



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE NON
CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DE
CHATEAUDUN**

**Route de jallans
Bp 10110
28205 Chateaudun**

AVRIL 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	34
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	43
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	48
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	52
GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION	58

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"> - P = Plan : prévoir - D = Do : réaliser - C = Check : évaluer - A = Act : agir ou réagir
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"> - <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels. 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). - <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels o Ou, écart indiquant une rupture du système. - <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> 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 o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE CHATEAUDUN	
Adresse	Route de jallans 28205 Chateaudun
Département / région	EURE-ET-LOIR / CENTRE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	280006909	GCS SIEL	34 rue du docteur maunoury Ch chartres 28000 CHARTRES
Entité juridique	280500075	CENTRE HOSPITALIER DE CHATEAUDUN	Route de jallans Bp 10110 28205 Chateaudun
Etablissement de santé	280503558	CENTRE HOSPITALIER DE CHATEAUDUN - SLD	Route de jallans Bp 10110 28205 Chateaudun
Etablissement de santé	280000662	CENTRE HOSPITALIER DE CHATEAUDUN	Route de jallans Bp 10110 28205 Chateaudun

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	/	/	12
MCO	Gyneco-Obstétrique	15	2	/
MCO	Médecine	100	6	/
SLD	SLD	40	/	/
SSR	SSR	50	/	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualitéAccréditation laboratoire COFRAC
Dépôts de sang - EFS/ARS Centre**Réorganisation de l'offre de soins**

Coopération avec d'autres établissements	GCS SIEL GCS Achat GCS télésanté centre Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) Communauté Hospitalière de Territoire entre les Centres Hospitaliers de Chartres, Nogent-le-Rotrou et Châteaudun (CHT) Réseau Régional de Cancérologie du Centre Conventions de centre associé pour activité de chimiothérapie Fédération de cardiologie inter hospitalière du Sud-Eurélien Réseau de soins périnataux de la région Centre Réseau de Prévention Main Centre Convention de coopération inter-hospitalière relative à la prise en charge des patients par la réanimation du CH de DREUX de patients provenant du CH de CHATEAUDUN Convention avec le Centre Hospitalier de Chartres, au titre de la permanence pharmaceutique Convention de coopération relative à la prise en charge des patients provenant de l'USC du CH de CHATEAUDUN par le service de réanimation du CH de CHARTRES Convention avec le CHR d'Orléans (CHRO) Convention portant sur le transfert des patients dont l'état de santé le nécessite entre USC du CH de CHATEAUDUN par le service de réanimation du CHRO et transfert des patients entre la réanimation médicale du CHRO et l'USC du CH de CHATEAUDUN Association des insuffisants rénaux de Beauce et Perche (AIRBP) Convention de complémentarité entre le CH de CHATEAUDUN et la Clinique SAINT-COEUR de VENDOME. Convention constitutive du réseau des urgences du territoire de santé d'Eure et Loir Convention de prise en charge des opérations de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables du Centre Hospitalier de Châteaudun par le Centre Hospitalier de Chartres
Regroupement / Fusion	Convention de directions communes : Châteaudun, Nogent-le-Rotrou, La Loupe.
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Reserves

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

Obligations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Recommandations d'amélioration

Droits des patients
Parcours du patient
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
Gestion du système d'information

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de Santé examine avec la Directrice Générale de l'Agence Régionale de santé dans quel délai l'établissement peut faire l'objet d'une nouvelle visite.
Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé dans un délai de 12 mois à compter de la notification de la décision de non 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 endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
FONCTIONS SUPPORTS
Gestion du système d'information

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine	Soins palliatifs	Programmé	Simple	MCO
2	Adulte	Endoscopie digestive	GASTRO ENTEROLOGIE	programmé	Simple	MCO
3	Adulte	Chirurgie ambulatoire	varices	Programmé	Simple	MCO
4	Femme/bébé	Gynéco-obstétrique	césarienne	Programmé	Simple	MCO
5	Femme/bébé	Gynéco-obstétrique	Césarienne en urgence	Urgence	Simple	MCO
6	Personne âgée	SSR	Affections de la personne polypathologique	Programmé	Simple	SSR

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
7	Personne Agée	USLD	Affections de la personne polypathologique		Complexe	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

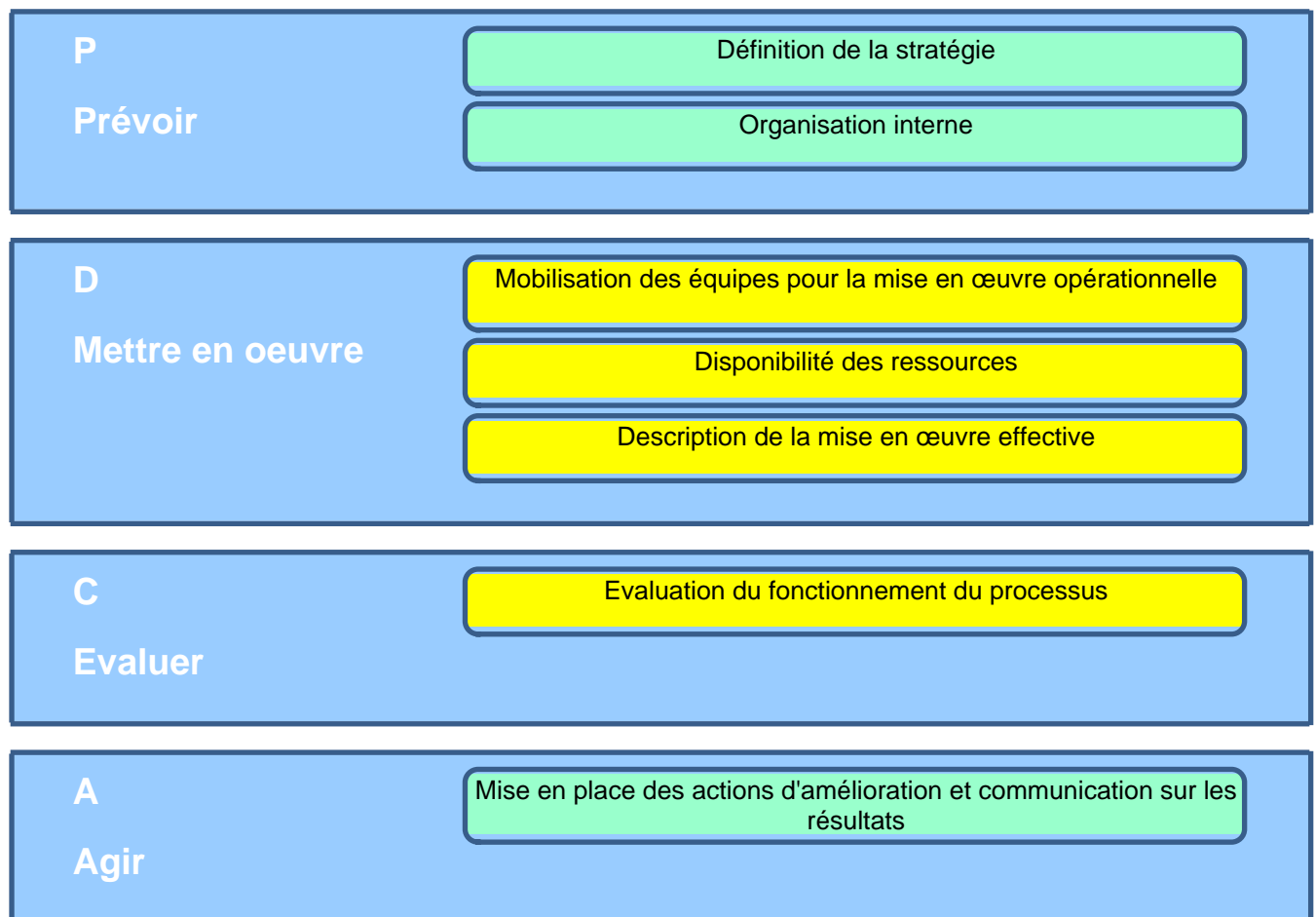
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier de Châteaudun est un établissement multi sites comportant un site principal de soins, un site EHPAD en ville et un site d'enseignement (IFSI). Il est placé sous une direction commune associant 2 autres établissements de santé publique (le CH de proximité de La Loupe et le CH de Nogent-le-Rotrou). Le site principal comporte des services de MCO, un service de SSR, une unité de SLD et un EHPAD.

La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est commune aux 3 établissements. Cette politique s'articule autour des orientations prioritaires suivantes :

- l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse avec le rôle essentiel du RSMQ et du contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux,
- l'organisation de la maîtrise des risques associés aux soins et les déclarations des événements indésirables,
- le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles avec la définition d'une politique et le suivi des démarches d'EPP,
- la mise en place de nouveaux outils (analyse de processus, patient traceur...) qui permettent de renforcer l'évaluation de la qualité de prise en charge du patient,
- le renforcement de la veille sur les droits du patient qui doit se poursuivre sur différents thèmes (bienveillance, information en cas de dommages liés aux soins, personne de confiance et directives anticipées),
- l'amélioration de la gestion documentaire et gestion des risques avec en perspective l'utilisation d'un logiciel commun.

Ces orientations ont été validées par les instances en 2015 et 2016 (Conseil de surveillance, CME, Comité stratégique qualité et gestion des risques, Directoire). Les représentants d'usagers ont participé à l'adoption de la politique d'amélioration qualité/sécurité des soins dans le cadre du Conseil de Surveillance. Cette Politique Qualité tient compte du bilan des analyses internes, des objectifs engagés dans le contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM), des différentes inspections et audits externes. Le CPOM 2012-2016 contractualise des objectifs visant à poursuivre l'amélioration de la qualité et sécurité des soins. Le Projet d'Établissement 2014-2018 a inscrit « La maîtrise des risques, la politique de sécurité et l'évaluation de la qualité » dans ses orientations stratégiques. Il contient de nombreux objectifs qualité dans sa partie prise en charge. Il consacre un chapitre à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et un autre à la politique du système d'information. Les trois établissements se sont mobilisés en commun pour élaborer le compte qualité, avec la mise en œuvre de plusieurs groupes pluridisciplinaires en y intégrant les indicateurs nationaux et locaux, des cartographies des risques a priori sur les secteurs sensibles des établissements, de patients traceurs et des analyses de processus sur chaque thématique obligatoire. Le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) reprend les risques identifiés dans le compte qualité et dans la précédente certification. Il contient les plans d'actions déclinés selon la méthodologie préconisée. Le PAQSS est validé par le Comité Stratégique de la Qualité et de la Gestion des Risques : il est mis à jour au fil de l'eau par le service Qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus et assurer une coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques. Le pilotage de la démarche qualité et de la gestion des risques est assuré par le comité stratégique qualité et gestion des risques. Il est commun aux 3 établissements et comprend les responsables des 3 établissements (Direction, Présidents de CME, RSMQ, directeurs des soins, directions qualité et coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins). Ce comité stratégique définit la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de la gestion des risques, et décline le programme annuel qui est présenté pour avis aux instances concernées. Les 3 établissements ont élaboré leur compte qualité sous la coordination de la direction de la qualité et gestion des risques. Un pilote, un copilote et un groupe de travail par thématique ont été désignés pour conduire l'analyse des processus, pour définir les risques et les cotations selon les grilles définies par les 3 établissements et construire et mettre en œuvre le plan d'actions en lien avec le responsable qualité référent de la thématique. Les rôles et responsabilités des pilotes et des professionnels sont identifiés et formalisés par des fiches de poste ou de mission. Les instances sont dotés d'un règlement intérieur (COVIRIS, CSH par exemple). La CDU assure ses missions réglementaires quant au respect des droits des usagers et contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Le Président de la CME assure la coordination de la gestion des risques associés aux soins. Un médecin généraliste occupe les fonctions de RSMQPECM. Toutefois, l'établissement ne dispose pas de toutes les compétences utiles. En effet, le coordonnateur n'a pas bénéficié d'une formation contrairement à l'engagement pris dans le plan d'action

présenté à la HAS après l'issue de la certification V2010. Par ailleurs, sa décision de nomination ne définit pas la quotité de temps consacré à l'exercice de ses missions. La coordination des vigilances est assurée par le comité de coordination des vigilances et des risques (COVIRIS). Une réunion bilan est organisée chaque année avec présentation du programme de l'année suivante. Une commission EPP commune aux 3 établissements est chargée du déploiement et de la mise en œuvre de la politique EPP, élaborée et validée en 2016. La veille réglementaire est assurée par la direction de la qualité avec redistribution des informations aux responsables des différents secteurs d'activité. Les situations de crise font l'objet de plusieurs procédures : plan blanc avec ses annexes NRBC, plan bleu, plan canicule. L'établissement a mis en place une démarche d'évaluation des risques a priori appropriée, opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement (cartographies des risques existantes). Un dispositif de gestion des événements indésirables est opérationnel : il permet une analyse des causes notamment profondes, en associant les acteurs concernés. La cellule de gestion des risques traite chaque semaine les fiches d'événements indésirables (lecture en commun des fiches, cotation de la criticité, réorientation vers les personnes ressources). Ces dernières procèdent si nécessaire à une analyse des causes profondes et proposent des actions d'amélioration. La charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables a été réactualisée en novembre 2017. Les plaintes et réclamations sont analysées et exploitées en impliquant les professionnels et les représentants des usagers. Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est organisé : l'établissement dispose d'un dépôt de sang et organise régulièrement des réunions du CSTH. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité : les personnels du service qualité apportent leur soutien méthodologique dans les différentes instances Qualité et dans la mise en œuvre des méthodes d'évaluation (EPP, REX, Patients traceurs...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels sont mobilisés sur le thème de la qualité et gestion des risques par le biais des instances et par la direction qualité. Les équipes de direction comprenant notamment les qualitéennes, l'encadrement soignant, le Président de la CME et certains médecins sont très impliqués et investies dans la dynamique qualité. Tout mouvement de ces personnes sur d'autres fonctions dans ou hors établissement serait de nature à fragiliser cette dynamique. En effet, l'appropriation de la démarche qualité et sécurité des soins n'est pas acquise par l'ensemble des professionnels ; une majorité de médecins n'est pas impliquée dans la démarche qualité :

- soit par désintérêt : absence des médecins dans les groupes de travail institutionnels qualité et gestion des risques, absence de médecins pendant la semaine de certification, absence des médecins concernés lors de RMM, non réponse à des demandes faites par la direction qualité (par exemple, le règlement intérieur des RMM n'est pas finalisé car les médecins n'ont pas transmis le recueil des situations médicales ou de soins pouvant déclencher une RMM), refus de prendre des responsabilités médicales (démission du président du CLUD, de la chefferie des urgences/anesthésie/obstétrique, pas de responsable du bloc opératoire) ;
- soit en raison d'un turn-over important dans les effectifs médicaux.

L'équipe de direction actuelle et le Président de la CME sont conscients de cette non implication, comme ils l'ont confirmé lors de bilans journaliers de la visite de certification ou lors de CME.

