés lors des réunions de service. Compte tenu de ses risques, le management du secteur des urgences a organisé ses objectifs et ses plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation au sein de l'équipe. L'encadrement médical et infirmier favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières lors de ces réunions. Les responsables du service s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (notamment procédures, protocoles, consignes, etc.) ainsi que par l'analyse des déclarations d'événements indésirables et des plaintes. Des CREX sont mis en œuvre. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (analyse d'événement indésirable, dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels. Les résultats sont communiqués aux équipes lors de ces réunions de service.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences médicales et infirmières (effectif suffisant et formé) prévues dans l'organisation, répondent sur le terrain aux besoins des patients si ce n'est un léger déficit en IDE à Vernon par rapport aux recommandations de la SFMU. Selon le site d'urgence, des spécialistes (orthopédiste, chirurgiens, pédiatre, gynécologues, anesthésiste ...) sont d'astreinte ou de garde. Des assistantes sociales sont disponibles pour les patients pour lesquels leur intervention est nécessaire. Une infirmière d'accueil est présente. Pour accéder à cette fonction, les infirmières doivent avoir au moins deux ans d'

ancienneté et sont tutorés par un pair. La compétence des professionnels est améliorée par des formations (AFGSU, , NRBC, ...) dont la simulation qui peut se dérouler dans le service. Le matériel répond aux besoins des professionnels et des patients. Les équipements nécessaires à la prise en charge des patients (dont les enfants) sont présents dans le service. Une réserve Plan Blanc et risques exceptionnels est opérationnelle. Un sas de décontamination (dont douches) est réalisé.

La documentation, informatisée ou papier est accessible, actualisée et connue des professionnels.

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

es services des urgences mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Pour les patients ayant été hospitalisé sur le site, les urgentistes peuvent accéder aux comptes rendus (informatisés) d'hospitalisation. Les médecins du service accèdent par informatique à l'imagerie médicale et aux résultats de biologie. La traçabilité de l'ensemble des actes diagnostiques et thérapeutiques est assurée dans tous les dossiers observés. Une check-list d'ouverture du SAUV (salle de déchoquage), pour les intubations,... sont mises en œuvre. Les professionnels du service sont associés aux actions d'amélioration.

### **C / EVALUER**

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

Le management du service d'urgence assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre. Une revue de processus a été effectuée. Il existe un suivi et une analyse des événements indésirables et des plaintes. La cartographie des risques est réévaluée et enrichie lorsque cela est nécessaire. Le service effectue des formations par simulations. Il y a eu des CREX et des EPP : Pratiques d'hypnose aux urgences, Prise en charge des personnes âgées aux urgences : tri IAO, Urgences et parcours patient : Gestion des urgences vitales, Repérage de la fragilité chez la personne âgée. Toutefois, il n'y a pas d'évaluation et de suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence. Aucun recueil formalisé des temps de passage n'est réalisé.

### **A / AGIR**

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

Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elles sont suivies notamment par les responsables et la direction qualité. Elles sont communiquées dans le service.

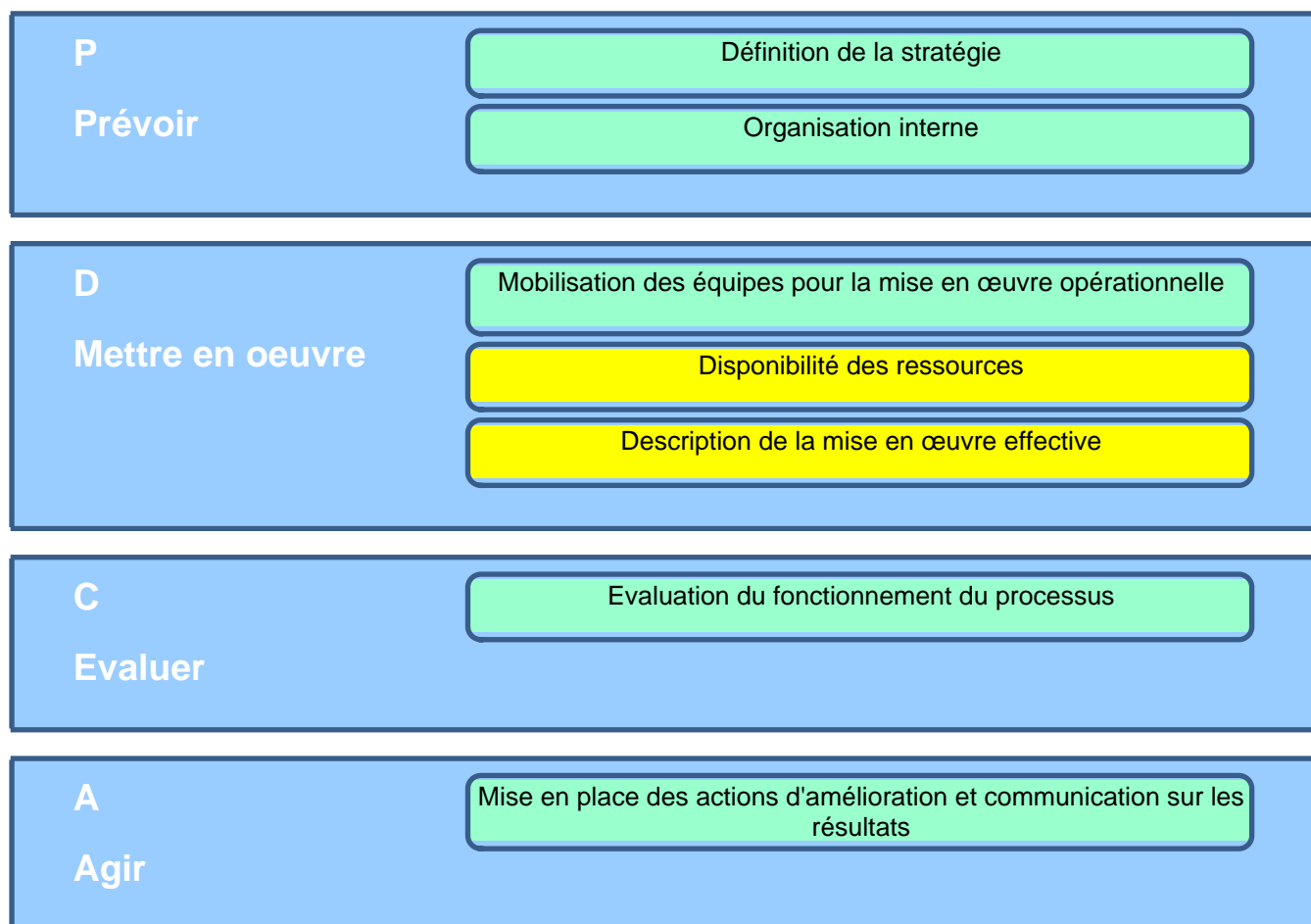
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Eure-Seine (CHES) a identifié ses besoins sur chaque site et analysé conjointement ses risques au niveau des blocs opératoires/SSPI (un sur chaque site) et en chirurgie ambulatoire (1 sur chaque site) avec les professionnels de santé. La réunification a permis de mettre en place une politique commune avec des objectifs déclinés en plans d'actions (25) adaptés à une analyse hiérarchisée. Cette cartographie a été initié à la suite de la dernière visite de certification (2012) ayant entraîné une remarque sur la référence (26a) sans recommandation. Cette politique est validée par les différentes instances et comportent des indicateurs mesurables révisés mensuellement par les pilotes de chaque structure. Ces objectifs concernent l'ensemble des blocs, SSPI et UCA. La stratégie de communication est régulière (4/an) au sein du conseil de bloc. La stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