La déclinaison du PAQSS et du compte Qualité est faite au niveau des secteurs d'activité. Les secteurs d'activité utilisent une ou plusieurs méthodes d'analyses de pratiques professionnelles. L'encadrement soignant s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés sur les objectifs qualité et gestion des risques institutionnels ou du secteur d'activité par les ¼ heures/hebdomadaires qualité mis en place par la direction qualité depuis quelques mois et par l'encadrement du secteur d'activité. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin et mises en œuvre avec l'accompagnement des cadres des services et des professionnels du service qualité. Ces actions correctives sont identifiées par les membres participant aux différentes analyses (EPP) ou par le cadre du service. S'agissant de la gestion des plaintes et réclamations, les professionnels sont sollicités pour apporter des éléments de réponse à l'agent en charge des relations avec les usagers. Les professionnels et la CDU sont informés des courriers transmis aux plaignants.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les secteurs d'activité disposent des effectifs compétents leur permettant de mettre en œuvre leurs objectifs « qualité ». Dans les secteurs d'activité, on retrouve des référents dans plusieurs domaines. Les formations concernent notamment les méthodes d'analyse de causes profondes, la gestion des risques, la nouvelle gestion documentaire, les méthodes pour mener des CREX ou RMM, les vigilances, la formation des pilotes et co-pilotes des thématiques. Les personnels de la direction qualité ont des qualifications en matière de gestion de la qualité et des risques et suivent des formations sur la qualité et gestions des risques. Les nouveaux arrivants sont sensibilisés à la démarche qualité lors de l'accueil dans les secteurs d'activité. Les représentants des usagers ont bénéficié d'une formation sur le fonctionnement du CLIN. L'établissement met à disposition des professionnels des formulaires papier pour faire les

déclarations d'évènements indésirables. La gestion documentaire accessible sur intranet est connue des professionnels. Des ressources matérielles conformes et adaptés sont mis à leur disposition. Toutefois, le dispositif de gestion documentaire en place n'est pas connu par tous les professionnels. En effet, la procédure des procédures n'est pas respectée. Il a été constaté, lors de la visite, la création ou la mise à jour de protocoles ou de conduites à tenir sans date, sans signature au bloc opératoire et en endoscopie et par exemple. La gestion documentaire en chimiothérapie et en URC datées de 2006 n'est pas intégrée dans la GED institutionnelle.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les structures qualité et les pilotes des thématiques se sont mobilisés dans l'élaboration du compte qualité. Une démarche d'évaluation des risques a priori a été menée permettant l'élaboration de 19 cartographies des risques liés soit à la prise en charge du patient, soit à la vie hospitalière. Les professionnels participent aux actions de communication et d'informations régulières. Les EPP sont développées dans les services de façon pluridisciplinaires. Des EPP communes aux 3 établissements ou spécifiques au Centre Hospitalier de Châteaudun sont menés (2 EPP communes en 2016 et 2017 ; 16 EPP spécifiques en 2016 et 15 en 2017). Elles permettent de traiter différents thèmes et d'améliorer les pratiques professionnelles. La commission EPP et le service Qualité assurent l'accompagnement méthodologique auprès des professionnels souhaitant mettre en place des démarches de type EPP ou Patient traceur. Des retours d'expérience sont organisés au niveau institutionnel. Des RCP sont tenues entre le service de pneumologie et le CH de Chartres. Cependant, les analyses de la mortalité-morbidité sont peu développées. En effet, l'établissement a réalisé peu de RMM sur les 4 dernières années (9 dont 4 en 2017). La plupart des médecins sont peu engagés dans cette démarche alors qu'ils doivent faire face à des évènements indésirables graves ; ce non engagement est confirmé par les responsables médicaux et administratifs de l'établissement, comme l'attestent plusieurs comptes rendus de CME. Par ailleurs, certains médecins, bien que concernés par des EIG s'étant produits dans leur service, n'assistent pas aux RMM traitant de cet EIG. Enfin, contrairement à l'engagement pris dans le plan d'action présenté à la HAS à l'issue de la V2010, la procédure de mise en œuvre des démarches de RMM n'est pas finalisée, ni validée, ni diffusée. En 2016, 721 évènements indésirables ont été déclarés avec un suivi de leur traitement assuré par la cellule de gestion des risques : ils sont répertoriés par item et par service. Par ailleurs, l'établissement a dénombré 55 plaintes et réclamations en 2016. Des médiations ont lieu, parfois en présence de représentant des usagers. Les professionnels rencontrés connaissent les dispositifs de signalement et d'accès aux ressources documentaires. Des exercices ou des simulations sont organisés régulièrement pour tester l'efficacité des plans de crise ; des mises en pré-alerte réelles ont été gérées. Les procédures relatives à la transfusion et à la sécurisation du processus transfusionnels sont mises en œuvre.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la satisfaction des usagers est faite par un questionnaire de sortie institutionnel et par des questionnaires de satisfaction spécifiques à certains secteurs d'activité : la plupart ont donné lieu à une analyse des résultats. La CDU en est informée. L'enquête annuelle E-Satis n'a pas pu être exploitée, en 2016, en raison de problèmes techniques. Les indicateurs nationaux font l'objet d'un suivi et d'une analyse. L'établissement procède à des bilans annuels d'activité et à des suivis. Un bilan annuel des EI, vigilances et des secteurs à risques (incendie, électricité, fluides, air, eau) est présenté par le gestionnaire des risques en COVIRIS. Des audits (bracelet identification patient, audit du dépôt de sang par l'EFS) et des QUIZ (identitovigilance) sont réalisés. Un suivi mensuel de l'exécution du PAQSS est fait par le comité stratégique qualité. La cellule de gestion des risques examine chaque jeudi les EI déclarés. Cependant, l'établissement n'assure pas régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. En effet, bien que la direction qualité assure le suivi de certains indicateurs qualité (nombre de CREX, RMM, Patients traceurs, Audit, réalisations des plans d'action qualité), il n'existe pas un tableau de bord global qualité gestion des risques. De même, bien que la direction qualité ait produit en 2015 et 2016 un rapport d'activité de sa direction qui, outre le suivi de certains items, comprenait des réflexions de type forces/faiblesses, priorités/perspectives notamment en 2015, ces rapports ne constituaient pas un bilan de l'efficacité des actions contenues dans le PAQSS, établi en fonction des valeurs des indicateurs, contrairement à l'engagement pris dans le plan d'action présenté à la HAS pour lever une recommandation. Enfin, les mesures d'impact sont peu évaluées. De même, les conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins ne sont pas évaluées.

A / AGIR

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

La politique qualité et gestion des risques a été actualisée en 2016. Le programme qualité et gestion des

risques (PAQSS) contient le Compte qualité. Les actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux bilans et rapports d'activités annuels des différents instances et thématiques, suite à des visites d'inspections ou audits extérieurs, suite à des réflexions avec les professionnels (prescription de la contention par exemple). Les recommandations de la certification V2010, portant sur cette thématique, ont fait l'objet de plusieurs plans d'actions qui sont, en majorité, réalisés à ce jour. La communication sur les actions d'amélioration est faite par diverses voies (instances, journal interne « HOP Info », lettre mensuelle certification (commune aux 3 établissements), actions de communication des RAQ sur le terrain (1/4heure qualité hebdomadaire dans les services, affichage des IQSS, des résultats d'audit dans les couloirs, salles d'attente des services et self), site internet Scope-santé, journées sécurité patient.

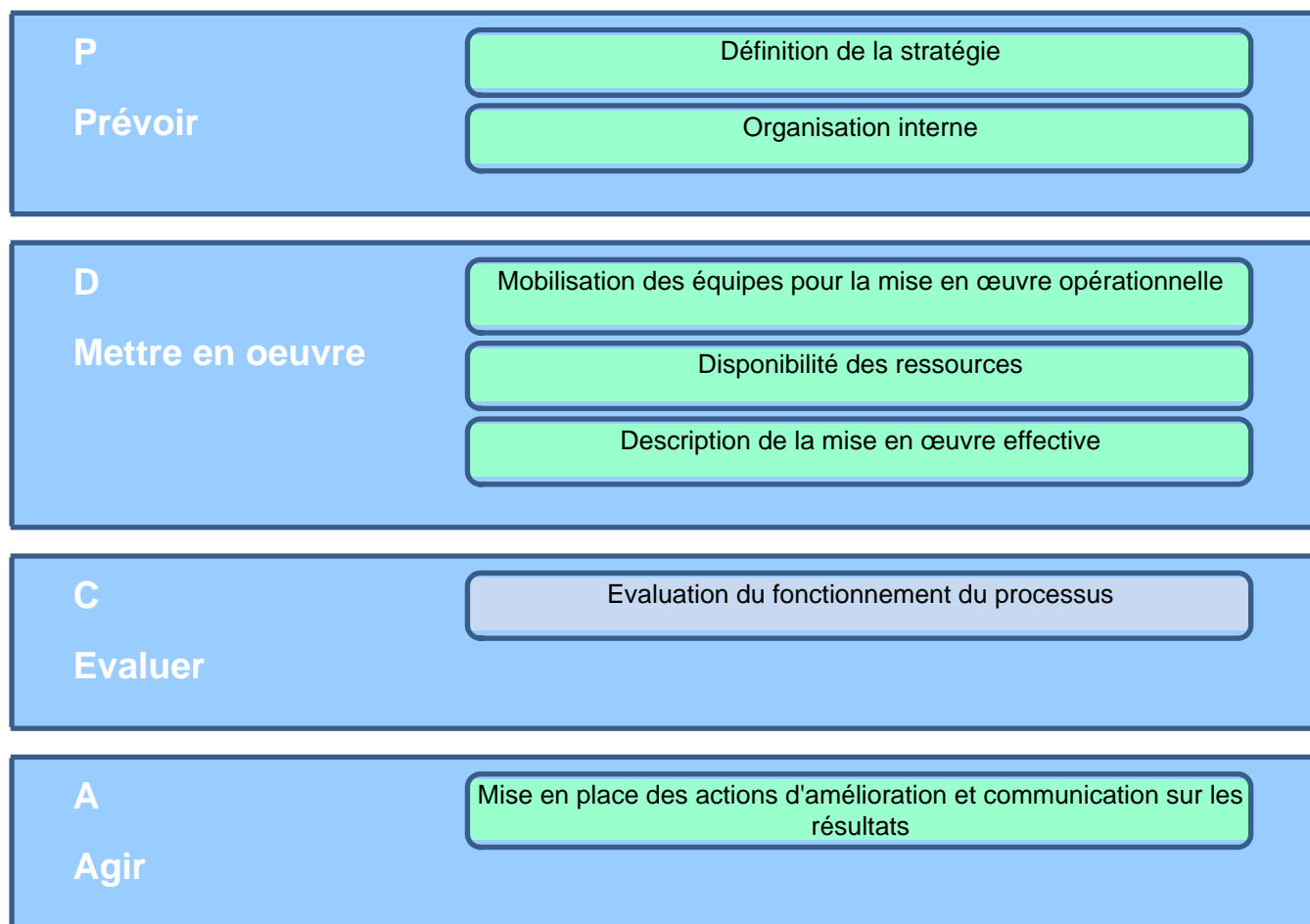
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 politique de maîtrise du risque infectieux est commune aux établissements de Nogent-le-Rotrou, La Loupe et de Châteaudun. Elle repose sur l'analyse des besoins et des risques identifiés dans l'établissement (5 risques communs et 5 risques propres au CH de Châteaudun), sur le respect de la réglementation, des orientations du programme national de lutte contre les infections associées aux soins (PROPIAS), de l'analyse d'indicateurs nationaux et d'indicateurs propres à l'établissement, et des attendus de la certification. Elle est en concordance avec le projet médical présenté dans le projet d'établissement 2014-2018. Elle se décline en 10 axes qui prennent en compte les différentes dimension de la maîtrise du risque infectieux et elle repose sur la prévention des infections associées aux soins : lutte contre les infections nosocomiales (IN), maîtrise de la diffusion des bactéries multi résistantes (BMR), le bon usage des antibiotiques (ATB), la consommation hydro-alcooliques (SHA), la gestion de l'air et de l'eau, le bio nettoyage, la gestion des épidémies. Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de la thématique de la gestion du risque infectieux est reporté dans le compte qualité et intégré au PAQSS institutionnel. Cette politique a été validée par la CME.

ORGANISATION INTERNE

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé. Le processus est piloté par un médecin hygiéniste (intervenant dans les 3 établissements) et une IDE hygiéniste formée. L'Instance de Consultation et de Suivi de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICSLIN) présidée par le Président de la CME est chargée de la coordination de la lutte contre les infections nosocomiales, de la mise en œuvre du programme et l'élaboration d'un rapport annuel d'activité. Une Équipe Opérationnelle d'Hygiène hospitalière (EOH), des correspondants en hygiène viennent compléter le dispositif. L'EOH développe ses actions de lutte contre les infections nosocomiales en fonction de ses missions réglementaires, des plans d'actions définis en interne, mais aussi à partir des enseignements des retours d'expérience lors de la survenue d'épisodes sanitaires comme les épidémies. L'IDE hygiéniste anime le groupe de référents en hygiène. Sa fiche de poste précise sa fonction transversale sur l'ensemble de l'établissement, en relation avec l'ISCLIN. Les référents hygiène sont les relais entre l'EOH et le terrain, et leurs missions consistent à présenter les nouveaux protocoles et transmettre des informations. Les référents sont le cœur du système avec un rôle de transmission d'informations descendantes et ascendantes. Le médecin hygiéniste et l'IDE hygiéniste de Châteaudun travaillent en réseau avec les établissements de Nogent-le-Rotrou et La Loupe, ainsi qu'avec le réseau CCLIN Centre et le réseau des Hygiénistes du Centre (RHC). L'établissement assure le bon usage des antibiotiques. Le référent antibiotique du CH de Châteaudun, membre de l'ISCLIN, travaille en collaboration avec les référents ATB des autres établissements partenaires. Ses missions, ainsi que sa collaboration avec le pharmacien et le microbiologiste sont formalisées et les modalités de réévaluation des antibiotiques sont organisées. L'organisation concernant le bionettoyage est définie en concertation avec l'EOH et la CME. On retrouve un dispositif structuré de gestion documentaire concernant la maîtrise du risque infectieux et les programmes de maintenance des infrastructures et du matériel permettent d'assurer la maîtrise du risque infectieux. L'information au patient est organisée. Un flyer en cas de BMR, BHRé est mis à disposition et une procédure en cas de dommage lié aux soins a été rédigée. Des programmes de formation sont élaborés et des actions de formation à la gestion du risque infectieux sont inscrites dans le plan de formation institutionnel 2016 et 2017. Les matériels et équipements nécessaires à la sécurité des patients et des professionnels (équipements de protection individuels, matériel sécurisé, produits de nettoyage...) sont mis à disposition. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels en lien avec la coordination de la gestion des risques, l'ISCLIN, l'EOH et les services techniques (l'IDE hygiéniste est consultée lors de travaux). Cependant, le fonctionnement de l'organisation en place n'est pas toujours formalisé. En effet, le règlement de fonctionnement de l'Instance de Consultation et de Suivi de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICSLIN), n'est pas rédigé. Le règlement de référence est celui du CLIN datant de 2004. De même, les missions des référents en hygiène des unités de soins ne sont pas formalisées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La démarche institutionnelle de gestion du risque infectieux est développée par le ICSLIN, et l'EOH, avec le relais de la direction des soins, des cadres et des référents hygiène dans les services. Le programme institutionnel est décliné dans les secteurs de soins. L'infirmière hygiéniste passe régulièrement dans les services pour sensibiliser le personnel, lui rappeler les bonnes pratiques et l'informer des nouveaux

protocoles. Des actions de formation régulières sont effectuées par l'IDE hygiéniste. Les professionnels des services sont sollicités pour participer à la réalisation d'audits, et à la rédaction de protocoles. L'IDE hygiéniste, en collaboration avec les cadres et le responsable du service intérieur pour le bionettoyage, s'assure de la conformité des pratiques mises en place en rapport avec les dispositifs prévus et aux procédures développées (audit hygiène des mains, ...). La formation des correspondants hygiène n'est pas spécifique à leurs missions. Ceux-ci ne bénéficient pas de formation spécifique qui leur permettrait de développer leurs compétences pour mener à bien leurs missions

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences des ressources humaines sont organisées et disponibles. L'IDE hygiéniste est à temps plein, le médecin hygiéniste à 0,10 équivalent temps plein et un temps de secrétariat à 0,20 ETP est dédié à la mission de lutte contre les infections nosocomiales. Dans les unités de soins l'objectif est d'avoir au moins 2 correspondants hygiène pour assurer la présence aux réunions et la continuité des actions. Des actions de formation des personnels sont mises en œuvre, y compris pour les nouveaux arrivants (session 3 fois par an). En 2016, des formations à l'hygiène des mains, à la lutte contre les infections nosocomiales, aux précautions standard et complémentaires, des informations BHRé, entretien des locaux, utilisation des produits de nettoyage, de pratique de bionettoyage, d'hygiène alimentaire ont été faites. Les représentants des usagers ont également bénéficié d'une formation à la lutte contre les infections associées aux soins. Un stand « hygiène des mains » a été organisé lors de la semaine sécurité en 2016. Des formations au bon usage des ATB, organisées par l'OMEDIT Centre ont été suivies par des praticiens hospitaliers, par le référent ATB et l'IDE hygiéniste. L'établissement assure le bon usage des antibiotiques : des ressources humaines sont disponibles (un référent antibiotique, un pharmacien et un microbiologiste), des outils sont diffusés (procédures). Des ressources matérielles et documentaires sont disponibles à tout professionnel: procédures, livret ATB, matériel de protection individuel, matériel sécurisé pour éviter les accidents d'exposition au sang... Le dispositif d'élaboration de procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux est mis en œuvre. Les documents opérationnels sont accessibles à tout moment par les professionnels via le logiciel de gestion documentaire. Les bilans, les tableaux de bord et les actions d'amélioration complètent la gestion documentaire. Des locaux de rangement et de stockage sont identifiés dans les services et au sein de l'établissement comme par exemple pour le tri des déchets.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Avec l'IDE hygiéniste et les référents hygiène, les services de soins mettent en œuvre les organisations prévues pour la maîtrise du risque infectieux. La réévaluation des ATB est réalisée dans les services informatisés. L'établissement assure le bon usage des antibiotiques : des actions sont mises en œuvre (formation et communication), ainsi qu'un dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques (suivi d'indicateurs). Chaque secteur de soins de l'établissement met en œuvre les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que les procédures d'hygiène des locaux établies en lien avec l'EOH (les matériels sécurisés sont utilisés, précautions standards et complémentaires sont respectées). En cas d'isolement contact de patient, les affiches sont apposées sur toutes les portes des chambres, les pratiques sont respectées (selon le statut infectieux du patient: port de gants, de masque, sur blouse, mesures spécifiques pour l'élimination du linge...), les visiteurs éventuels sont informés. Le travail collaboratif et la communication sont une réalité observée au cours des visites des services. Cependant, les actions de prévention du risque infectieux ne sont pas toujours mises en œuvre. Les locaux à DASRI dans les services de soins ne sont pas fermés à clé et les portes d'accès au bloc opératoire sont en bois, ce qui facilite l'infection manu portée. Les brancards venant des services pénètrent dans le bloc sans désinfection particulière.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure des évaluations concernant la gestion des RI, il participe au recueil d'informations réglementaires permettant le calcul du score agrégé. Des audits annuels sont réalisés, par exemple des audits de pratique sur le lavage des mains. Des EPP sont suivies : surveillance des Infections du Site Opératoire (ISO) avec le RHC et C-CLIN Ouest, suivi des accidents d'exposition au sang (AES) avec le réseau RAISIN, entretien des locaux, enquête régionale qualité du linge, hygiène des mains sous forme de quick audit, conformité de la réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72h dans le logiciel de prescription informatique. Les résultats des audits sont transmis aux cadres de santé pour diffusion. Le bilan annuel de l'ICSLIN est présenté en CME, à la Commission des Usagers (CDU), la Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et médico-technique (CSIRMT), au Comité d'Hygiène et des Conditions de Travail (CHSCT). Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux évaluations réalisées et aux résultats obtenus.

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

Les actions d'amélioration sont intégrées et articulées avec le programme QGR institutionnel. La politique de gestion du risque infectieux et le PAQSS sont en partie réajustés en fonction des résultats des indicateurs et du suivi du plan d'action associé. Des actions de réajustement sont prévues par l'ICSLIN, et les plans d'action sont actualisés par l'infirmière hygiéniste. Des supports et modalités de diffusion sont établis pour les professionnels (réunions, notes de service, affichages, diffusion des comptes rendus) et pour les usagers. Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés à l'entrée de l'hôpital et consultables sur le site internet de l'hôpital.

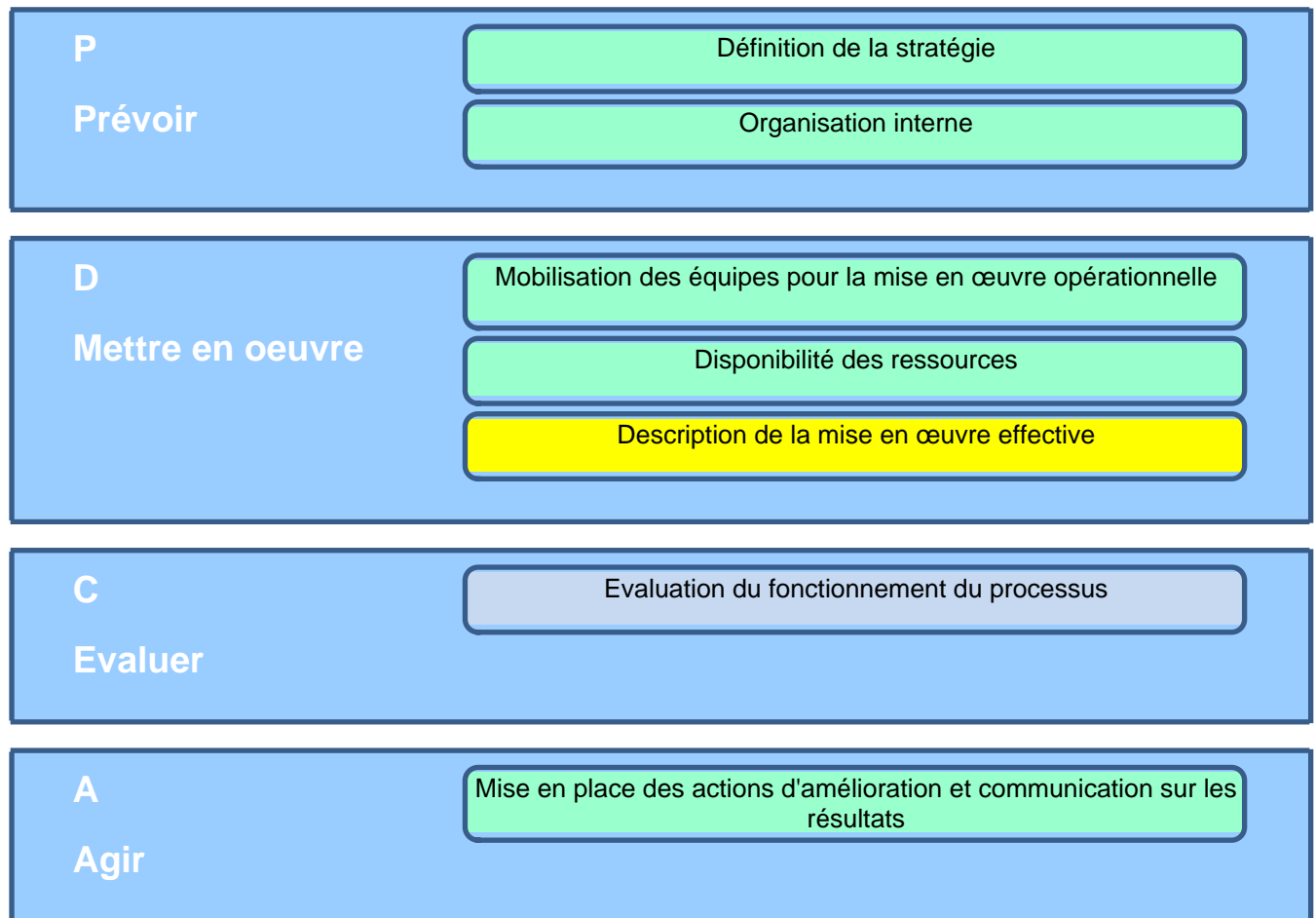
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique des droits du patient formalisée et détaillée dans le projet de soin du projet d'établissement pour la période 2012-2016. Une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte et d'une analyse des risques propres au CH de Châteaudun et des établissements du GHT est mise en œuvre. Cette politique a été réactualisée en octobre 2017. Les droits du patient y sont formulés en termes d'engagement de l'institution vis à vis des personnes accueillies au sein de la structure. Cette stratégie, validée en CME est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Elle tient compte de l'évaluation des risques identifiés et priorités. Une cartographie des risques liés aux droits du patient a été définie et les risques prioritaires inscrits dans le compte qualité de l'établissement. L'analyse des risques a été réalisée avec une méthode d'évaluation validée et sa mise en œuvre encadrée par la responsable qualité. Les représentants des usagers sont associés à la gestion du processus et à l'analyse de la gravité des événements indésirables.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a organisé le pilotage de ce processus. Le directeur et l'assistante en charge des relations avec les usagers et les associations assurent respectivement les fonctions de pilote et de copilote. Les rôles et responsabilités du copilote sont identifiés et formalisés dans un lettre de mission. Ce professionnel bénéficie en outre d'une fiche de poste. Au regard des missions du Centre hospitalier de Châteaudun et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources nécessaires en termes de moyens matériels et humains. La commission des usagers est en place. L'hôpital a prévu et organisé la formation des professionnels aux droits des patients. Le domaine de la bientraitance, la dignité et l'intimité du patient, la confidentialité, les libertés individuelles sont des thèmes abordés. Un dispositif de gestion documentaire est en place et accessible par le biais d'un logiciel spécifique. L'information du patient sur ses droits et les missions de la CDU sont organisés. L'organisation et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins est encadré par une procédure. Les projets de prise en charge, l'organisation du parcours de soins prévoit le respect des libertés individuelles. L'établissement a organisé l'achat et la mise en place de rideaux permettant de préserver l'intimité des patients dans les chambres à 2 lits. Par ailleurs, l'organisation de la prise en charge du patient permet le recueil de son consentement éclairé et le cas échéant son refus de soin. L'établissement a mis en place une fiche de traçabilité qui permet de relever les coordonnées de la personne de confiance et l'accord de cette dernière si le patient a souhaité désigner une personne de confiance. Le document comporte la traçabilité de la démarche du professionnel quelle que soit la décision de la personne hospitalisée. Les droits du patient sont pris en compte dans le fonctionnement interface avec la CDU, les professionnels internes et externes. L'établissement a prévu des procédures prenant en compte et assurant la promotion de la bientraitance au sein de l'institution. Cependant, il n'existe pas de procédure de gestion des cas de maltraitance. En effet, il n'existe pas de procédure globale de prise en charge par l'établissement des cas de maltraitance, les modalités de déclaration externe notamment. Les professionnels sont toutefois encouragés à déclarer en interne les cas de maltraitance éventuellement portés à leur connaissance.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins liés au processus relatifs aux droits des patients, l'encadrement de chaque secteur organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels sur cette thématique. Les responsables du secteur sensibilisent les équipes sur les risques identifiés, notamment vis à vis des personnes vulnérables. Le processus droit des patients incrémente l'ensemble des processus dans lesquels les professionnels sont impliqués. Les résultats d'évaluations ou de traitement de déclarations d'évènements indésirables sont portés à la connaissance des professionnels lorsque ces données procèdent ou impactent, leur action. Les cadres s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées si des dysfonctionnements sont constatés directement ou relevés lors des plaintes et réclamations ou des mesures d'impact. L'établissement sous l'impulsion des cadres engage un travail de réflexion sur la thématique de la contention.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels sont sensibilisés et formés au respect des droits du patient. Les locaux comportent des chambres à 2 lits et la pratique des professionnels vise à préserver l'intimité des patients. Les

échanges confidentiels sont effectués au mieux en tenant compte de ces difficultés architecturales. La documentation nécessaire au fonctionnement du processus est accessible par voie électronique. Des documents sont remis aux patients. Le livret d'accueil du patient décline l'ensemble des droits du patients. Ces droits ne sont pas seulement cités mais font l'objet d'une présentation pédagogique permettant au plus grand monde de comprendre les différents thèmes abordés. Le rôle de la CDU, la définition et les modalités de désignation d'une personne de confiance, les directives anticipées sont notamment des thèmes abordés. Des documents d'information sur différentes pathologies sont également accessibles. Des actions d'information pilotées par des intervenants externes sont également organisées (Lutte contre le cancer par exemple).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre l'organisation nécessaire pour le respect des droits du patient lors de la mise en œuvre des soins somatiques et relationnels. Le fonctionnement interface entre secteurs de prises en charge, patients et CDU est opérationnelle. La CDU est mobilisée et les représentants des usagers sont impliqués dans leur mission. La traçabilité des actions est assurée le plus souvent. Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont engagées dans les pratiques professionnelles. Cependant, les restrictions de liberté ne font pas toujours l'objet d'une réévaluation périodique tracée. En effet, la réévaluation de la contention n'est pas retrouvée dans les dossiers patients examinés lors de la visite. Le patient traceur effectué dans le secteur personne âgées confirme ce constat. Le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène, et dans les conditions d'hébergement est recherché. Pour exemple, l'établissement a procédé à l'achat de paravents pour les chambres à 2 lits, nombreuses dans l'établissement. Cependant, la confidentialité des informations relatives aux patients n'est pas toujours assurée. On retrouve des dossiers patients sur un chariot ouvert et un écran d'ordinateur ouvert comportant la liste des patients dans le couloir du service sans présence des professionnels. La porte des archives des endoscopies est ouverte, les dossiers de patients sont stockés dans une armoire située dans les circulations du service et les portes de ce placard ne sont pas verrouillées. L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent, notamment lors de l'accompagnement des fins de vie est pris en compte.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des droits du patient sur la base d'outils identifiés. Ainsi, l'évaluation périodique du respect des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage est réalisée par l'exploitation des questionnaires de sortie et l'exploitation des événements indésirables notamment. Les questionnaires de sortie font l'objet d'une exploitation, le taux de retour se situe aux alentours de 4.9% en 2015 et à 7.2% en 2016. Le rapport annuel de la CDU est réalisé et transmis à l'ARS. Il comporte une analyse détaillée des actions menées. Enfin, un bilan annuel de l'expression des usagers est conduit. Il prend en compte les réclamations, l'accès au dossier et le questionnaire de sortie. Des actions d'amélioration du dispositif au regard des résultats obtenus sont menées.

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 chaque fois que nécessaire. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers dans le cadre de la CDU.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