#### ORGANISATION INTERNE

Le CHES a mis en place une organisation commune pour piloter le processus bloc/SSPI/UCA. Il existe un conseil de bloc élu dans chaque établissement sur proposition des personnels, validée par la direction et la CME. Cette instance se réunit 4 fois par an et bénéficie d'un tableau de bord délivré mensuellement par le contrôleur de gestion sur la base des données saisis quotidiennement dans les blocs. Sur chaque site un « trio pilote » composé du chef de bloc, d'un MAR et d'un chirurgien, régule hebdomadairement les programmes en fonctions de la disponibilité des personnels (planifiés) et des matériels. Les différents circuits (programmé, non programmé, ambulatoire, césarienne et pédiatrique) sont identifiés, avec mise à disposition d'une salle (obstétrique) ou du personnel renforcé (pédiatrie à Evreux). Au regard des besoins et risques identifiés, le CHES prévoit les ressources humaines, matérielles (locaux, équipements, maintenance, DM...) et documentaires nécessaires. Compte tenu du « déficit chronique » en personnels qualifiés, le CHES fidélise ses remplaçants réguliers et vacataires (charte du remplaçant) afin d'éviter le recours à l'intérim. Dans chaque structure les professionnels ont à disposition des procédures actualisées. Sur le site d'Evreux, il existe un accès commun des protocoles de bloc disponible pour tous. La gestion des interfaces (stérilisation, pharmacie, services d'amont et d'aval...) est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et permettent le suivi de soins. La requalification des salles (ISO 5 et 7) est assurée régulièrement les contrôles air, eau, surfaces sont réalisés. La permanence des soins est organisée 24h/24 avec des équipes en nombre adapté à la réglementation (obstétrique).

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Compte tenu des risques et des besoins, les responsables du bloc opératoire et de la SSPI organisent la mise en œuvre du PAQSS. Les ressources nécessaires sont mobilisées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. La charte du bloc est mise en œuvre. Celle-ci a permis d'améliorer la prise en charge des patients en déterminant les rôles de chacun. La responsable du bloc s'assure de la conformité des pratiques édictées dans la charte du bloc opératoire. Les professionnels sont informés des attendus. Des actions d'amélioration ont été mises en place. L'actualisation des connaissances des infirmières du bloc opératoire est organisée dans un plan de formation individuel et d'établissement. Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés en particulier au niveau de la SSPI et les remplaçants reçoivent l'information nécessaire à l'exercice de leur fonction. Les principales zones du Parcours sont définies ainsi que les règles concernant l'habillement, la circulation, le stockage, les interventions et le fonctionnement de la SSPI dont la sortie. La démarche qualité est assurée en articulation avec le PAQSS de l'établissement assurant la prise en charge du patient. Un tableau de bord avec indicateurs quantitatifs et qualitatifs est mis à jour mensuellement et diffusé aux professionnels permettant une actualisation des besoins et des écarts.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont en nombre adapté à l'activité et conforme à la réglementation. Un tableau de service très complet (sur chaque site), permet l'affectation des professionnels nécessaires pour assurer l'activité chaque semaine, en particulier médecin anesthésiste et activités spécifiques comme la pédiatrie requérant une compétence et une disponibilité spécifique. Les astreintes médicales et paramédicales sont assurées et diffusées (gardes dans le cadre de la permanence des soins : urgences et obstétrique). Les locaux d'Evreux sont adaptés à l'activité. Cependant, la structure architecturale exiguë du bloc de Vernon ne permet pas la surveillance du patient en attente d'intervention. Ceux de Vernon souffrent d'une vétusté ne permettant pas une surveillance des patients en attente d'intervention. La structure architecturale exiguë du bloc de Vernon ne permet pas une surveillance effective du patient en

attente d'intervention. Le patient prémédiqué reste isolé seul sur un brancard dans un couloir attendant à la SSPI sans surveillance (risque de chute), ni équipement de réanimation (dépression respiratoire, régurgitation, malaise vagal). Le matériel et les dispositifs médicaux stériles et implantables sont disponibles, vérifiés et tracés. Les références sont tracées dans le dossier patient et resteront disponibles dans le dossier patient. Les différentes maintenances sont assurées et tracées. Le parc de matériel plus lourd est entretenu et des contrats de maintenance préventive et curative en assurent le fonctionnement. La qualification des salles est assurée régulièrement. Le matériel d'urgence vitale est opérationnel. Les interfaces (papier) entre secteurs sont opérationnelles.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La cellule de programmation du bloc (trio composé, du cadre, d'un MAR et d'un chirurgien) organise et valide les programmes opératoires proposés par la régulation tous les jeudis. Les interventions rajoutées (urgentes ou autres) doivent être validées par un responsable du bloc avant d'être intégrées au programme. L'accueil et l'intervention, puis la prise en charge en salle de soins post interventionnelle, et le transfert vers les UCA ou HC sont organisés. Les interfaces entre le bloc, la stérilisation, la pharmacie et les unités de soins sont opérationnelles. La continuité des soins est assurée par les chirurgiens et les médecins anesthésistes 24h/24. Les astreintes paramédicales sont organisées. La check-list est mise en œuvre. Elle a été évaluée une fois et il a été remarqué (audit et SHAM) à monter que sa traçabilité était exhaustive mais opérateurs dépendant dans sa réalisation. Les bonnes pratiques concernant la signature d'autorisation de sortie de SSPI ne sont pas systématiquement respectées. Sur le site de Vernon, un Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR) signe de façon anticipée la sortie de SSPI avant la réalisation du score d'Aldrete. Les dispositifs médicaux implantables sont tracés et les références des DMI sont présentes dans le dossier patient et dans le logiciel de gestion des matériels au bloc opératoire. Le réapprovisionnement des matériels est fiabilisé par un partenariat bloc/Pharmacie. Des FEI sont déclarées et analysées. Des bouteilles d'O<sub>2</sub> sont stockées en salle ou SSPI sur les 2 sites sans être attachées ; leurs présences est contestable compte-tenu de l'existence d'armoire de sécurité. Ce problème a été résolu pendant la visite. Les réalisations des Feuilles d'ouverture de salle (partie anesthésie) sont incomplètes. Sur les deux sites aucune signature de Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR) n'est effective sur les FOSO remplis par les IADE. Sur le site de Vernon, la traçabilité de la mesure des pressions en salle n'est pas toujours effectuée.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration sont assurés régulièrement (mensuellement) par les responsables du bloc. Les 25 actions d'amélioration identifiées dans le PAQSS et le compte qualité sont en partie finalisées ; il en reste 4 (confidentialité au bloc d'Evreux, DAN 82%, Fiches d'interventions (inventaire du matériel chirurgical) réalisées à 80%, audit de check-list. Le responsable du bloc d'Evreux intervient, en accord avec les pilotes « trio », pour des rappels pendant les réunions d'information en cas de retard ou de non confraternité dans l'équipe. Les données reçues mensuellement au bloc émanant du contrôleur de gestion permettent de réaliser un certain nombre de contrôles qualitatifs et quantitatifs performance, ressources humaines, DM. Les Indicateurs PAQSS complètent le dispositif. Les résultats sont communiqués aux professionnels. Le suivi d'indicateurs et les évaluations permettent d'identifier des actions d'amélioration. Les événements indésirables sont déclarés. La traçabilité du dossier d'anesthésie est incomplète. L'indicateur de tenue de DAN 2016 de 83% montrent des déficits d'informations (identification du praticien, visite pré-anesthésique, voie aérienne, prescriptions médicamenteuses...).