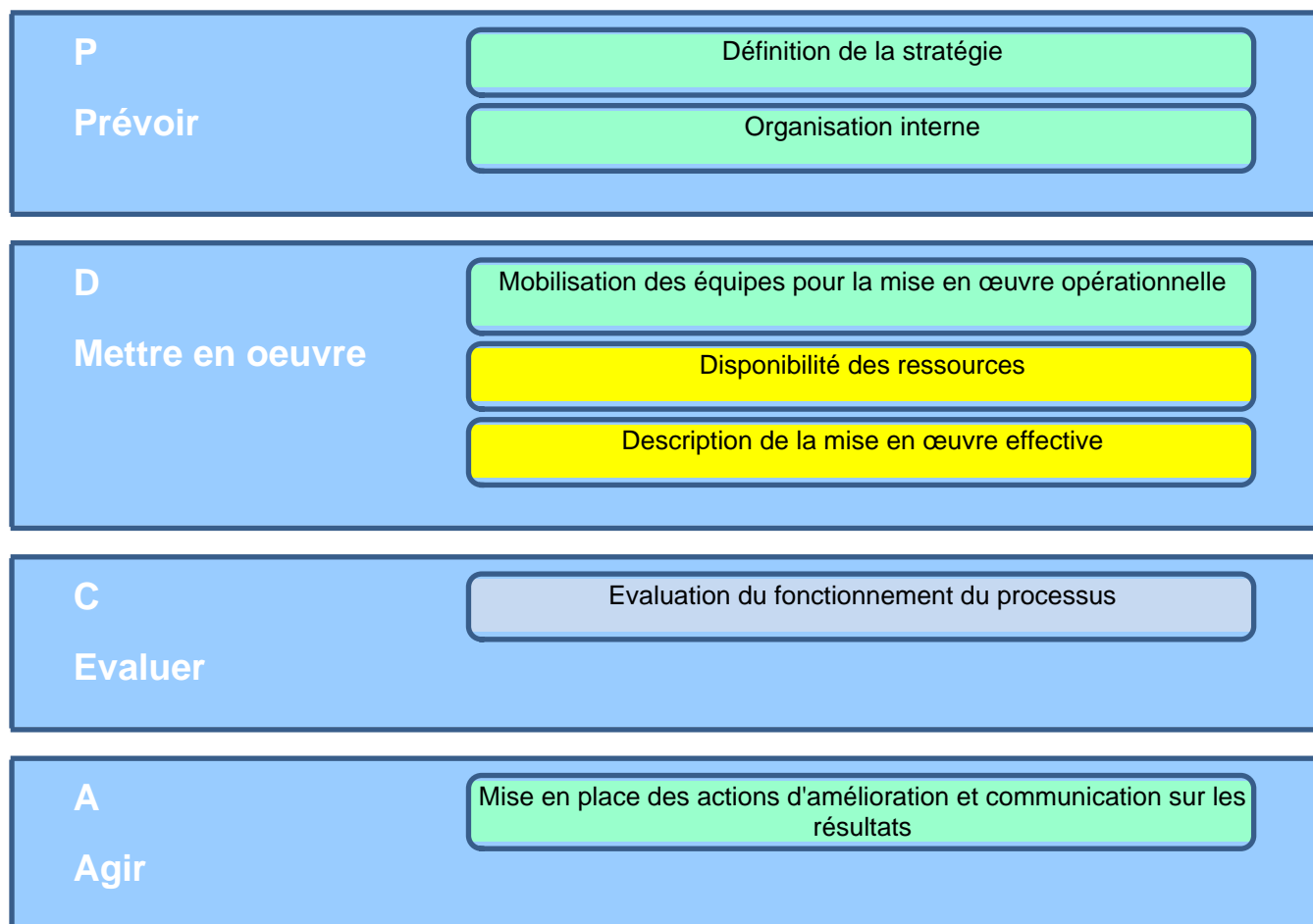
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La prise en charge des patients s'effectue dans le cadre d'une gestion à direction commune constituée avec les Centres Hospitaliers de la Loupe et de Nogent-le-Rotrou. Elle a pour but la mise en place d'une stratégie médicale commune au travers de la rédaction d'un projet médical de territoire impactant le parcours patient. Le Centre Hospitalier de Châteaudun est le seul établissement à compétence sanitaire générale pour tout l'arrondissement et le sud du territoire de santé de l'Eure-et-Loir. Il dispose de 109 lits de court séjour dont 6 lits de soins palliatifs identifiés. On compte notamment 90 lits de SLD et SSR, 12 places d'ambulatoire (2 IVG et 10 UHA) et 4 lits d'HDJ en pneumologie. Le Centre Hospitalier prend également en charge les soins aux détenus du Centre pénitentiaire de Châteaudun. L'établissement accueille les patients relevant de disciplines médicales (pneumologie, cardiologie, médecine générale et de gynécologie, maternité de niveau 1). Il assure, par ailleurs, la prise en charge des personnes âgées en SSR et SLD en complémentarité d'une prise en charge en EHPAD. Il dispose d'un plateau technique de première intention, qui regroupe les services de médecine d'urgence, d'imagerie médicale, ainsi que la pharmacie à usage intérieur. Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte et d'une analyse des risques propres au Centre hospitalier de Châteaudun. La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population dans le cadre des missions définies dans le cadre du CPOM. Cette stratégie, validée par la CME, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé dans le cadre du projet d'établissement et le compte qualité. Il existe une analyse des risques commune aux 3 établissements de santé. Une politique commune du parcours patient est définie. Ces établissements se sont engagés dans l'élaboration d'un compte qualité commun qui devient l'outil essentiel de pilotage à la disposition de tous les professionnels. Il existe un lien avec le programme d'actions qualité de l'établissement. Le compte qualité fait état pour le parcours patient de risques spécifiques essentiellement axés sur la prise en charge en gynécologie-obstétrique et de risques communs. La priorisation de ces risques est effectuée sur la base d'une méthode validée.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus avec désignation des pilotes de processus et identification de leur mission. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Il existe un dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge et l'orientation des personnes se présentant pour une urgence. Ce dispositif est mis en œuvre dans le service des urgences ou en maternité et gynécologie pour les urgences directes. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires à son fonctionnement. L'établissement tente de compléter son offre de soins par des consultations spécialisées de télé-médecine. Ce projet n'est pas encore opérationnel. Un dispositif de formation est en place pour le maintien et le développement des compétences. L'établissement définit les règles de présence et un système de gardes et astreintes afin d'assurer la permanence des soins 24h/24. Cependant, l'organisation ne permet pas la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources médicales nécessaires pour assurer la sécurité des patients. Un seul anesthésiste est présent 24h/24 sans repos de sécurité jusqu'à 7 jours d'affilée. Cette organisation impacte la planification des vacances chirurgicales qui ne peut programmer que des actes sans anesthésie 2 jours par semaine afin de pouvoir assurer les consultations pré-anesthésiques. De même, en cas d'urgence obstétricale, l'anesthésiste doit interrompre son activité en cours. Le Centre hospitalier dispose des locaux répondant aux besoins des prises en charge. La gestion documentaire comporte les procédures et protocoles nécessaires à la prise en charge des patients. Elle est accessible par voie électronique et permet l'atteinte documentée des objectifs de soins. Outre la Communauté Hospitalière de Territoire, le Centre Hospitalier de Châteaudun est engagé dans une démarche de coopération territoriale dans plusieurs autres domaines. Pour la biologie médicale : le laboratoire d'analyses médicales avec une convention de partenariat signée, l'adhésion de la maternité au Réseau Périnatalité du Centre, l'adhésion aux 3C (Centre de Coordination en Cancérologie en Eure-et-Loir). Pour la chirurgie : la Clinique du Saint-Coeur de Vendôme dans le cadre de la permanence chirurgicale ainsi que la chirurgie ambulatoire. Le Centre Hospitalier de Chartres dispose des compétences qui en font l'établissement de référence dans de nombreux domaines. L'organisation interne prend donc en compte ces partenariats. Au sein de l'établissement, un dispositif adapté de prise en charge des urgences vitales est organisé. L'organisation de la prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est effective. Un dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est en place notamment sur le service de soins du centre pénitentiaire.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et des besoins définis dans le cadre du parcours patient, les cadres de chaque secteur organisent sur le terrain les prises en charge et les orientations s'inscrivant dans la démarche du projet médical institutionnel. Des objectifs et plans d'action opérationnels sont mis en place chaque fois que nécessaire. Les responsables du secteur sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés, pour une part, au compte qualité. L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques de prise en charge par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin, notamment lors de dysfonctionnements, plaintes, réclamations et évènements indésirables signalés dans les F.E.I. Le déploiement de l'éducation thérapeutique du patient fait l'objet d'une identification des besoins. Bien qu'il n'existe pas de programme autorisé par l'ARS, au sein de la structure, les équipes sont mobilisées pour accompagner les patients, notamment dans le cadre du médicament (AVK, insulines).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les locaux et matériels permettent une prise en charge adaptée aux patients reçus. Toutefois, la prise en charge des patients appartenant à une population spécifique n'est pas toujours adaptée : lors d'un patient traceur, il a été constaté qu'un patient âgé et obèse ne disposait pas d'un lit adapté à sa corpulence. La documentation nécessaire au fonctionnement du parcours patient est disponible et actualisée dans les unités de soin. La documentation validée sur le plan institutionnel est accessible par voie informatique. Les ressources mises à disposition assurent l'adéquation qualitative et quantitative aux besoins des prises en charge paramédicales. Les effectifs paramédicaux, socio éducatifs permettent d'assurer la continuité de la PEC des patients. Les professionnels bénéficient de formations mises en œuvre dans le cadre des plans de formation annuels. Cependant, les formations sur la douleur ne couvrent pas l'ensemble des besoins de la thématique. Certains professionnels ne maîtrisent pas l'usage des différents outil d'évaluation de la douleur, notamment dans le secteur personne âgée. Ce point a été évoqué lors de visites de terrain. Par ailleurs, pour un patient traceur aucune évaluation de la douleur n'a été retrouvée dans le dossier. L'établissement dispose pourtant de plusieurs professionnels, médecins, infirmiers, aide soignant, psychologue, titulaires du DU. Cette ressource en compétence n'est pas utilisée sur le secteur de médecine notamment pour organiser des actions de formation ou des activités de référent. De même, tous les professionnels du soin ne bénéficient pas d'une formation actualisée de la prise en charge des urgences. En effet, bien que l'établissement ait inscrit dans son plan de formation ce type de formation, plusieurs infirmières du service des urgences et des unités d'hospitalisation n'avaient pas effectué le recyclage de la formation AFGSU de niveau 2. Ces professionnels n'avaient pas bénéficié d'autres formations sur cette thématique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre l'organisation établie pour le fonctionnement interface avec les services internes et prestataires externe. 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. Cette évaluation est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge. La prise en charge repose sur des réunions pluri-professionnelles et/ou pluridisciplinaires notamment dans le secteur des personnes âgées. Cependant, le projet de soins n'est pas toujours retrouvé. A l'exception du secteur de prise en charge de la personne âgée, le projet de soins issu de la collaboration des professionnels concernés n'est pas formalisé même si le patient fait l'objet d'une prise en charge effective. La participation du patient et, s'il y a lieu, celle de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est effective même si les contours d'un projet de soins ne sont pas toujours formalisés dans le dossier. Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient. Le DPI facilite ce recueil. Cependant, la traçabilité des actions et activités n'est pas toujours assurée. En effet, lors du patient traceur effectué en soins palliatifs, il a été constaté que l'évaluation initiale est incomplète et ne comporte pas les antécédents, le risque suicidaire et l'évaluation bénéfice risque. Les observations médicales sur ce dossier de patient traceur ne sont, de plus, pas régulières. La traçabilité de la douleur n'est pas toujours assurée. L'évaluation initiale, en cours de séjour et la réévaluation de la douleur ne sont toujours effectuées et tracées. Ce que confirme la lecture de certains dossiers de patients et les échanges avec les professionnels rencontrés. Les services dotés du DPI assurent une traçabilité plus complète. La traçabilité de l'identité de la personne de confiance est retrouvée d'une manière inconstante. La recherche de la volonté du patient de déposer ses directives anticipées n'est pas toujours effectuée. On ne retrouve pas, le plus souvent, de traçabilité de cette recherche. Au sein du centre de détention, les équipes du CH de Châteaudun dispensent les soins aux personnes détenues dont l'état de santé ne nécessite ni hospitalisations ni examens en milieu hospitalier. Dans ce cadre, il revient au Centre Hospitalier de Châteaudun d'assurer l'ensemble des prestations ambulatoires relevant de la médecine générale, des soins dentaires, des consultations spécialisées et de mettre en place une permanence des soins. Le Centre Hospitalier de Châteaudun met à disposition le personnel de l'équipe somatique. Le dépistage du risque suicidaire fait l'objet d'une collaboration étroite avec le service pénitentiaire. Une commission a été mise en place et réunit mensuellement les services pénitentiaires, l'équipe médicale et l'assistante sociale pour dépister les risques et mette en place des mesures de prévention.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sur la base d'outils identifiés. Les indicateurs nationaux sont relevés à l'exception d' E-satis en 2015 déjà évoqué dans les droits du patients. On retrouve des EPP dans le secteur médical et dans le domaine de la prise en charge de la personne âgée. Plusieurs EPP on été initiées récemment en 2016 et 2017 et se trouvent encore en étape 1 ou 2. Des RMM ont été menées notamment en gynécologie-obstétrique, aux urgences et en pneumologie. Les professionnels rencontrés déclarent les évènements indésirables et sont le cas échéant associés à l'analyse et informés du suivi en fonction de la problématique soulevée. A la suite des évènements indésirables, dans le cadre du suivi des actions du compte qualité, des actions d'amélioration sont mises en œuvre. Les RMM ont permis, après analyse, de préconiser des modifications de prises en charge des patients en lien avec le problème identifié.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont intégrés dans le plan d'action de l'établissement. En fonction de leur nature, les membres de la CDU et notamment les représentants des usagers sont informés des améliorations apportées dans le cadre de la prise en charge des patients.

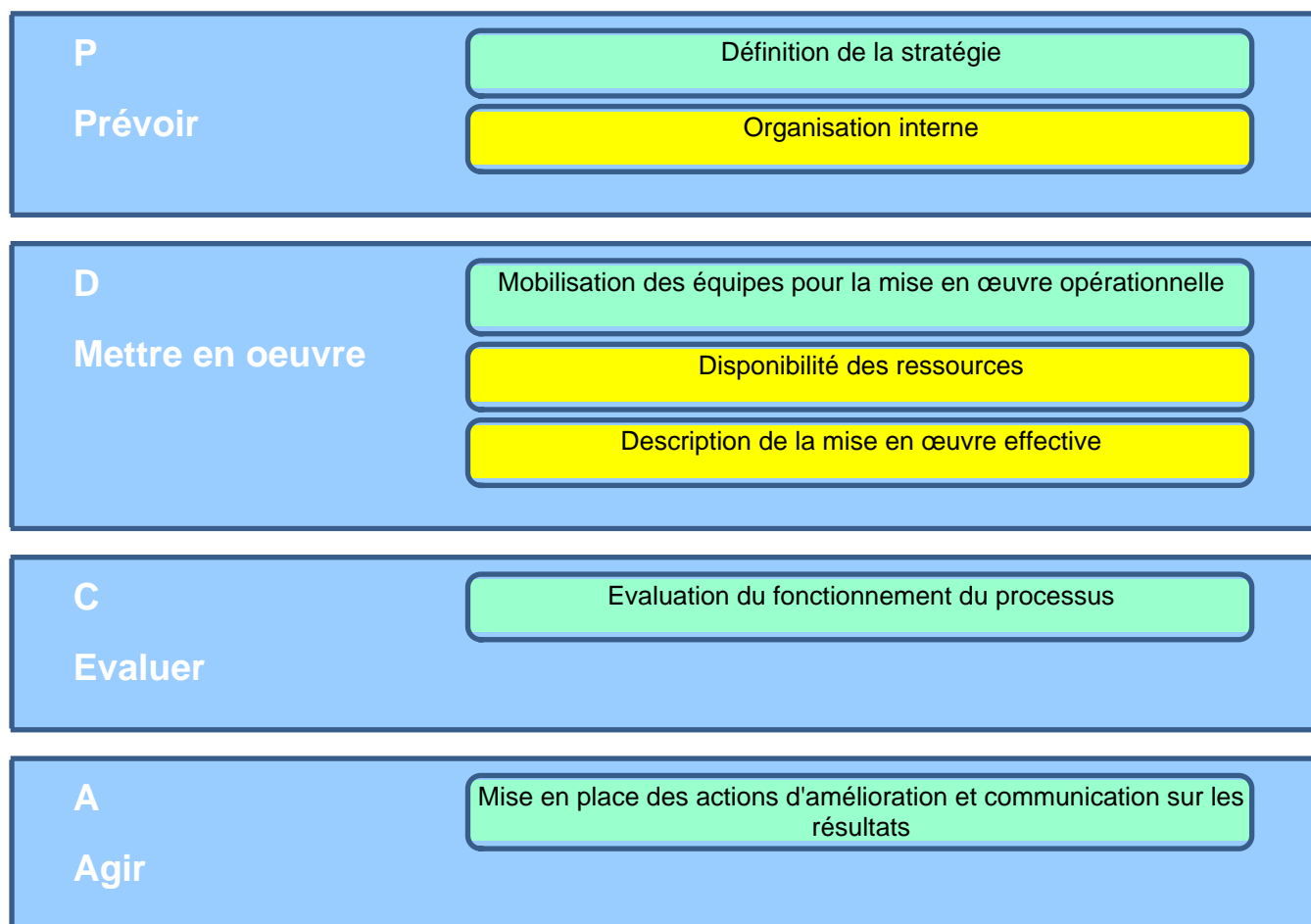
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Projet d'Établissement (2014-2018) consacre un chapitre au dossier patient qui a pour vocation à être totalement informatisé. Dans son compte qualité, l'établissement a procédé à une analyse des risques en prenant en compte notamment la précédente certification, les indicateurs nationaux relatifs à la tenue du dossier patient et les évaluations internes (délais d'accès au dossier, nombre de demande de dossiers). A partir d'une cartographie processus et une cartographie des risques, faites en commun par les 3 établissements liés par une convention de direction commune (CH La Loupe, CH Châteaudun, CH Nogent-le-Rotrou), le compte qualité a retenu 5 risques : il comporte 8 plans d'actions qui ont été définis par le groupe de travail « dossier patient ». Ces plans d'action, intégrés dans le PAQSS, comportent les éléments structurants attendus (date de début, échéance, modalités de suivi, nom du référent responsable...). Ils ont été validés par le comité stratégique Qualité et la CME, et présentés aux instances de l'établissement.