### A / AGIR

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

Une démarche d'amélioration continue de la qualité est en place avec un suivi régulier des actions d'amélioration et de réduction des risques. 21 actions d'amélioration ont été menées depuis la mise en place du CQ. Des CREX et RMM ont été menés depuis 2014. Les fiches d'EI sont analysées. De ces suivis, des révisions et ajustements d'objectifs sont menés avec les responsables du bloc opératoire et la Cellule qualité. La communication est assurée en conseil de bloc, en CME et sur des supports écrits qui sont transmis aux médecins intervenant au bloc opératoire. Les actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS et dans le Compte qualité. La CRU est informée.



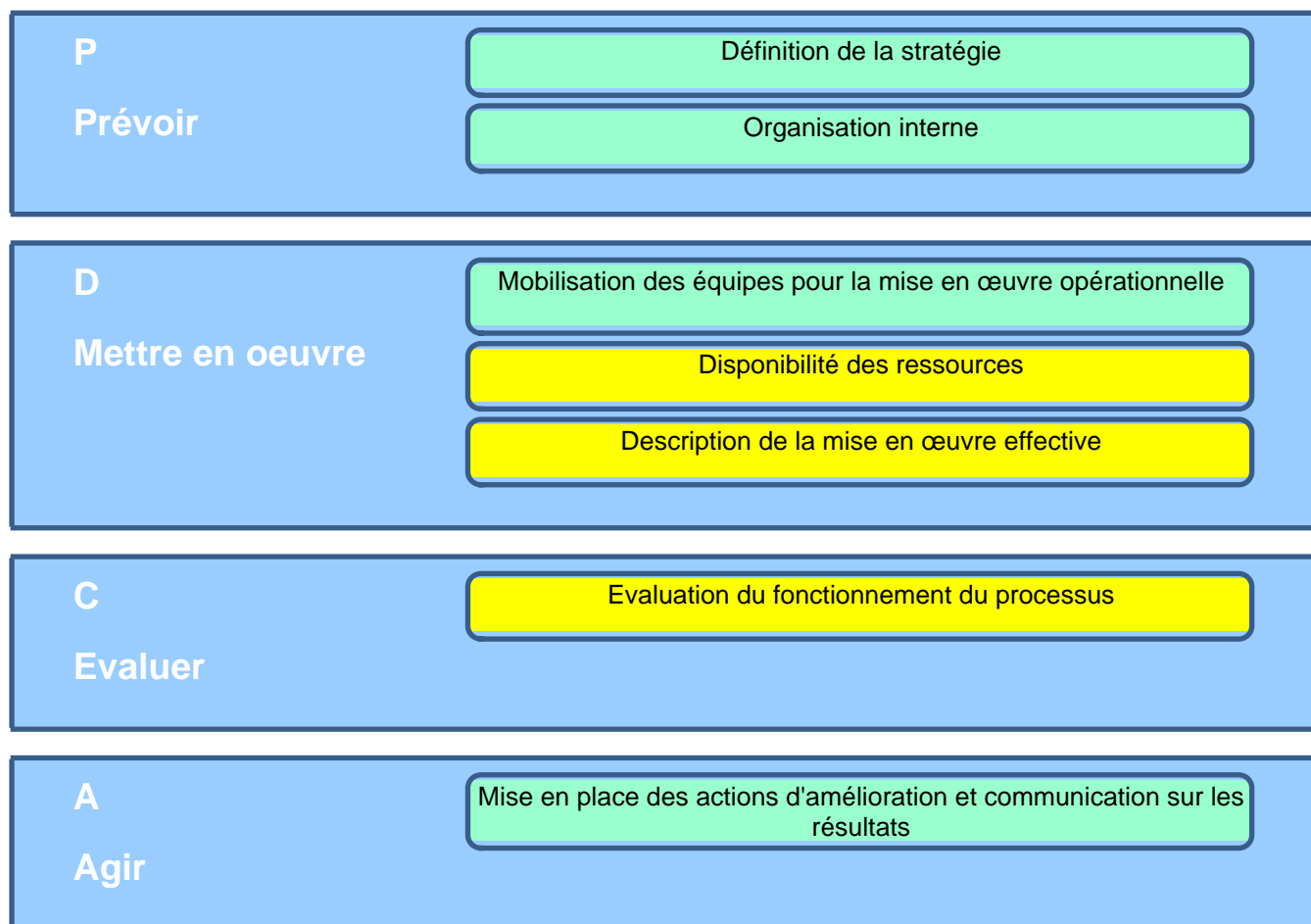
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique







P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre Hospitalier Eure Seine a défini une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques liés aux techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale. Cette politique s'inscrit dans la politique de prise en charge en imagerie médicale, au bloc opératoire, en cardiologie ainsi que dans la politique Qualité-Santé au travail pour ce qui concerne le risque de radioprotection des professionnels exposés aux rayonnements ionisants.

Les objectifs sont élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte et d'une analyse des risques propres à ce secteur d'activité. Les différents secteurs et spécialités réalisant de l'imagerie interventionnelle sont identifiés. Ils sont répartis sur le service d'imagerie médicale, la cardiologie et le bloc opératoire. Les actes concernés sont, au niveau de l'imagerie médicale du site d'Evreux, des ponctions et biopsies thoraciques, abdomino-pelviennes et mammaires et au niveau du bloc, des actes de rythmologie (sur le site d'Evreux) et les contrôles peropératoires sous amplificateur de brillance effectués en chirurgie orthopédie et gastrologie.

La démarche d'identification des risques, effectuée par l'équipe de pilotage du processus a été réalisée à partir de plusieurs sources de données : réglementation, recommandations de bonnes pratiques, parcours du patient.

La hiérarchisation des risques, conduite selon la méthode proposée par la HAS, a permis l'identification des priorités d'amélioration liées au processus déclinée dans les plans d'actions d'amélioration des processus du bloc opératoire, du parcours patient, de l'imagerie interventionnelle et qualité de vie au travail. Ces plans d'action sont formalisés, priorisés et validés par les instances. Les modalités de leur mise en œuvre sont définies : identification d'un responsable, échéances, modalités de suivi. Les risques prioritaires ont été reportés dans le compte qualité. Le plan d'actions du processus est suivi par les pilotes et lors des revues de processus avec la cellule qualité et risque.

Toutefois, l'établissement a partiellement identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risque en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance avec des objectifs précis et opérationnels. En effet, cette démarche d'identification et d'analyse des risques liés au processus "management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle" s'est essentiellement axée sur le parcours du patient pris en charge en imagerie médicale et en cardiologie pour des actes de radiologie interventionnelle et au niveau du bloc opératoire pour le risque vis-à-vis de la dosimétrie des professionnels exposés aux rayonnements ionisants. Le risque spécifique lié aux rayonnements ionisants tant vis-à-vis des patients que des professionnels a fait l'objet d'une analyse partielle dans le cadre de l'analyse des risques du processus Qualité de Vie au travail, donnant lieu à 2 actions inscrites dans le compte qualité : former le personnel, renouveler les équipements. Il n'a pas été mis en œuvre une identification des risques liés aux rayonnements ionisants dans toutes ses composantes. Face à ce constat, l'établissement a formalisé, en cours de visite, un plan d'actions lié aux rayonnements ionisants au regard des recommandations du rapport de l'ASN de Juin 2012, du document unique 2013-2014 et de la réglementation en vigueur.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilotage de la démarche est assuré par le chef de service, le cadre de santé de l'imagerie médicale et le cadre de pôle. Les missions des pilotes sont définies. Il existe une organisation permettant la mise à disposition de toutes les ressources nécessaires (humaines, matérielles, documentaires...). 4 PCR sont nommés : 2 manipulateurs en électroradiologie pour le site d'Evreux, 1 pour le site de Vernon et 1 ingénieur biomédical. Ces professionnels sont formés. Les missions des PCR ne sont toutefois pas formalisées. Un document a été présenté aux EV en cours de visite. Ce document générique liste les missions principales des PCR, il est ni daté ni signé, ni validé. En imagerie médicale sur le site d'Evreux, une référente en radioprotection est identifiée. Les formations sont prévues : formations règlementaires et obligatoires à la radioprotection, risque infectieux, identitovigilance, gestes d'urgence, formation à l'utilisation des amplificateurs de brillance... Des fiches individuelles d'exposition sont prévues, le suivi médical des professionnels exposés aux rayonnements ionisants est organisé. Il existe une cellule de radioprotection. Conformément à la réglementation, en partenariat avec un organisme externe, un radiophysicien assure la responsabilité de Personne spécialisée en radiophysique médicale – (PSRPM). Les locaux, matériels et équipements sont prévus. Au bloc opératoire, la cardiologie interventionnelle est réalisée dans une salle dédiée. Pour les autres spécialités, les amplificateurs de brillance sont mobiles. Au niveau de l'imagerie médicale, les actes d'imagerie interventionnelle sont réalisés dans des salles dédiées. Les études de risque, les zonages et signalétiques sont prévus dans tous les secteurs concernés, ainsi que les moyens de mesure de suivi dosimétrique actif et passif. Les plans d'entretien et de maintenance des locaux et des équipements sont organisés et suivis par l'ingénieur biomédical (PCR). Les équipements de protection individuelle pour les professionnels sont prévus (tabliers plombés, caches thyroïde, lunettes). Un Plan d'organisation de la

Physique Médicale est formalisé.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures diffusées auprès des professionnels. Des documents d'information pour les patients sont rédigés et mis à leur disposition en amont de l'acte de radiologie interventionnelle. Les interfaces sont organisées avec le service d'imagerie médicale, les services cliniques, le bloc opératoire, les services médico-techniques et la médecine du travail.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Compte tenu des risques et des besoins, les responsables des secteurs concernés organisent la déclinaison de la démarche d'amélioration de la qualité et de gestion des risques liés aux techniques interventionnelles. Les PCR se sont saisis des enjeux liés à la qualité et la sécurité des soins dans le cadre de la radioprotection. Ils sensibilisent régulièrement les professionnels sur les risques liés à la radioprotection des patients et des personnels. Les pratiques professionnelles médicales mettent en application les recommandations des sociétés savantes. Il existe une démarche d'évaluation des risques a priori appropriée incluant le risque de la dosimétrie des patients. Afin d'assurer une meilleure gestion des rayonnements ionisants pour les patients, la traçabilité des doses délivrées aux patients est analysée de manière globale entre les professionnels de l'imagerie médicale et l'éditeur du logiciel de traçabilité des doses de rayonnements ionisants afin d'harmoniser les pratiques et de rechercher les actions permettant d'optimiser les doses. Les événements indésirables sont déclarés et analysés avec la cellule qualité. Les actions d'amélioration identifiées sont mises en œuvre en y associant les professionnels concernés.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériels et documentaires sont disponibles dans les secteurs concernés par les actes d'imagerie interventionnelle. Les PCR disposent d'un temps dédié pour réaliser les missions qui leur sont assignées. Des formations externes et internes prévues sont mises en œuvre. Cependant, la mise en œuvre des formations à la radioprotection est partiellement réalisée. En effet, la réglementation prévoit que tous les professionnels impliqués dans des actes mettant en œuvre des rayonnements ionisants soient formés, au moins tous les 3 ans, à la radioprotection au poste de travail et une formation à la radioprotection des patients à renouveler tous les 10 ans. Le bilan des formations à la radioprotection des travailleurs mis à disposition des experts visiteurs, fait apparaître qu'une majorité des professionnels non médicaux sont formés, en revanche, le nombre de praticiens formés est marginal. Concernant la formation des professionnels à la radioprotection des patients, en dehors des manipulateurs en électroradiologie formés au cours de leur cursus de formation initiale, aucun professionnel n'a bénéficié de cette formation. L'établissement a prévu l'organisation d'une formation "radioprotection des patients" en e-learning mais non encore initiée au moment de la visite. Malgré le recensement de tous les professionnels nécessitant un suivi médical réalisé par le médecin de santé au travail, les convocations qui leur sont adressées, le suivi médical des professionnels exposés n'est pas assuré pour tous les professionnels exposés aux rayonnements ionisants. Lors de l'entretien avec un praticien, ce dernier affirme ne pas bénéficier d'un suivi médical malgré sa demande. L'analyse des postes et l'élaboration des fiches d'exposition pour les travailleurs ne sont pas finalisées. Seules 25 % des fiches d'exposition aux rayonnements ionisants sont finalisées. Les dosimètres opérationnels et passifs ainsi que les équipements de protection individuelle sont disponibles dans tous les secteurs (bloc opératoire, imagerie, appareil de radiologie mobile). Cependant, les professionnels, notamment les chirurgiens, ne portent pas systématiquement ces équipements malgré les rappels multiples à la réglementation.

La démarche qualité documentée n'assure pas totalement la sécurité de la prise en charge du patient. Il a été constaté au sein du service d'imagerie médicale du site d'Evreux, l'existence de documents non conformes. Ils ne respectent pas la charte de l'établissement, ne font pas référence aux sources (recommandations des sociétés savantes, réglementation). Ils ne sont ni identifiés par le rédacteur, ni validés ni intégrés dans le système de gestion documentaire institutionnel. En cours de visite, ces documents rédigés selon la charte institutionnelle, ont été présentés aux experts à l'état de documents de travail.