La politique du dossier patient a été élaborée et validée très récemment par la CME. Une réflexion sur le système d'information et sur le dossier patient est menée actuellement à plusieurs niveaux (GHT 28 et Région Centre Val de Loire).

ORGANISATION INTERNE

En vue de la visite de certification, un pilote et un copilote ont été nommés pour animer la thématique dossier patient. Un comité de pilotage pour le déploiement du dossier patient informatisé est en place. Une IDE est la référente du Dossier Patient Informatisé (DPI). Ces professionnels disposent d'une fiche de mission ou d'une fiche de poste. Toutefois, le pilotage de la gestion du dossier patient n'est pas organisé de façon pérenne. En effet, il n'existe pas de comité de pilotage stratégique ou de pilote pérenne désigné formellement visant à assurer la bonne application de la politique du dossier patient et la cohérence globale du dispositif « Dossier du Patient ». Les professionnels rencontrés ont conscience du problème. L'établissement n'a pas identifié ce risque dans son compte qualité. La gestion des archives est assurée par un service placé sous la responsabilité d'une secrétaire médicale coordinatrice : un règlement intérieur des archives est en place. Les règles d'accès au dossier patient sont définies : habilitation des professionnels dans le respect de leur profil métier, identification des personnes référentes pour assurer l'accès au dossier patient dans le respect des délais définis. Il est mis à disposition des professionnels des outils et des formations pour la gestion du dossier patient. Toutefois, les règles de tenue du dossier patient ne sont pas totalement formalisées, ni diffusées. Contrairement à l'engagement pris dans le plan d'action présenté à la HAS à l'issue de la certification V2010, le guide de gestion du dossier patient n'est pas encore terminé, ni validé, ni diffusé. De même, les règles relatives à l'accès au dossier transfusionnel archivé au laboratoire, bien que définies et formalisées ne sont pas encore mise en applications : elles doivent l'être dans les semaines suivant la visite de certification. Un dispositif de gestion documentaire est en place via un logiciel de GED institutionnelle. Il comporte des procédures, des fiches techniques et des formulaires. La référente du DPI organise des formations sur le dossier patient informatisé. Dans le cadre du dossier informatisé, des modalités de fonctionnement en mode dégradé sont prévues. Des formations sur la recherche des dossiers aux archives sont organisées. La direction du SI et les prestataires externes assurent la maintenance des logiciels et matériels nécessaires au bon fonctionnement du dossier patient informatisé. L'informatisation du dossier patient est organisée à partir d'un logiciel d'admission et de facturation et d'un logiciel dossier patient médical et soignant. Certains modules du dossier patient informatisé (prise en charge médicamenteuse, transmissions ciblées, surveillance des constantes, CR de sortie) sont déployés sur 5 services ; d'autres modules le sont dans tous les services (prescription d'imagerie, dossier social). Dans les services dans lesquels le dossier patient n'est pas déployé, il existe un dossier papier. En cas de mutation, le dossier patient ou une fiche récapitulative sur l'état de santé du patient circule entre les professionnels. L'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès est organisé. Les circuits sont définis entre le moment de la création du dossier patient et son archivage, et entre les différents secteurs de l'établissement (MCO, SSR, USLD, UHA).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables des secteurs d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières lors des transmissions soignantes). Les campagnes IPAQSS sur la tenue du dossier patient et la réalisation de patient traceur contribuent à cette sensibilisation. Un référent dossier patient informatisé est en place sur l'établissement. Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les actions d'amélioration sur le dossier patient informatisé sont menées en concertation avec les

professionnels des services et la référente DPI.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation) sont effectives dans les secteurs d'activité. La référente DPI est formée lors des modifications du logiciel DPI. Elle assure la formation des personnels lors des nouvelles versions du logiciel DPI. Une formation sur la recherche des dossiers archivés et sur la mise en place des nouvelles procédures a été dispensée à 40 agents sur 3 mois par la responsable des archives. Les personnels de remplacement reçoivent un code d'accès au dossier patient à leur arrivée. Ils peuvent être doublés pendant une journée. L'information et la formation sur le dossier patient sont assurées par le cadre, leurs pairs. L'accès au dossier patient par les professionnels est sous habilitation en fonction de leurs profils. Chaque professionnel signe une charte d'utilisation des ressources informatiques. Pour accéder au DPI, les professionnels disposent d'un login et d'un mot de passe qui est changé régulièrement. La documentation est accessible sur la GED institutionnelle : les procédures, les fiches techniques et des formulaires notamment, y sont disponibles. L'archivage des dossiers patients se fait soit sur un serveur de sauvegarde, soit dans plusieurs locaux dédiés selon l'ancienneté des archives et accessibles aux seuls personnels autorisés 24h/24. La sauvegarde informatique du DPI se fait toutes les 2 heures sur le 2ème serveur. En cas de panne informatique dans les services, une procédure dégradée est mise en œuvre : poste dédié à la procédure dégradée par service, classeur contenant les documents papier essentiels pour assurer les soins. La maintenance des équipements informatiques est assurée par les informaticiens de l'établissement et des sociétés extérieures. Les patients sont informés sur leurs droits d'accès à leur dossier par différents supports. Toutefois, les locaux d'archivages ne sont pas totalement sécurisés. Les archives sont réparties sur 4 sites et dans 9 locaux. Certains locaux (le garage, pièce en USLD) accueillent à la fois des archives et des matériels divers (voitures SMUR, mini tracteur, matériel du plan blanc, matelas, etc.). Leur accès est donc ouvert à d'autres personnels que les personnes habilitées pour les archives. Dans le garage, la partie réservée aux archives est délimitée par un grillage avec porte fermant à clef mais la hauteur des grillages peut permettre un accès ; de même, les archives sont soumises au gaz d'échappement des voitures et mini-tracteur. Il n'existe pas de détection incendie dans le garage.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

A ce jour, les services de soins sont informatisés à 60% pour la prescription médicamenteuse (73% des lits en MCO et 15% dans les autres secteurs). La numérisation des documents externes est possible au service des urgences. Les dossiers archivés sont facilement accessibles dans le système d'information (dossiers numérisés) et dans les locaux des archives. Le courrier de sortie est édité automatiquement dans le dossier patient informatisé au service des urgences ou sous un format bureautique dans les services dotés du logiciel dossier patient. Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes, comme par exemple la procédure dégradée à mettre en œuvre en cas de panne. L'établissement a été confronté, en novembre 2016, à un problème informatique qui a nécessité la mise en place de la procédure dégradée pour la gestion du dossier patient pendant 2 mois. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Toutefois, la traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient, en temps utile, n'est pas toujours assurée. En effet, lors du patient traceur effectué en soins palliatifs, il a été constaté que l'évaluation initiale est incomplète et ne comporte pas les antécédents, le risque suicidaire et l'évaluation bénéfique risque. Les observations médicales sur ce dossier de patient traceur ne sont, de plus, pas régulières. La traçabilité de la douleur n'est pas toujours assurée. L'évaluation initiale, en cours de séjour et la réévaluation de la douleur ne sont toujours effectuées et tracées. Ce que confirme la lecture de certains dossiers de patients et les échanges avec les professionnels rencontrés. Les services dotés du DPI assurent une traçabilité plus complète. La traçabilité de l'identité de la personne de confiance est retrouvée d'une manière inconstante. La recherche de la volonté du patient de déposer ses directives anticipées n'est pas toujours effectuée. On ne retrouve pas, le plus souvent, de traçabilité de cette recherche. Le patient est informé de ses droits d'accès à son dossier patient par le livret d'accueil de l'établissement. Une procédure pour le traitement des demandes est en place. Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sont respectés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement, notamment à l'aide d'indicateurs, l'évaluation de la gestion du dossier patient (suivi des IQSS nationaux, patients traceurs), ainsi que l'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients. Des fiches d'EI signalent les événements indésirables sur la thématique dossier patient (dossier archivé, par exemple). L'analyse des FEI est faite par la cellule des gestion des risques. Le rapport d'activité de la CDU retrace la bilan et l'évaluation des demandes d'accès au dossier patient et des délais de réponse. Le rapport d'activité annuel du service des archives (2015) fait part des actions menées par le service et des projets futurs. Toutefois, l'établissement n'exploite pas l'ensemble des résultats d'évaluation pour mettre en œuvre ses plans d'action. L'établissement n'a pas

atteint les objectifs prévus dans les plans d'action de la V2010. Par ailleurs, les indicateurs "Hôpital Numérique" sur cette thématique n'atteignent pas la valeur cible, sans que des plans d'action soient effectivement mis en oeuvre.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre à partir des évaluations réalisées notamment dans le compte qualité, avec les professionnels utilisateurs du DPI et sur proposition de la CDU. Un tableau de suivi du PAQSS dossier patient comprend le suivi des actions d'amélioration pour le dossier patient et les patients traceurs. Les plans d'action décrits dans le compte qualité, sont en partie finalisés ou en cours. Les recommandations V2010 ont été, en partie, suivies (validation document « dossier médical », modalités d'information du personnels, informatisation du dossier notamment le circuit médicament). La communication des résultats des actions d'évaluation (audits, IQSS) est faite aux instances mais aussi aux professionnels de façon orale par l'encadrement (réunion de service, réunion de cadres) et par écrit (journal interne). La CDU est informée des demandes de dossiers patients. Les résultats des IQSS sont communiqués aux usagers et aux professionnels (affichage dans certains lieux : self, hall des consultations, entrée des services, dans les annexes du livret d'accueil, dans les instances dont la CDU).

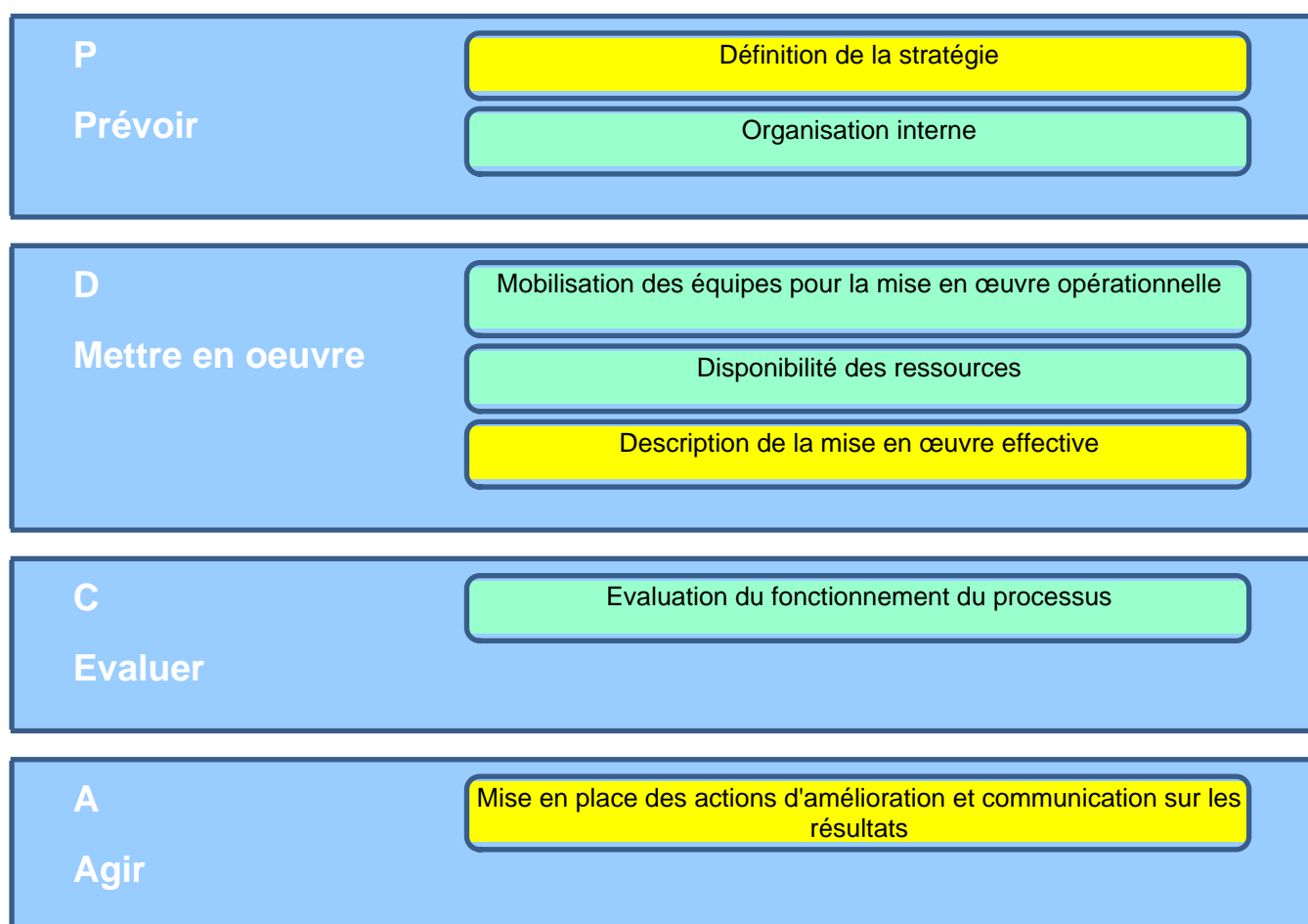
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CH de Châteaudun dispose d'une Pharmacie à Usage Interne (PUI) assurant des activités d'approvisionnement et de gestion pharmaceutiques au profit des services cliniques et médico-techniques, ainsi que des activités de pharmacie clinique. La PUI assure également une activité de rétrocession et de préparation de cytotoxiques. En lien avec le projet d'établissement 2014-2018, une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et un manuel d'assurance qualité (MAQ) de la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé et des résidents ont été rédigés, conformément aux préconisations de l'arrêté RETEX du 11 avril 2011. Le MAQ, validé par la CME en mars 2016, précise les objectifs fixés et les actions et organisations nécessaires pour assurer la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. L'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, avec le rôle du RSMQ et du contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux, est également un des axes de la politique qualité validée le 4 avril 2017 par le comité stratégique qualité et gestion des risques direction commune. Toutefois, la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient est partielle. En effet, l'établissement ne dispose pas d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en vue notamment de réduire la morbidité évitable. Il n'y a pas de dispositions spécifiques à la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée dans la politique de la prise en charge médicamenteuse du circuit du médicament. Par ailleurs, les orientations stratégiques de l'Unité de Reconstitution des cytotoxiques (URC) n'y sont pas développées, et il n'y a pas de politique de la prise en charge en chimiothérapie propre à l'URC. Une analyse de risques commune aux 3 établissements (La Loupe, Nogent-le-Retrou et Châteaudun) a été réalisée en prenant en compte les attendus réglementaires, les résultats d'indicateurs (IQSS, CBUM, audits internes), des Événements Indésirables (EI) analysés en Comité de Retour d'Expérience (CREX) et les résultats de la certification précédente. Cette analyse de risque donne lieu à une cartographie des risques hiérarchisés selon une méthodologie validée par l'OMEDIT. Des objectifs d'amélioration et des priorités d'actions ont été définis, inscrits dans le plan d'actions du compte qualité et intégrés dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel (PAQSS). Toutefois, l'analyse des risques reste partielle. En effet, il n'y a pas de plan de gestion des risques en chimiothérapie. Les risques spécifiques liés aux différentes étapes de la PEC en chimiothérapie ne sont pas identifiés. Dans la cartographie des risques du circuit du médicament seul le risque de la non informatisation y figure et est reporté au compte qualité. Ce risque est également souligné dans le CBUM de 2016.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a identifié et prévu les ressources, moyens, circuits et interfaces pour atteindre les objectifs fixés. Différents groupes et acteurs participent à la sécurisation du circuit du médicament. Deux pharmaciens se partagent les missions de la PUI (DM et DMI, médicaments, chimiothérapie...) Une COMEDIMS, sous commission de la CME, présidée par le pharmacien gérant de la PUI, assure le suivi et les recommandations de bon usage du médicament, et la mise à jour du livret thérapeutique. La COMEDIMS a été réactivée en mars 2016. Une équipe opérationnelle de sécurisation du médicament (EOSM) composée d'un pharmacien, du responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQ), de la Directrice des soins, de cadres de santé, de la responsable qualité, d'une préparatrice en pharmacie et d'une IDE a pour mission la structuration et formalisation des différents sous processus concernés par le circuit du médicaments. Un comité du médicament à risque (CMAR), et un CREX complètent le dispositif. Les missions de ces comités et groupes sont formalisées dans le MAQ de la pharmacie. Depuis 2012, un Responsable du Système de Management de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQ) a été désigné. Actuellement, le RSMQ est un médecin. A la demande de l'ARS Centre Val de Loire, suite aux résultats du CBUM 2015, le RSMQ du CH de Chartres vient en appui méthodologique au RSMQ du CH de Châteaudun. Les préparateurs en pharmacie et les pharmaciens se répartissent les services, devenant ainsi des référents attitrés. Des actions de formation et d'information aux risques d'erreur médicamenteuse sont organisées. Les modalités de dispensation, la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées (juste prescription, modalités d'administration) sont organisées. Les modalités de prescription et d'administration sont définies pour tous les services informatisés ou pas. Les règles de sécurisation (modalités de stockage, de préparation, d'administration) de gestion du traitement personnel sont formalisées. La permanence pharmaceutique est organisée. La liste des prescripteurs est établie et disponible par la pharmacie. La liste des médicaments à risque est constituée et ces médicaments sont identifiés par une signalétique spécifique. La conciliation des traitements médicamenteux est en cours de structuration. La continuité médicamenteuse a débuté aux urgences depuis juin 2017, seul service lors de la visite avec le dossier patient totalement informatisé. L'informatisation de la prescription et du dossier infirmier est déployée dans les services de cardiologie, de pneumologie, en SSR, médecine générale aiguë et hôpital de jour de chimiothérapie, ce qui représente environ 30% des lits de l'établissement. Le déploiement dans les autres services de soins est planifié. Le