Tous les professionnels, notamment les chirurgiens, ne portent pas leurs équipements malgré les rappels multiples à la réglementation. Les matériels et les équipements sont conformes, adaptés, fonctionnels et entretenus. La maintenance et les contrôles des équipements sont assurés et suivis. Les professionnels sont formés à leur manipulation. Les équipements de radiologie disposent de programme de réduction de doses. L'étude des risques et le zonage des locaux sont en cours de finalisation. Les procédures décrivant les conditions de réalisation des activités et actes interventionnels réalisés avec des rayonnements ionisants prennent en compte les modalités spécifiques (recherche de bêtaHCG chez les jeunes femmes avant tout examen).

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le parcours du patient pour des actes d'imagerie interventionnelle en imagerie et en cardiologie est formalisé. La réalisation des actes de cardiologie interventionnelle s'intègre dans l'organisation du bloc opératoire. La check-list est utilisée pour chaque intervention programmée au bloc opératoire. Tous les

actes font l'objet d'une justification et d'une réflexion bénéfique/risque. Le patient est informé, son consentement éclairé est recueilli. Les règles d'identitovigilance sont respectées. Les procédures d'hygiène des locaux et les règles d'asepsie sont connues et appliquées. Les délimitations des zones réglementées et l'affichage de la signalétique est en place en imagerie médicale. L'affichage de la signalétique des zones réglementaires est réalisée au bloc opératoire. La traçabilité de la dosimétrie interventionnelle figure dans les dossiers des patients. Les IBODE après chaque acte sous ampli de brillance éditent un document qui est en suite agrafé dans le dossier. En cardiologie interventionnelle, la dosimétrie interventionnelle relevée par l'IDE figure dans le compte rendu. Les amplificateurs de brillance disposent d'une signalisation lumineuse lors de l'émission de rayonnements ionisants. Les pratiques professionnelles relatives à l'utilisation d'appareils de radiologie interventionnelle ne sont pas toujours conformes. En effet, sur le site d'Evreux, dans le cadre des contrôles en peropératoire en chirurgie orthopédique et en gastrologie, le déclenchement des amplificateurs de brillance est réalisé parfois par les IBODE, ce qui n'est pas légal au regard de leur référentiel de compétences. Le décret d'acte et d'exercice de la profession d'IDE et d'IBODE ne permet pas à ces professionnels d'utiliser les amplificateurs de brillance, même sous la responsabilité d'un chirurgien. Ce glissement de tâche avait déjà été signalé lors de l'inspection ASN en juin 2012. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actes est assurée. Sur les scanners, un logiciel permet de mesurer et de suivre les doses de rayons X délivrés aux patients au cours de l'examen et de créer une alerte en cas de dépassement. Les comptes-rendus des investigations et des actes thérapeutiques font mention des doses délivrées au patient. Les niveaux d'exposition individuels des professionnels sont tracés et suivis. Les contrôles des équipements sont formalisés et suivis par l'ingénieur biomédical. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

## **C / EVALUER**

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

L'établissement assure partiellement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus « imagerie interventionnelle » : nombres d'actes réalisés, contrôle de la dosimétrie active et passive, suivi des plans de maintenance et de contrôle des équipements, nombre de déclaration des événements indésirables, nombre de complications des actes interventionnels en imagerie ... Le recueil des événements indésirables est assuré et analysé périodiquement avec le secteur d'activité et la cellule qualité. En cas d'évènement indésirable grave, une CREX est organisée pour en analyser les causes profondes. Les pratiques professionnelles sont évaluées trimestriellement concernant l'analyse des doses de rayonnements délivrés aux patients. Cependant, l'établissement n'a pas mis en œuvre un dispositif d'évaluation et de suivi structuré pour la démarche de radioprotection. Il n'existe pas d'évaluation ni d'indicateurs de suivi qui permettraient de mesurer la mise en œuvre des actions relatives à la sécurisation de ce processus. L'information est disponible mais dispersée (bilan d'activité des PCR, rapport de la médecine du travail, CHSCT, plan d'action relatif au processus qualité de vie au travail....).

## **A / AGIR**

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

Le recueil et l'analyse des événements indésirables, le rapport de l'ASN en juin 2012, les évaluations des pratiques liées aux doses de rayonnements ionisants délivrés aux patients permettent d'identifier des actions d'amélioration. Ces actions, dont certaines liées à la radioprotection ont été intégrées dans un plan d'action en cours de visite, sont articulées avec le plan d'action institutionnel et mises en œuvre avec l'implication des professionnels concernés. Elles font l'objet d'une communication auprès des instances et des professionnels via l'encadrement, les PCR et la cellule qualité. Les comptes-rendus des réunions des instances sont accessibles via le site intranet.



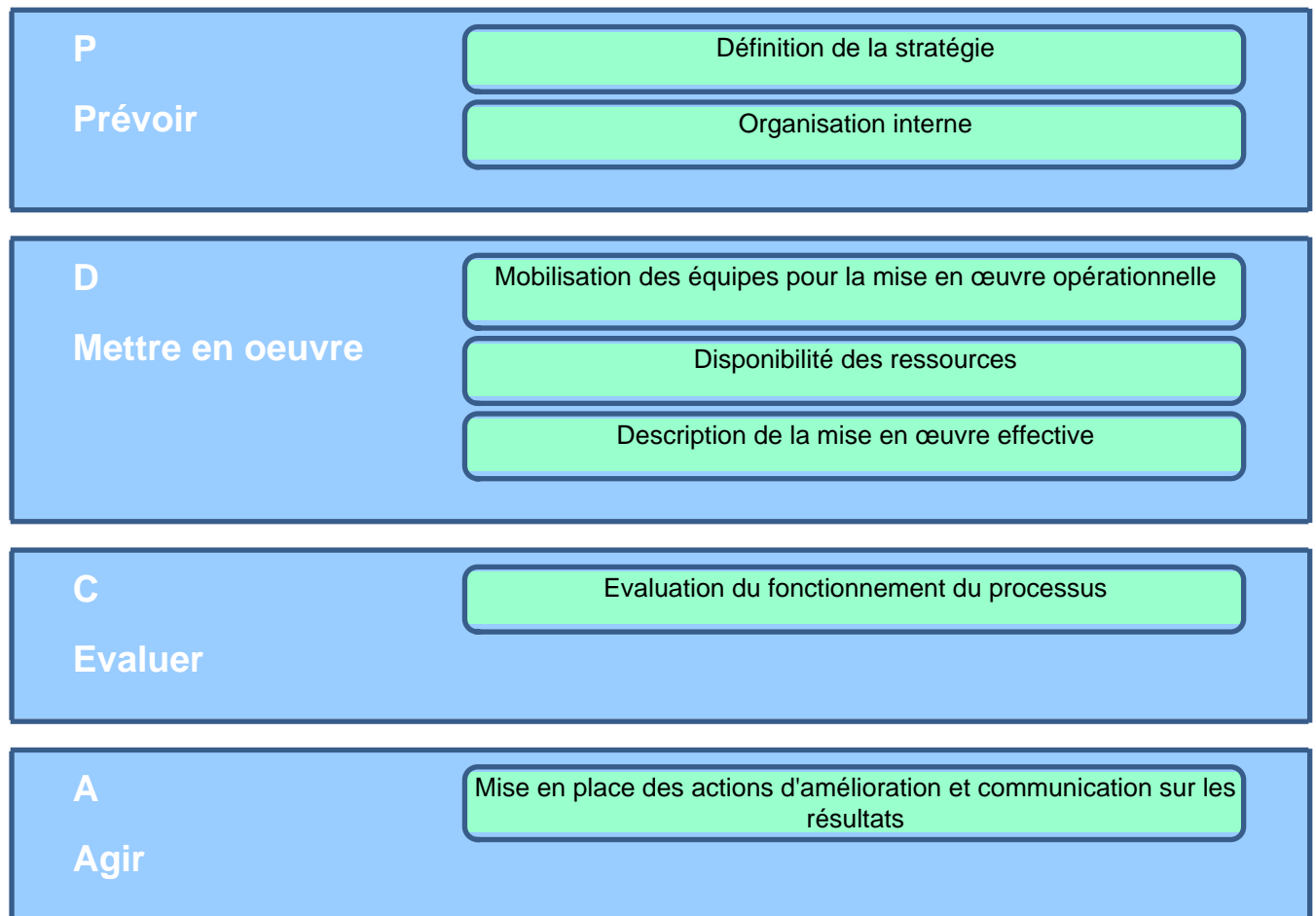
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le centre hospitalier Evreux-Vernon (CHES) a élaboré puis développé une stratégie très aboutie, pour la réalisation des endoscopies. Cette politique est déclinée sur la base d'une identification des besoins spécifiques et une analyse des risques (12) au regard de ses missions articulées sur deux sites : Évreux et Vernon. La réunification des deux sites a permis de mettre en place une politique institutionnelle commune avec des objectifs déclinés en plans d'actions adaptés à l'analyse des risques hiérarchisée. La cartographie (non présente lors de la précédente visite) a été réalisée à l'occasion de la formalisation du parcours patient dans ses composantes ambulatoires et hospitalières déclinée sur les 5 activités développées : digestive, pneumologique, urologique, cardiologique et ORL. Aucun signalements d'action complémentaires n'avait été émis lors de la visite précédente.

**ORGANISATION INTERNE**

Sur le site d'Evreux la désinfection des endoscopes est principalement centralisée dans une unité pour le digestif, la pneumologie et l'ORL; cette unité autonome comprend 3 salles sans anesthésie et une attenante au bloc pour l'activité sous AG ; il existe 3 automates et une chaîne manuelle pour les laves-endoscopes. L'activité d'urologie et de cardiologie est assurée en consultation avec une unité manuelle et du personnel spécifique. Les personnels (ASQ et IDE) sont spécifiquement dévolus à chaque type d'activité en nombre et qualification permettant d'assurer une permanence des actes (digestif) 24/24 dans le cadre d'une reconnaissance départementale de cette compétence. Le pilotage de ces activités est commun pour les deux sites avec la possibilité de vidéo-conférence pour les réunions mises en place depuis octobre 2016. Les formations internes pour tout nouvel arrivant sont réalisées en interne (tutorale) avec la réalisation d'une checklist permettant de valider toutes les étapes de la formation. Des formations externes (Elbeuf ou Rouen) sont assurées dans le cadre de la SFED et du GIFE. Sur le site de Vernon l'ensemble des locaux a été modifié pour raison de conformités et sont équipés. Les procédures de désinfection sont communes aux deux sites. Chacun des sites a mis en place des procédures spécifiques et adaptées à chaque parcours patient. Le groupe PAQ en endoscopie existe depuis 2011. Chaque pilote a reçu une lettre de mission. Les interfaces sont assurés avec les services receveurs (ambulatoire, consultations, hôpital de semaine ou conventionnel d'une part et avec les unités effectrices : le bloc et les salles interventionnels sans anesthésie. Sur les deux sites une salle et une équipe d'anesthésie est dévolue spécifiquement à l'endoscopie; les circuits sont alors similaires avec un passage en SSPI et une possibilité d'hébergement en cas de besoin. Les secteurs médico-techniques assurent la maintenance (préventive et curative) et l'approvisionnement du matériel et des consommables. Ils assurent également la protection des personnels en matière environnementale (renouvellement de l'air) et d'habillement (disponibilité des fournitures). Lors de la consultation d'anesthésie (quelque soit le site), des examens complémentaires peuvent être demandés pouvant entraîner un report d'examen préjudiciable à la programmation. Cette absence de transmission d'information (entre le MAR et le gastro-entérologue), a été analysée par l'établissement dans son CQ avec un niveau de risque élevé compte tenu de sa fréquence et de sa criticité en cas de pathologie évolutive. Un plan d'actions a été initié mais n'est pas, à ce jour, été finalisé. Lors d'un examen d'endoscopie pneumologique, l'injection d'un sédatif peut être nécessaire (Hypnovel). L'organisation de la surveillance après administration de sédatif n'est pas définie. Lors d'un examen d'endoscopie pneumologique, l'injection d'un sédatif peut être nécessaire (Hypnovel). La surveillance après administration doit alors être renforcée. Actuellement, le patient peut être surveillé, dans un local contigu, au travers d'une vitre. Une réflexion est engagée pour permettre d'accueillir ces patients en unité ambulatoire dans laquelle la surveillance sera assurée par du personnel approprié.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Compte tenu de ses risques et besoins hiérarchisés, le management de chaque secteur organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions. Cette démarche est commune aux deux établissements et à tous les sites d'activité. Les cadres des unités dédiées travaillent conjointement avec celui du bloc pour les patients sous anesthésie. Ils favorisent l'implication des personnels notamment en assurant des plannings avec des ressources compétentes et formées. Les professionnels sont sensibilisés régulièrement sur leurs objectifs avec une "réserve tournante" d'IDE (7) qui restent ainsi opérationnelles pour les astreintes. Des CREX ont été réalisés dans chaque structure. des actions correctives ont déjà été mises en place pour répondre aux risques identifiés (9/12). Lors de l'activité d'endoscopie en garde sur le site d'Evreux, les professionnels sont isolés loin des services de soins. Ce risque (potentiel) a été identifié (R2) et la mise en place d'un système d'appel en urgence est en

cours de résolution.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs (AS Q et IDE) sont en nombre adapté à la pratique des différents activités de jour sur Vernon et pour la permanence des soins sur Evreux. Ces personnels sont régulièrement formés par une IDE référente et bénéficie de formation régulière. Les protocoles régulièrement actualisés, sont mis à disposition des personnels qui les mettent à jour régulièrement avec le concours de la cellule qualité. les référentiels sont actuellement essentiellement sur support papier dans l'attente du déploiement complet de l'informatisation des établissements. Les locaux sont maintenant conformes depuis la restructuration de l'unité de Vernon. Les automates sont au nombre de 4 et les chaînes manuelles des laves-endoscopes au nombre de 3. Le contrôle du renouvellement de l'air est assuré par le service technique. La programmation des examens est adaptée au nombre des endoscopes dont la désinfection est centralisée. Des bacs couverts et fermés de transport sont adaptés pour le transit des endoscopes entre les salles interventionnelles et la salle de désinfection. Des étiquettes de couleurs différentes (rouge ou vert) identifie l'état du matériel (propre-sale) l'identification de l'endoscope et de la personne qui l'a préparé.