projet d'informatisation de l'activité de chimiothérapie n'est pas engagé ; le plan de déploiement du dossier patient informatisé ne prévoit pas d'échéance pour la mise en place de l'informatisation de l'URC. Le pharmacien a constitué un fichier bureautique sécurisé par un mot de passe, contenant les plans de traitement des patients suivis en HDJ de chimio. Ce fichier n'a pas été déclaré à la CNIL. Le système de signalement et de traitement des événements indésirables médicamenteux (EIM) est structuré et la méthodologie d'analyse de ces erreurs est effective au sein du CREX. Des documents d'information à destination des patients sont disponibles. Au CH de Châteaudun, le patient est également considéré comme un partenaire dans l'amélioration de la sécurisation du circuit du médicament. Les locaux, dont la PUI et l'URC, les équipements et matériels nécessaires sont identifiés et uniformisés sur l'établissement. Les interfaces entre les secteurs cliniques, médicotechniques, logistiques et administratifs sont organisées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management du secteur de soins, les responsables du circuit du médicament et les référents médicaments de la pharmacie, communiquent auprès des professionnels les actions d'amélioration définies par l'EOSM ou suite à un CREX. Ils sont les pivots de la transmission des informations vers les professionnels. Les responsables de service et les pilotes du processus s'assurent que les points critiques sont sous surveillance et notamment de la conformité des pratiques. Les professionnels sont sollicités pour faire des signalements, participer à des évaluations ou à la rédaction des procédures. Le système de signalement d'un événement indésirable lié au médicament est connu. Les professionnels rencontrés lors des visites de service n'avaient pas fait de signalement, mais connaissaient le dispositif de signalement et d'analyse des EI erreurs médicamenteuses, ainsi que le fonctionnement du CREX. Les professionnels concernés peuvent être invités à participer au recueil de données et à l'analyse des causes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement possède les compétences nécessaires pour assurer la sécurité du circuit du médicament (en personnel et en compétence réglementaire) y compris à l'URC. Deux pharmaciens, 6 préparateurs, 3 aides pharmaciens et 1 secrétaire composent l'équipe de la pharmacie. Des référents médicaments sont identifiés à la PUI (référents préparateurs et pharmacien). Les membres du CREX sont formés à l'analyse des causes profondes. Des actions de formation et d'information aux risques d'erreur médicamenteuse sont organisées. Des formations « circuit du médicament et iatrogénie médicamenteuse » (70 IDE formées), et une chambre des erreurs, ont été mises en oeuvre en 2016. En 2017, des sensibilisations aux erreurs médicamenteuses ont été faites directement dans les services par les membres de la cellule qualité (« le ¼ d'heure qualité »), par les cadres ou les préparateurs référents. Des cycles de formation ont également été organisés après les transmissions : 6 séances sur les bonnes pratiques d'administration et 5 séances sur le bon usage des anticoagulants oraux. Des outils d'aide à la prescription et à l'administration, sont à disposition dans la gestion électronique documentaire, (livret thérapeutique, guide de reconstitution et administration des principaux anti infectieux injectables, protocoles d'administration, gestion des stupéfiants, tableau des correspondances DCI : princeps, les bonnes pratiques d'administration, protocole de gestion du pilulier, gestion du médicament à risque...). Des outils d'aide à la prescription de la personne âgée sont diffusés. Des documents d'information sont disponibles pour les patients : plaquettes concernant les AVK, information dans le livret d'accueil, informations spécifiques pour la chimiothérapie et des fiches médicaments sont mises à disposition des IDE ainsi que des « brèves de pharmacie », diffusées dans les services. Ces documents validés sont consultables sur le logiciel de gestion documentaire, accessible à tous. Les locaux permettent un stockage sécurisé des médicaments : PUI sécurisée, poste de soins fermés, armoire de dotation fermée à clé, qui contient un coffre à stupéfiants fermé à clé, chariots de distribution fermés à clé, caisses de transport sécurisées. Les étiquetages des casiers à médicaments sont uniformisés. Un réfrigérateur, spécifiquement réservé aux médicaments, est disponible dans les postes de soins et à la PUI. La traçabilité de la température est effective. Un système de broyage des médicaments est à disposition dans les services de soins. Les services sont dotés d'ordinateurs portables sur les chariots de médicaments, permettant la vérification de la prescription avant administration et la traçabilité de celle-ci en temps réel. Un mode dégradé est en place en cas de panne informatique. Des sensibilisations et des formations sont proposées aux professionnels et dans les services, et le MAQ ainsi que la procédure de traitement des EI sont diffusés aux nouveaux arrivants. Les professionnels intervenant dans l'URC sont formés à la préparation des traitements cytotoxiques. L'entretien des locaux et la maintenance des équipements sont assurés régulièrement, et les contrôles qualité sont effectués. Cependant, les bonnes pratiques de préparation des anticancéreux ne sont pas décrites dans des procédures actualisées. La gestion documentaire propre au fonctionnement de l'URC date de 2006 et n'a pas été réactualisée depuis.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Dans les services où la prescription médicamenteuse est informatisée, le partage des informations entre le prescripteur, le pharmacien et l'IDE est possible. Un travail de paramétrage du logiciel de prescription a permis de mettre des barrières de prévention lors de la prescription. Par exemple, un questionnaire est à

renseigner lors de la prescription du paracétamol en intra veineux, lors de la réévaluation des ATB pour les services informatisés. Une analyse pharmaceutique de niveau I est faite par les pharmaciens pour les services informatisés et si demande particulière d'un médecin. L'accès à la prescription informatisée et à la validation infirmière se fait par type de métier, avec accès par mot de passe. Les services sont dotés d'ordinateurs portables sur leur chariot de médicaments, permettant la vérification de la prescription avant administration et la traçabilité de celle-ci en temps réel. Un mode dégradé est en place en cas de panne informatique. La non administration est également tracée et argumentée sur le support informatique avec la possibilité de mettre un mémo. Dans les services où la prescription n'est pas informatisée, un support de prescription et administration unique est mis en place. Une impression papier est réalisée à chaque changement de prescription, dans un souci de sauvegarde des données en cas de panne informatique. Pour les services non informatisés (le bloc opératoire, la consultation, la maternité), une analyse pharmaceutique du traitement est faite au moins une fois pendant le séjour, et plus si pertinent. Dans ces services, la traçabilité de l'administration se fait sur le support unique papier ; une case permet la traçabilité de la non administration. Cependant, les règles de prescription ne sont pas toujours mises en œuvre. En effet, lors du patient traceur n°1, il a été constaté que la prescription faite entre le bloc opératoire et la SSPI ne comporte ni la voie d'administration, ni la posologie. Par ailleurs, comme il a été constaté lors des patients traceurs 4 et 5, que les prescriptions faites en SSPI sont retranscrites par les sages-femmes sur un support propre au service, lors de l'arrivée des patientes dans le service. Les indicateurs IQSS, bien qu'en amélioration régulière, confirme ce constat. La continuité du traitement médicamenteux est assurée dans les différents services de soins lors de transferts internes ainsi qu'avec l'amont ou l'aval. Des courriers, des comptes rendus, fiche de liaison, ordonnance et dossier patient sont transmis. Le traitement du patient est revu autant que de besoin tout au long de son séjour. Les services fonctionnent en dotation globale, ils sont approvisionnés à partir d'une commande hebdomadaire faite par les IDE suivant un calendrier précis, et autant que de besoin si le médicament manque dans la dotation. Les piluliers sont préparés par les IDE pour 24 heures, à partir de la prescription médicale. Une affiche sur la conduite à tenir pour éviter les interruptions de tâche est affichée dans les postes de soins. Pour les médicaments qui ne font pas partie de la dotation, pour certains antibiotiques, les médicaments dérivés du sang ou des anticancéreux, la dispensation est nominative. Des documents de traçabilité attestent du contrôle des périmés dans les armoires, du contrôle de la température des réfrigérateurs, du contrôle du chariot d'urgence. Les médicaments à risque sont identifiés par une étiquette jaune ou un bac jaune. Toutefois, les règles de gestion, rangement et stockage des médicaments à risque ne sont pas toujours connues. Dans deux des services visités, les professionnels ne connaissaient ni la liste des médicaments à risques identifiés par l'établissement, ni les règles d'identification permettant de les repérer. Le signalement des EIM est effectif : 49 EIM en 2016, ce qui représente 7% des signalements en totalité, et 33 en 2017 (5,5% des fiches totales). Le CREX, composé de médecins, pharmacien, RSMQ, cadres de santé et préparateurs en pharmacie et IDE s'est réuni 4 fois en 2016. Le patient reçoit des informations sur son traitement et sur le bon usage des médicaments : livret d'accueil, plaquettes (notamment sur les AVK), informations orales et éducation à la santé. Les bonnes pratiques de préparation des produits de chimiothérapie (analyse pharmaceutique des prescriptions, Ok chimio, préparation, fabrication, contrôles croisés, validation de la préparation et dispensation) sont mises en œuvre. La validation pharmaceutique libératoire des produits fabriqués repose sur un double contrôle par étape avec traçabilité sur fiche d'enregistrement et un contrôle analytique de la part du pharmacien. La maintenance et l'entretien des matériels est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, à partir des indicateurs suivis : indicateurs nationaux, CBUM, CREX, nombre d'EI liées au médicament, audits internes (contrôle du stockage des médicaments), bilan RSMQ, bilan de la COMEDIMS. Des actions d'évaluation, en lien avec le circuit du médicament, ont été organisées pendant la semaine sécurité du patient et lors de la chambre des erreurs en 2016. Des EPP communes et des EPP propres à l'établissement sont suivies : audit amoxicilline-acide clavulanique, audit traitement chez la personne âgée de plus de 70 ans avec focus sur les inhibiteurs de pompe à protons.

Chaque chef de service a un historique de la consommation annuelle des médicaments de son service. Ces bilans sont présentés à la CME et aux professionnels via les instances et par les cadres.

A / AGIR

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

Le plan d'actions associé au compte qualité est suivi et réajusté par le RSMQ et l'ingénieur qualité, à partir des évaluations faites et des nouvelles recommandations. Par exemple, suite au CREX, les

procédures « gestion du traitement personnel » et des vigilances ont été mises à jour. Toutefois, le programme d'amélioration de la qualité n'est pas toujours réajusté. En effet, les actions à mettre en œuvre suite à l'inspection de l'ARS Centre Val de Loire du 22 avril 2014 (rapport final le 15 février 2015) ne sont pas reportées dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS). Elles n'ont pas été à ce jour réalisées. L'ARS a formulé des remarques concernant l'organisation interne de la chimio, les procédures à rédiger, les conventions à signer, pas de charte de fonctionnement, les PPS. L'actualisation des actions est suivie par l'EOSM et elles sont diffusées dans les services de soins via les cadres ou lors des réunions d'instances ou de groupes de travail. Les résultats des IQSS sont communiqués aux usagers par voie d'affichage et sur le site internet de l'établissement.

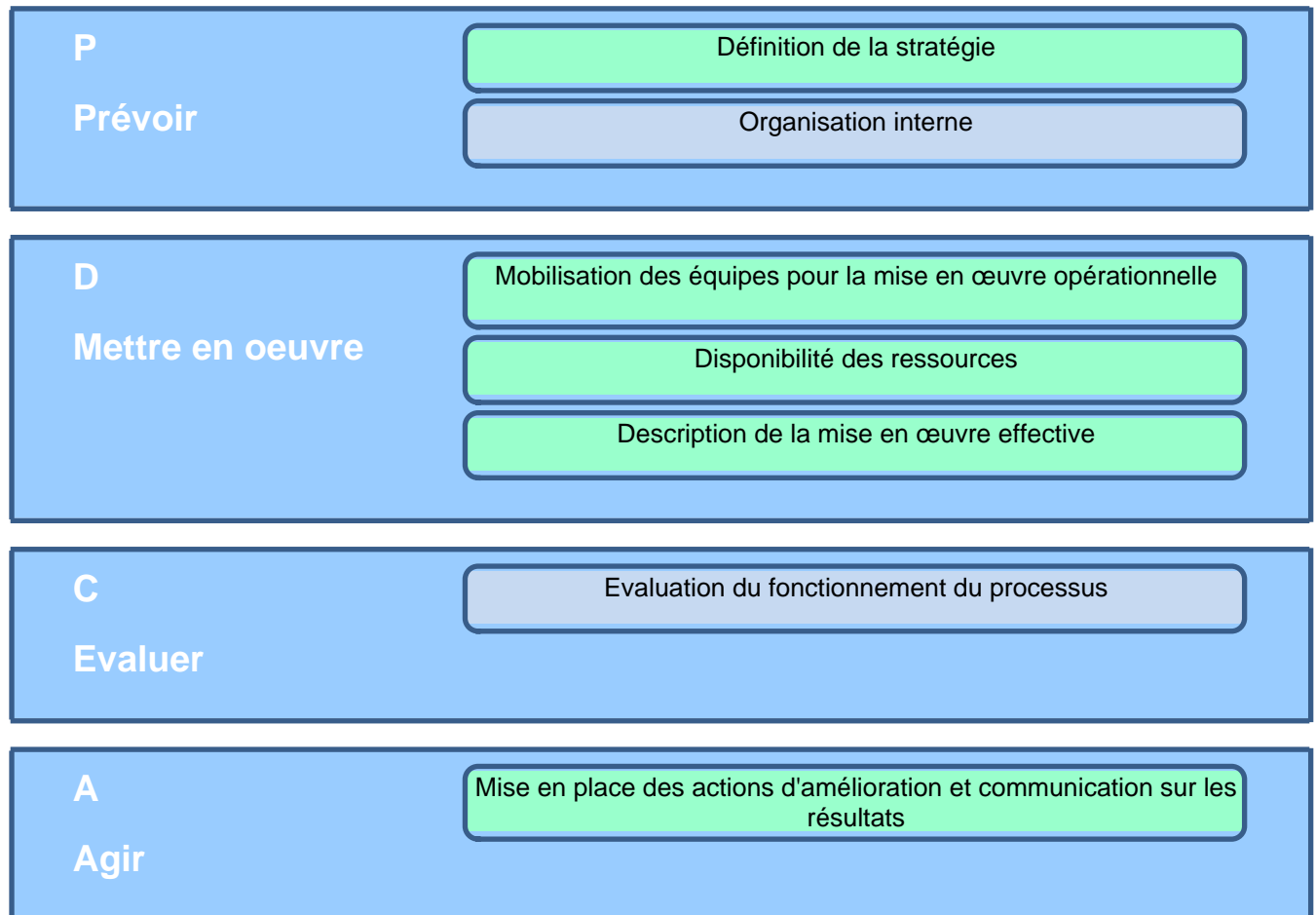
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que le service des urgences, partie prenante des réseaux d'urgences du territoire de santé, a défini une organisation qui garantit une réponse réactive et adaptée aux besoins de soins immédiats susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel. L'organisation doit intégrer la mise en place de filières adaptées à certaines pathologies ou populations et intégrer la formalisation de la contribution des différents services concernés à la prise en charge des urgences et à l'accueil des patients dans le cadre d'une hospitalisation.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CPOM pour la période 2012-2016 analyse les points forts et les point faibles de l'établissement. Il indique que le service des urgences est habilité à recevoir toutes les urgences médicales et chirurgicales. La mission principale est de répondre en permanence et de manière adaptée aux besoins des patients. Ces patients sont orientés dans un service d'hospitalisation, soit dans l'établissement même, soit dans un autre établissement, public ou privé, avec lequel le Centre Hospitalier de Châteaudun a passé ou non convention. Il précise, par ailleurs, le contexte : la démographie médicale dans le sud du département est très inférieure à la moyenne nationale. La venue aux urgences est, par conséquent, parfois le seul recours pour la population du bassin de vie dunois. Les motifs de venue sont parfois relativement bénins mais nécessitent toutefois un examen et une prise en charge médicale. Le CPOM indique enfin que le SMUR dispose d'une équipe spécialisée prête à intervenir à tout moment à la demande du SAMU départemental de Dreux. De fait, le centre Hospitalier de Châteaudun a une activité comprise entre 500 et 600 sorties par an. Le service de Médecine d'urgence accueille 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Ce service de Médecine d'urgence est habilité à recevoir toutes les urgences médicales et chirurgicales. Les locaux des urgences comportent:

- 1 salle d'attente sur laquelle donne le bureau d'accueil ou se trouve un agent administratif et une IAO
- 1 salle d'accueil d'urgence vitale (salle de déchoquage) avec 2 postes,
- 4 boxes de médecine,
- 2 salles d'examen pour la petite chirurgie et la traumatologie (1 salle de plâtre et 1 salle de suture)
- 5 lits d'UHCD, dont une chambre sécurisée pour l'accueil des détenus. Cette chambre comporte un hall dédié aux gardiens et les équipements habituels de ce type de locaux.
- 1 unité de soins continu se trouve dans les urgences.

Ces locaux se trouvent à proximité immédiate du service d'imagerie médicale.

Il existe pour la prise en charge des urgences au CH de Châteaudun une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Ces missions sont définies dans le cadre des autorisations ARS inscrites au CPOM et développées par le projet médical pour la période 2014-2018. Cette stratégie est validée par les instances concernées. L'établissement a défini ses priorités par l'analyse des risques inscrits au compte qualité. La priorisation de ses risques a été réalisée avec les professionnels sur la base d'une méthode reconnue. Le projet est décliné au niveau médical et soignant dans les projets spécifiques et complémentaires de prise en charge des patients.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus en désignant des pilotes de processus au sein du service. Le chef de service, pilote et une infirmière en remplacement du cadre absent ont été rencontrés lors de l'audit de processus pour une présentation de l'organisation interne des urgences et le suivi des moyens mis en œuvre. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Le service a identifié des différents secteurs de prise en charge des urgences et définition d'un pilotage institutionnel commun. Il comporte une zone d'accueil avec 1 poste d'IAO chargée de l'orientation des patients en fonction du degré d'urgence. Un circuit court est défini pour recevoir les patients admis pour des motifs sans gravité. Un circuit long est aussi en place 4 lits d'UHCD et 4 lits de soins continus y sont retrouvés. Le service est doté d'un suivi de localisation des patients pris en charge comportant, outre leur zone d'affectation, le nom du médecin et de l'infirmière référents. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines médicales et para-médicales pour l'accueil et la prise en charge des patients. Le matériel nécessaire au fonctionnement du service est prévu sur le plan des locaux, des équipements médicaux et des équipements de soins. Le service est doté de la documentation nécessaire en termes de procédures et protocoles, accessible par informatique. Le SMUR est également doté du matériel nécessaire pour assurer les sorties avec un équipage médical et infirmier. La prise en charge des urgences, inclut le recours aux avis spécialisés. Cette prise en charge formalisée est connue par les acteurs du territoire de santé. Des conventions organisent le recours aux avis externes nécessaires. L'organisation mise en place au centre hospitalier de Châteaudun permet la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits d'hospitalisation en temps réel. Les cadres effectuent un recensement en journée et les IDE des urgences assurent le relais en soirée. Les disponibilités en lits sont transmises à l'ARS et aux établissements référents. Les patientes relevant d'une urgence obstétricale ou gynécologique sont admises directement dans le service spécialisé requis par leur état de santé. Les services de l'établissement disposent de chariots d'urgence dont le suivi est organisé et tracé. Un numéro d'appel d'urgence est dédié et connus des professionnels. Les urgentistes interviennent dans les unités de soin en cas d'urgence vitale. Enfin, l'établissement prévoit un plan de formation pour le maintien des compétences.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et des besoins liés au fonctionnement du processus, l'encadrement des urgences organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs d'organisation et de fonctionnement et plans d'action opérationnels. Les professionnels sont informés des risques identifiés dans leur secteur et inscrits au compte qualité. En cas de dysfonctionnement constaté, des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre avec les professionnels concernés. L'organisation des prises en charge par secteur permet la mise en œuvre opérationnelle des compétences.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les différents secteurs d'activité des urgences. La formation des professionnels à l'accueil et à l'orientation des patients est assurée pour les poste d'IAO. Les chauffeurs du SMUR sont formés et les aides soignants appelés à intervenir en remplacement des titulaires sont formés à la conduite rapide. Le chef de service et 2 médecins sont formés au "damage control" pour maîtriser le risque hémorragique chez les patients victimes d'attentat. Sur le plan documentaire le service a rédigé de nombreuses procédures accessibles aux professionnels par voie électronique. Sur le plan matériel, le SMUR est doté d'un véhicule d'intervention rapide équipé pour les missions de secours avec dotations de plusieurs sacs de sortie pour enchaîner, le cas échéant, les missions. Un mulet est disponible pour palier l'indisponibilité éventuelle du véhicule principal. Le matériel est stocké dans un bâtiment annexe situé à proximité des urgences. Sur le plan des effectifs, l'équipage se compose d'un médecin, d'un infirmier et d'un chauffeur AS. Cette unité mobile dispose de matériel adapté et d'un véhicule qui intervient à la demande du SAMU dans les délais d'intervention préconisés par le SROS, soit 30 minutes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les interfaces entre secteurs internes et externes sont opérationnelles. La traçabilité des actions de suivi de chaque patient est assurée. La traçabilité des appels pour interventions du SMUR est également assurée. Les sacs comportant le matériel d'intervention pour les sorties SMUR font l'objet d'un suivi tracé. Le SMUR de Châteaudun effectue des transports primaires et secondaires. Il dispose d'une équipe spécialisée prête à intervenir à tout moment à la demande du SAMU départemental de Dreux. Cette unité mobile intervient à la demande du SAMU 28, dans les délais d'intervention préconisés par le SROS, soit 30 minutes. L'infirmière d'accueil et d'orientation ne peut être présente 24 h sur 24 à l'accueil mais intervient à la demande sur certains créneaux horaires. De même l'infirmière du SMUR est prélevée sur les effectifs des urgences. Une organisation est prévue pour assurer les continuités en son absence. En cas de besoin, l'infirmière anesthésiste ou le médecin anesthésiste peuvent être appelés en renfort s'ils sont disponibles. Les temps d'attente sont indiqués verbalement aux patients quand les délais s'annoncent importants. L'intimité des patients est préservée. Elle est favorisée par les locaux relativement fonctionnels et les pratiques des professionnels. L'équipe intervient sur le centre pénitentiaire voisin sur lequel l'établissement est engagé pour assurer les soins. A ce titre, il intervient sur place pour traiter les urgences vitales. Les urgences obstétricales et gynécologiques sont dirigées directement vers le service de Gynécologie-Obstétrique, de jour comme de nuit. Les patients pris en charge pour infarctus du myocarde sont redirigés sur les structures adaptées pour les coronarographies et angioplasties. La prise en charge des patients victimes d'AVC sont suivis à distance par télétransmission des données sur le CH de Chartres. Des décisions de réorientation sont prises si nécessaire.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions réalisées sur la base d'outils identifiés. Des actions d'évaluation sont menées. Pour exemple, un dispositif d'évaluation et de suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est effectif. Le recueil et l'analyse des événements indésirables favorisent l'implication des professionnels et l'organisation du retour d'expérience. On note ainsi des démarches d'évaluation 3 EPP sont en cours. De plus, des RMM et CREX sont mises en œuvre à la suite des prises en charge qui le nécessitent. Les urgences ont participé à un audit sur l'évaluation du bracelet d'identification, un audit SHA et un audit de l'IDE hygiéniste sur l'isolement. Un questionnaire de sortie du patient spécifique au service est également en cours d'évaluation. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des résultats, et notamment de la précédente certification.

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. Depuis la dernière itération, la documentation a fait l'objet de compléments nécessaires pour la sécurisation des prises en charge, même si des actions de formalisation restent à poursuivre sur le plan des organisations. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers chaque fois que la thématique s'y prête.

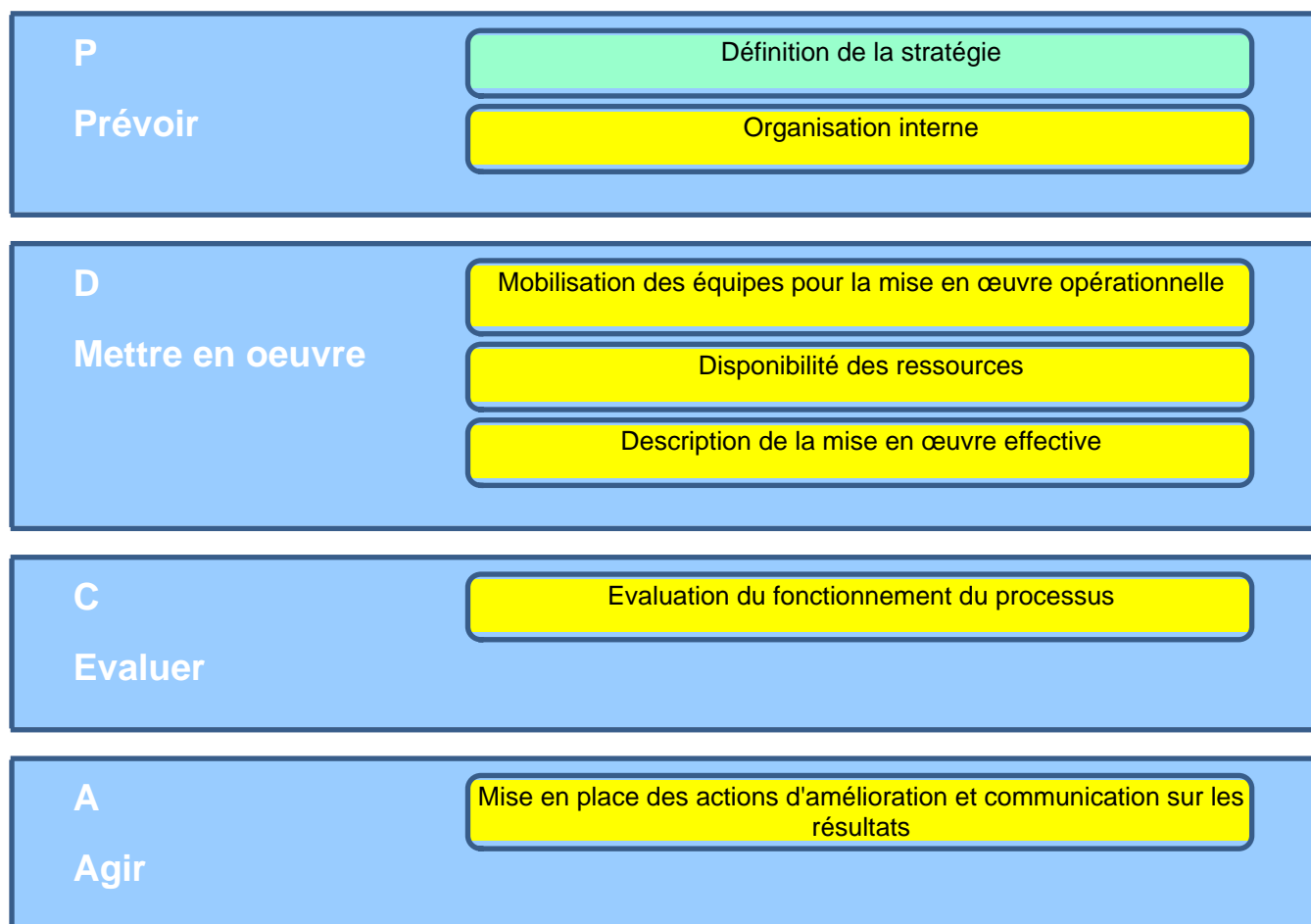
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le bloc opératoire assure une activité polyvalente de chirurgie ambulatoire, de gynéco-obstétrique et d'endoscopie ; cette dernière représentant le plus grand nombre d'actes. Les spécialités chirurgicales sont l'orthopédie, le vasculaire, l'urologie, l'ophtalmologie, l'ORL avec prise en charge d'enfants. Les seules urgences sont les césariennes et les grossesses extra-utérines. Depuis 2009, à la demande de l'ARS, l'activité chirurgicale est uniquement ambulatoire sauf pour quelques actes de gynécologie. Des chirurgiens libéraux opèrent dans le cadre de convention avec plusieurs cliniques des villes voisines.