### 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 et la prise en charge du patient. Quelque soit les lieux d'intervention et les méthodes (automatisée ou manuelle), les procédures restent les mêmes. Les temps de nettoyage sont tracés sur des "reçus" qui sont recueillis dans un cahier adapté à chaque unité. On y retrouve l'identification du patient, de l'opératrice, de l'endoscope et de tous les étapes de la désinfection, ainsi que lacs échéant d'automate. La recherche ascendante d'un matériel en cas de contamination ultérieure est possible soit par date soit par nom. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles avec des fiches de préparation avant l'examen sous forme de check-list. Les contrôles bactériologiques sont tracés. La recherche "Prion" est assurée à l'occasion de la consultation du gastro-entérologue et tracée sur le dossier. Pour l'activité au bloc une programmation est assurée chaque jeudi avec l'aval du représentant des opérateurs. Des tests de conformité des automates sont réalisés chaque année par le fournisseur. Des prélèvements de routine sont organisés quatre fois par an sur chaque site. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Cependant, le délai de réflexion après information sur l'anesthésie n'est pas prévu, le patient signant l'information et le consentement immédiatement après l'avoir reçu.

## 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.). Les pilotes de processus assurent l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des activités d'endoscopie avec l'aide d'indicateurs de performances. Deux fois par an le groupe PAQ endoscopie se réunit pour la revue des plans d'actions.

## A / AGIR

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

Le recueil des EI est efficient sur les deux sites. Des réunions CREX sont mises en place depuis 2014. 9 plans d'action sur 12 risques ont été mis en place. Les risques sont réexaminés afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.





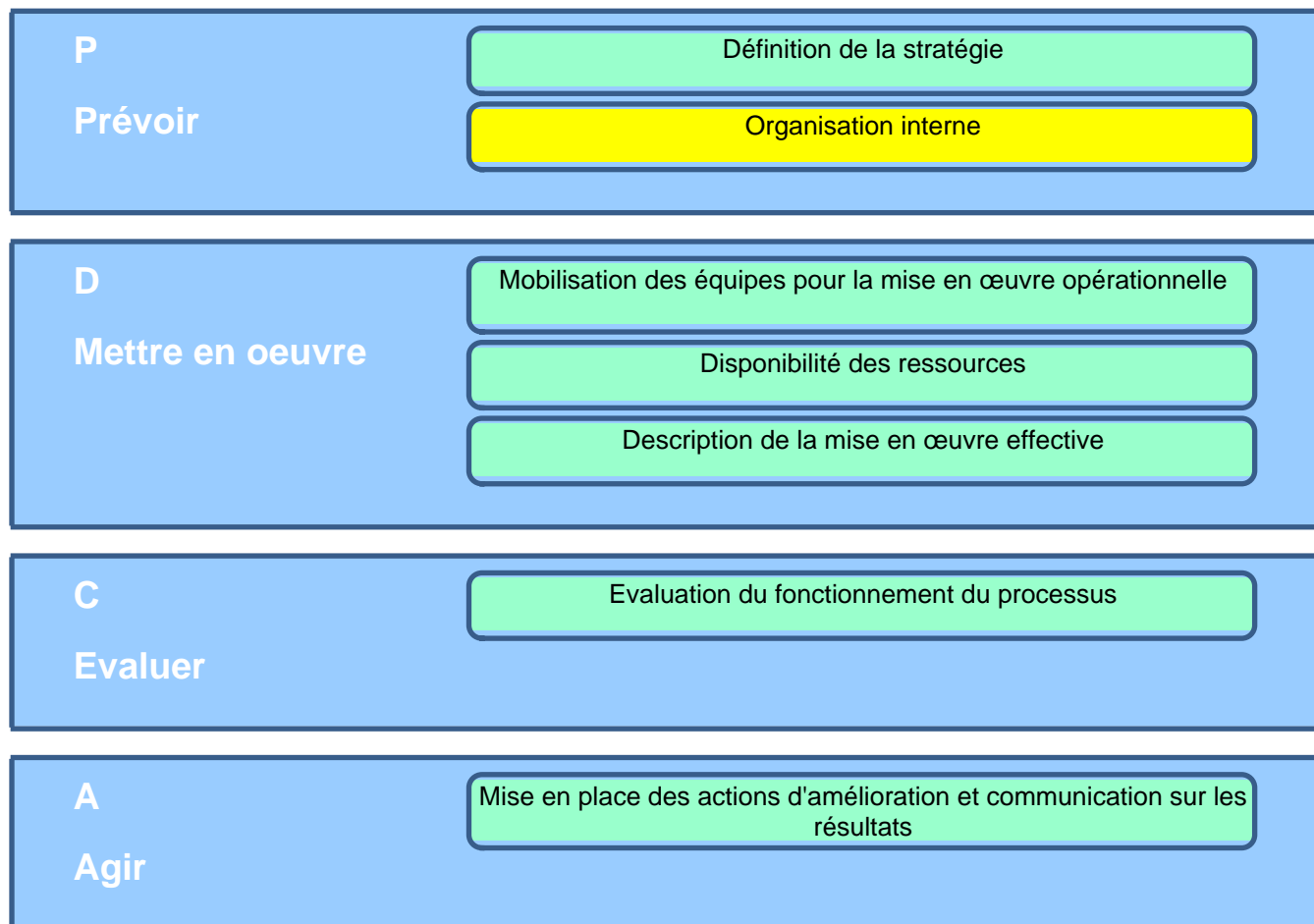
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

## 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





## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier d'Eure et Seine dispose d'une Maternité niveau 2b sur le site d'Evreux et d'une maternité niveau 1 sur le site de Vernon. Les deux maternités sont intégrées dans le pôle femme-mère-enfant. Sur le site d'Evreux, la maternité dispose de 5 salles de naissances, de 3 chambres de prétravail et de deux chambres destinées aux urgences. Sur le site de Vernon, la maternité se compose de 3 salles de naissance, d'une salle de naissance nature et une salle d'urgence. Ces dispositifs sont complétés par des blocs de césarienne et des salles de réanimation nouveau-nés sur chaque site. Y sont également disponibles une salle pour l'activité d'urgence obstétricale, dans le bloc opératoire ou adjacente au bloc opératoire central. Le pôle femme-mère-enfant a identifié des besoins spécifiques au regard des 2760 accouchements réalisés à Evreux (2015) et des 671 accouchements (2015) effectués à Vernon. Les orientations stratégiques sont formalisées dans le projet d'établissement et dans le document management de la prise en charge du patient en salle de naissance.

Des conventions permettent la prise en compte du risque fœto-maternel entre les deux maternités du CHES et la maternité de Rouen (maternité de niveau 3) et une procédure spécifique prévoit le transfert en situation d'urgence entre la maternité de Vernon et d'Evreux. Les risques sont identifiés, analysés et hiérarchisés en staff pluriprofessionnel en collaboration avec la direction qualité selon une méthodologie validée par la HAS. Les professionnels sont associés à la mise en œuvre des plans d'action lors des staffs. Les sources de données utilisées par le pôle femme-mère-enfant reposent sur la réglementation en vigueur et sur les recommandations de la HAS. Les objectifs et les indicateurs du pôle sont présentés à la direction de l'établissement au cours des réunions de conférences mensuelles des pôles. Les indicateurs qualité sont suivis annuellement par cette même instance.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation permettant le pilotage du processus. Les pilotes institutionnels sont définis ainsi que leurs missions. Il existe un plan de formation institutionnel comprenant des axes de formation spécifiques au pôle femme – mère – enfant. Les effectifs et les compétences des professionnels répondent aux besoins et à l'atteinte des objectifs énoncés dans la politique du pôle. Les équipements et les maintenances sont en adéquations avec l'activité. Il existe un dispositif institutionnel structuré de gestion documentaire. La gestion des interfaces et des circuits est organisée et permet l'échange d'information et la coordination entre les différents secteurs, notamment en cas d'urgence obstétricale. Les médecins du pôle participent au conseil de bloc. La proximité des services (bloc, néonatalogie, pédiatrie) contribuent également à l'échange d'information. Concernant la régulation des activités garantissant le respect de la programmation, le staff hebdomadaire permet la régulation des activités programmées afin d'assurer la sécurité du patient. Le staff quotidien permet de réajuster ce programme en fonction des priorités quotidiennes. Toutefois, les compétences spécifiques relevant du décret de compétences professionnels ne sont pas mises en place dans le cadre de l'accouchement dirigé. L'injection d'ocytocine en prévention est réalisée par les aides-soignantes dans le cadre des accouchements dirigés. Ce geste est formalisé dans un protocole en vigueur dans le pôle.

### D / METTRE EN ŒUVRE

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

Le programme d'action spécifique au pôle se décline autour des risques identifiés, notamment le risque hémorragique du postpartum, le risque de sous-évaluation des anomalies du rythme fœtal, la maîtrise du geste de réanimation du nouveau-né. Les staffs hebdomadaires permettent à la fois de sensibiliser les professionnels aux objectifs du service et de les informer sur les résultats des évaluations effectuées. Un programme prévisionnel informant des thèmes abordés lors de ces staffs est mis à disposition des professionnels du pôle. Les professionnels sont associés à la mise en œuvre des plans d'action à travers les EPP menées au sein du pôle comme : la prise en charge des hémorragies du postpartum immédiat, la sécurisation de la prise en charge du nouveau-né en salle de naissance, l'amélioration de la prise en charge des césariennes en urgence, de la check-list sécurité césarienne... Les événements indésirables sont recueillis et traités. Les plaintes des parturientes donnent lieu à un entretien systématique avec la patiente et avec les professionnels ayant travaillé le jour. Une CREX concernant le risque de matériel spécifique mal connu est en cours.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en ressources humaines répondent aux exigences légales et réglementaires pour les deux types de maternité. Les effectifs (gynécologue, interne, pédiatre, anesthésiste, sage-femme, auxiliaire de puériculture) et l'organisation mis en place permettent la mise à disposition en temps utile des

ressources nécessaires. La garde et les astreintes sont organisées sur une période de 6 mois et affichées dans la salle de naissance, les unités de soins et les lieux de consultation. Une astreinte de 1ère et de 2e attention est effective. Le numéro d'urgence est également affiché permettant la mise en disposition en temps utile de toutes les ressources humaines nécessaires. Une procédure d'appel, gradués selon le degré d'urgence est en place (code rouge et orange). Elle est connue des professionnels et a fait l'objet d'une EPP. Un dispositif des nouveaux arrivant existe, mais n'est pas formalisé. Une formation spécifique des internes est organisée durant un mois lors de chaque arrivée d'internes. Les professionnels sont formés notamment à la réanimation pédiatrique, au massage maternel, au lien mère – enfant, à l'annonce post-natale d'un handicap... Des ateliers de simulation en santé concernant la maîtrise des gestes de réanimation sont organisés au sein du service. Les prises en charge par les internes sont supervisées par les praticiens seniors. Les internes bénéficient de formations spécifiques pendant leur premier mois de présence. Concernant la mise à disposition des documents, en complément de la gestion documentaire institutionnelle, il existe un livre de protocoles actualisé en temps réel par un médecin obstétricien. Néanmoins, la structure du dispositif documentaire ne permet pas toujours la sécurité de la prise en charge. Il existe un dispositif institutionnel structuré de gestion documentaire, mais à ce jour, les professionnels se réfèrent à des documents internes au service, validés et réactualisés. Les locaux sont conformes, adaptés et fonctionnels et correspondent à l'activité sur les deux sites de l'établissement. La proximité des services (lieu d'hospitalisation, service de néonatalogie) favorise le parcours patient, la continuité de la prise en charge des patientes et le lien mère-enfant. Une check-list des salles de naissances, des salles de réanimation nouveau-nés et des charriots d'urgence est réalisée journalièrement permettant la mise à disposition du matériel.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge des patients respecte les règles et procédures en vigueur à toutes les étapes de la prise en charge. La traçabilité est organisée et opérationnelle. Elle inclut les vérifications tels le nettoyage, la désinfection, la maintenance et le contrôle du matériel. La traçabilité du matériel est réalisée au moins une fois par 24h. Les zones de circulation sont définies. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures régulièrement actualisées et validées. La coordination entre professionnels est effective à travers le dossier de soin. Celui-ci suit la patiente tout au long du parcours. L'identification des patients est réalisée tout au long de la prise en charge. La mère et le nouveau-né sont identifiés grâce à la pose d'un bracelet. Le livret d'accueil est remis à la patiente au cours de la grossesse et est complété par des informations spécifiques concernant le déroulement de la grossesse et l'accueil à la maternité. L'intervention de professionnels compétents est requise si les situations de soins le nécessitent, notamment par le psychiatre ou le diabétologue. Une attention particulière est apportée à l'état psychique de la mère ainsi qu'au contexte social. Le psychologue voit systématiquement toutes les situations identifiées. Des instances opérationnelles sont mises en œuvre, notamment un staff quotidien permettant la revue des dossiers, un staff hebdomadaire pour la programmation de l'intervention au bloc. Celui-ci est suivi d'un staff d'actualisation des connaissances. Il existe un staff en vidéo transmission avec le CHU Rouan ayant pour objectif l'analyse des interruptions médicales de grossesses.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Le pôle recueille l'indicateur du risque lié à l'hémorragie postpartum. Ce recueil est complété par un audit dossier patient. D'autres audits sont réalisés comme l'étude de la sous-évaluation des anomalies du rythme par analyse de dossier 2 fois par an. L'EPP "analyse rythme, identification et surveillance du nouveau-né" concerne les deux maternités d'Evreux et de Vernon.

### A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels au regard des résultats obtenus notamment au cours des staffs hebdomadaires du vendredi. L'audit du dossier patient sur l'hémorragie postpartum a permis de réajuster le dossier. Après une RMM concernant la sous-évaluation des anomalies du rythme cardiaque fœtal, protocole code couleur rythme cardiaque a été mis en place. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.