Le renforcement des coopérations inter-établissements, l'optimisation de l'organisation, la formalisation des procédures et outils organisationnels et la mise en place d'indicateurs qualité spécifiques à la chirurgie ambulatoire sont les modalités de mise en œuvre attendues par l'ARS à l'échéance de 2014. Le CPOM 2012-2016 intègre dans ses orientations stratégiques la modernisation du bloc opératoire pour accompagner le développement de l'activité. En 2016, un PU-PH retraité, actuel chef du pôle ambulatoire au CH de Nogent-le-Rotrou a été missionné pour étudier la faisabilité d'une unité de chirurgie ambulatoire intégrée au bloc opératoire de Châteaudun et inspirée du fonctionnement du CH de Nogent-le-Rotrou. En novembre 2017, le projet issu du rapport de mission est toujours d'actualité, l'ARS ayant donné son accord de principe pour centraliser l'ensemble de la chirurgie ambulatoire et l'unité d'endoscopie dans les locaux de l'ancienne stérilisation contiguë au bloc opératoire. Le projet d'établissement pointe la nécessité d'engager une réflexion sur l'organisation du bloc opératoire pour améliorer son efficacité compte-tenu d'une utilisation de 50% des plages opératoires. L'identification, l'analyse et la hiérarchisation des risques a été réalisée en groupe pluri-professionnel associant des professionnels du bloc de Châteaudun et de Nogent-le-Rotrou pour aboutir à une cartographie commune dont le risque prioritaire lié au non dépistage des ATNC est intégré au compte qualité commun. Toutefois, l'identification et l'analyse des risques des risques restent partielles. Le risque lié à la prise en charge des enfants, activité peu fréquente, n'est pas identifié dans la cartographie des risques ni dans le compte qualité. Les spécificités liées à la prise en charge des enfants ne sont pas formalisées. Le suivi des plans d'actions proposés dans l'additif suite à la recommandation V2010 n'est pas effectif. Le plan d'action est suivi dans le PAQSS institutionnel. Les risques spécifiques à Châteaudun ont permis de retenir 3 risques prioritaires au compte qualité spécifique. Tous les plans d'actions relatifs à ces risques prioritaires et aux 4 risques à surveiller sont inscrits et suivis dans le PAQSS institutionnel avec pilotes et échéances définies. La visite de l'assureur en octobre 2017 et les plans d'actions issus de l'analyse des EI ont donné lieu à plusieurs préconisations également intégrées au PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Il n'y a pas de structure de pilotage définie et/ou reconnue pour le bloc et la chirurgie ambulatoire. En effet, l'absence de conseil de bloc identifiée dans le compte qualité est toujours d'actualité. Bien que sa composition soit prévue dans la charte de bloc actualisée en 2015, les deux dernières réunions du conseil de bloc datent de 2010 et mars 2012. Le chef de bloc, également chef de service d'anesthésie, a démissionné de ses 2 fonctions au cours de l'été 2017. Les autres structures de pilotage décrites dans la charte (commission des utilisateurs et cellule de supervision) ne correspondent pas à l'organisation actuelle puisqu'elles ne sont pas fonctionnelles. La charte de fonctionnement de l'unité d'hospitalisation ambulatoire (UHA) n'est pas actualisée depuis 2013, alors que plusieurs évolutions ont eu lieu au niveau des équipes médicales, de l'encadrement paramédical mais aussi des locaux. Par ailleurs, le responsable médical et le cadre de santé responsable de l'UHA n'apparaissent même pas, à qualité, dans la composition d'une des 3 instances prévues dans la charte de bloc opératoire (document non définitif, non daté, non signé, positionné le 3 novembre 2017 dans la documentation pour les EV). Aucun PH médecin anesthésiste n'était présent pendant la visite de certification; de ce fait le PH MAR responsable de l'UHA n'a pas pu être rencontré. Il n'y a pas de cadre de santé dédié pour le bloc, une IBODE référente est missionnée pour la régulation à partir de 14h, le matin elle assure son rôle d'IBODE en salle d'intervention. Par ailleurs, la charte de bloc ne reprend pas l'ensemble de l'organisation du bloc opératoire. En effet, elle ne définit pas les missions et rôle du chef de bloc. Les responsabilités respectives des anesthésistes et chirurgiens ne sont pas formalisées. Elle n'intègre pas l'activité d'endoscopie, numériquement la plus importante qui représente 30% du total de l'activité du bloc. L'arrêt d'activité en cas de césarienne urgente n'est pas formalisée, un document de travail est en cours de finalisation. Les circuits de prise en charge, dont les urgences obstétricales et l'endoscopie ne sont pas formalisés. Il n'est pas fait mention de la prise en charge d'enfant et des spécificités liées à l'accompagnement des parents au bloc pour la mise en œuvre de la check list version enfant, et le cas échéant leur présence en SSPI. Les critères d'éligibilité à la prise en charge des enfants (âge, poids minimum) ne sont pas formalisés dans la charte de bloc. Les effectifs paramédicaux prévus sont adaptés aux besoins du bloc (4.2 ETP IBODE/IDE) pour le fonctionnement de 2 salles par jour avec activité programmée le matin et sismothérapie et cardioversion programmées l'après-midi en alternance. Une IBODE ou IDE est d'astreinte toutes les nuits pour assurer l'aide opératoire des urgences obstétricales. Le recours aux vacataires ou à l'intérim est prévu pour

assurer la présence de 2 IADE lors d'anesthésie dans 2 salles. En l'absence de cadre de santé au bloc, une IBODE référente est désignée par la direction des soins pour assurer la régulation de l'activité, sa fiche de poste est formalisée et actualisée. Le plan de formation prévoit la formation aux actes exclusifs des IBODE. L'IDE récemment recruté pour la SSPI est formée par compagnonnage et une formation externe spécifique est prévue. Toutefois, l'organisation ne permet pas la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources médicales nécessaires pour assurer la sécurité des patients. En effet, un seul anesthésiste est présent 24/24h sans repos de sécurité jusqu'à 7 jours d'affilée sur un effectif de 3 ETP + un temps partiel. Le jour de la visite, l'anesthésiste présent est un intérimaire venant pour la première fois dans l'établissement pour une durée de 48H. Cette organisation impacte également la planification des vacances chirurgicales qui doit prévoir des actes sans anesthésie 2 jours par semaine afin de permettre au seul anesthésiste présent d'assurer les consultations pré-anesthésiques. Les journées de fermeture de l'UHA impliquent un décalage de 24h des appels de la veille et du lendemain. En cas d'urgence obstétricale, l'anesthésiste doit interrompre les consultations. La documentation nécessaire à l'activité chirurgicale du bloc est en partie intégrée dans la GED institutionnelle. Toutefois, les procédures documentées et actualisées, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, ne sont pas toutes en place. En effet, de nombreux protocoles de prise en charge des patients en SSPI, concernant la gestion de la douleur, la gestion des médicaments morphiniques, insuline..) ne comprennent ni l'identification du rédacteur, ni la date de rédaction et ne sont pas validés institutionnellement. Les locaux anciens datent des années 1970 et se composent de 3 salles d'opération en ISO 7 pour l'obstétrique, les autres spécialités chirurgicales et l'endoscopie. La SSPI comprend 3 postes pour 2 salles d'intervention fonctionnelles. Il y a une salle réservée aux soins du nouveau-né et possibilité d'en ouvrir une seconde en cas de grossesse gémellaire. Le dépôt de sang est aux urgences à proximité immédiate du bloc. L'entretien des centrales de traitement d'air et des locaux est organisé par le service technique en lien avec l'IBODE référente et l'EOH. La qualification opérationnelle annuelle comprenant les contrôles particuliers des centrales de traitement d'air est prévue. Le plan d'investissement prévoit le renouvellement du matériel biomédical (respirateurs neufs). L'informatisation du bloc a été initiée en octobre 2017, permettant le déploiement d'une application de programmation. Le dossier patient informatisé n'étant pas déployé au bloc, un support unique de prescription/administration du traitement spécifique à la SSPI est formalisé. Les échanges d'informations entre les services de soins, les consultations et le bloc pour la prise en charge du patient sont organisés avec formalisation de fiches de liaisons papiers.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'IBODE référente pour la régulation de l'activité du bloc travaille en étroite collaboration avec le cadre supérieur de santé MCO et le service qualité pour la déclinaison des plans d'actions du PAQSS. Toutefois, la régulation du bloc n'est pas assurée de façon concertée. En effet, la validation hebdomadaire n'est pas réalisée par un staff tripartite puisque le médecin anesthésiste responsable du bloc a démissionné et que les chirurgiens vacataires venant d'autres établissements opèrent le matin et consultent l'après-midi à Châteaudun. Ainsi, le jour de la visite, les médecins rencontrés ne font pas partie des effectifs de praticiens hospitaliers de l'établissement : l'anesthésiste est intérimaire, le chirurgien vasculaire libéral opère le matin et consulte l'après-midi avant de regagner Orléans, le gastro-entérologue libéral réalise les endoscopies au bloc 2 jours par semaine et consulte exclusivement dans son cabinet libéral en ville. L'IBODE référente assure, à partir des fiches de programmation, la validation du programme le jeudi après son travail en salle d'opération et s'assure de la disponibilité des ressources humaines (recours aux vacataires et/ou intérimaires IADE, IBODE) et matérielles nécessaires en lien avec la pharmacie. La validation définitive du programme est arrêtée la veille à 14h par l'IBODE référente sur le logiciel de programmation informatique avec affichage à l'entrée du bloc. Les dysfonctionnements de la programmation dont un indicateur de déprogrammations ne sont pas suivis ce qui limite l'identification d'actions d'amélioration. La mobilisation des professionnels pour la mise en œuvre de la check-list a été réactivée en 2017 conformément au plan d'actions institutionnel prévu et piloté par le cadre supérieur de santé, avec trois tours d'évaluation de sa traçabilité. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'équipe. Le signalement des EI est encouragé, 21 signalements ont été réalisés au bloc en 2016 et 20 en 2017, leurs traitements est abordé lors des 1/4H qualité. Les IDE de l'UHA ont signalé 15 EI en 2017 en lien pour certains avec la prise en charge des patients (déprogrammation, désorganisation...). Les 1/4H qualité sont mis en œuvre en UHA pour communiquer sur les plans d'actions du PAQSS et leur état d'avancement et le suivi du signalement des EI.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs paramédicaux (IBODE/IDE, IADE, ASH et brancardier) sont en adéquation avec l'activité. Cependant, les ressources médicales ne sont pas toujours adaptées aux besoins. En raison de l'organisation des plannings en place, un seul médecin anesthésiste est présent quotidiennement. De ce fait, il doit répartir son activité de la façon suivante :

- 3 jours par semaine, il assure l'activité dans les 2 salles mises en service, les sorties de SSPI et les urgences obstétricales,

- 2 jours par semaine, il assure les consultations pré-anesthésiques et les urgences obstétricales. En cas d'appel urgent sur un secteur, il doit interrompre son activité en cours ce qui est source d'insécurité et de mise en danger des patients.

Les formations sont effectives (actes exclusif IBODE en cours pour 2 IBODE) et intégration de la nouvelle IDE de SSPI sous le compagnonnage des IADE. Les locaux anciens sont vastes avec circuits sales et propres indépendants. La porte d'accès pour l'équipe chirurgicale après lavage chirurgical et habillage stérile plus récente à commande au pied permet le respect de l'asepsie chirurgicale. Toutefois, les locaux ne permettent pas toujours de sécuriser la prise en charge des patients. En effet, le bloc opératoire date des années 1970, sans rénovation, ni modification depuis son ouverture. Les portes d'accès en salle d'opération pour le passage du brancard sont en bois. Elles sont abîmées, à ouverture manuelle et exposent aux risques de manuportage. L'unité d'hospitalisation ambulatoire, qui dispose de 12 places, n'est pas à proximité du bloc puisqu'elle se trouve un étage au-dessus alors que l'activité ambulatoire du bloc est la seule autorisée pour les différentes spécialités à l'exception de la gynécobstétrique. Cette obligation de sortir du bloc et changer d'étage pour assurer la visite post anesthésique avant la mise à la rue représente une contrainte organisationnelle pour les anesthésistes en cas d'activité anesthésique l'après-midi (sismothérapie, urgence obstétricale...). De fait, la pratique mise en œuvre habituellement par les anesthésistes titulaires est d'anticiper l'heure de mise à la rue dès la sortie de SSPI. L'IDE de l'UHA ayant pour consigne de le contacter en cas de problème, sans que les circonstances d'appel ne soient formalisées. Lors de la visite, l'aptitude de mise à la rue a été signée par l'anesthésiste intérimaire après visite de chaque patient dans l'UHA. Cette disposition architecturale ne permet pas un parcours efficace du patient, de nombreuses allées et venues du brancardier sont nécessaires et le patient attend au bloc. La direction de l'établissement a déposé à l'ARS, un projet de réorganisation de l'activité chirurgicale et endoscopique au bloc, consistant entre autre en une relocalisation de l'unité d'hospitalisation ambulatoire (UHA) et de l'unité d'endoscopie à côté du bloc dans les locaux inoccupés de la stérilisation depuis son externalisation. Une partie de la documentation nécessaire à la prise en charge chirurgicale est disponible dans la GED institutionnelle. Les documents d'information du patient, le consentement pour l'acte chirurgical et l'anesthésie sont opérationnels. Le passeport ambulatoire est en cours de finalisation, le jour de la visite chaque patient dispose d'une fiche d'information en cas de survenue de complication au domicile avec consignes d'appels et coordonnées du service des urgences. Le matériel est entretenu, les maintenances curatives sont effectives et tracées. Les contrôles particuliers d'air, des cascades de pressions sont effectives et tracées avec interventions correctives en cas de dysfonctionnement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La régulation est effectuée par l'IBODE référente sur la base des vacations opératoires définies, avec ajustement 2 semaines avant pour assurer la disponibilité des effectifs paramédicaux nécessaires. Le planning mensuel de présence des anesthésistes est transmis à l'IBODE référente. Le programme opératoire ne prévoit jamais l'ouverture simultanée de plus de 2 salles et respecte la programmation d'actes sans anesthésie 2 jours par semaine afin que l'anesthésiste présent puisse assurer les consultations d'anesthésie. Cette organisation conduit à un taux d'occupation des salles inférieur à 50%. Depuis fin octobre 2017, le déploiement d'un logiciel de programmation pour toutes les interventions y compris les endoscopies est opérationnel. Tous les intervenants remplissent une fiche de liaison en consultation qui est transmise au bloc afin d'initier la programmation sur l'application informatique prévue. Si l'intervention est annulée par l'anesthésiste suite à la consultation, en cas de contre-indication à la prise en charge ambulatoire, le bloc est prévenu par le secrétariat de consultation. Le consentement à l'anesthésie mentionne l'obligation d'être accompagné à la sortie de l'UHA et pour la première nuit. La mise en œuvre de la check-list est pilotée par la circulante qui pose les questions ouvertes. La complétude a été confirmée par les patients traceurs en vasculaire et les césariennes. Le circuit des dispositifs médicaux implantables est opérationnel, géré par l'IBODE référente et la pharmacie. La traçabilité des ouvertures de salles, du bionettoyage est effective. En UHA, l'appel de la veille et du lendemain sont effectives. La permanence des soins est assurée par le service des urgences en cas de complications postopératoires et si besoin transfert dans les établissements partenaires en cas de complications chirurgicales. Le chirurgien vasculaire rencontré lors de la visite assure personnellement la permanence des soins, il donne pour consigne au patient de le contacter pour toute difficulté et demande d'information. Cependant, les pratiques professionnelles ne sont pas toujours fondées sur des procédures actualisées issues de bonnes pratiques professionnelles reconnues. En effet, la visite pré-anesthésique n'est pas toujours réalisée, comme l'ont montré les patients traceurs et les résultats de l'indicateur national "Tenue du dossier d'anesthésie" dont le critère "Trace écrite de la visite pré anesthésique" ne satisfait pas aux attendus nationaux depuis les premiers recueils de l'indicateur. De fait, le risque d'intubation difficile n'est pas repéré en consultation d'anesthésie, comme l'ont montré les patients traceurs et les résultats de l'indicateur national qui depuis plusieurs années ne satisfait pas aux attendus nationaux. L'absence d'identification d'un risque potentiel d'intubation difficile en consultation d'anesthésie peut mettre en danger le patient compte tenu de l'organisation du service d'anesthésie avec présence d'un seul praticien par jour et absence de réunions de service permettant l'échange d'informations sur les difficultés de prise en charge repérées en consultation. Les critères d'éligibilité à la prise en charge ambulatoire ne sont pas identifiés dans le compte rendu de consultation d'anesthésie. Lors de la visite, l'une des patientes opérée n'a pas pu regagner son domicile comme prévu suite à une complication médicale liée à une pathologie préexistante. Elle a été transférée en hospitalisation

conventionnelle pour gestion de cette complication. La sortie de l'UHA n'est pas formalisée, l'IDE contacte l'anesthésiste ou le chirurgien selon son bon sens. Pour l'autorisation de mise à la rue, aucun score (dont le score de Chung) n'est prévu ni formalisé dans la surveillance post-opératoire.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement recueille les indicateurs nationaux IPAQSS TDA et HN. L'EPP sur la check-list initiée en 2012 a été réactivée en 2017 sous le pilotage du cadre supérieur de santé MCO avec 3 tours d'évaluation permettant de mesurer l'efficacité des plans d'actions. Des indicateurs quantitatifs de suivi sont mis en œuvre : dont le nombre d'actes, les taux d'occupation des salles, de l'UHA (53% en 2016). Le suivi d'indicateurs qualitatifs est également réalisé, dont le suivi des EI. Toutefois, le suivi d'indicateurs qualitatifs n'est que partiel. En effet, le plan d'action issu de la V2010 prévoyait la mise en place de tableau de bord d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Les indicateurs qualitatifs de fonctionnement du bloc et de l'UHA : dysfonctionnement de la programmation, retard des opérateurs, taux de débordement et taux de conversion ne sont pas mis en œuvre. Le recueil de la satisfaction des patients à la sortie de l'UHA est recueillie au moyen d'un questionnaire spécifique avec un taux de retour proche de 50%. Toutefois, le recueil et l'analyse des EI avec organisation du retour d'expérience aux professionnels afin de définir et mettre en œuvre des actions d'amélioration n'est pas toujours réalisé. En effet, il n'y a pas eu de RMM d'anesthésie/chirurgie réalisée en 2016 et 2017 à l'exception de celle concernant un EIG obstétrical à la demande de la direction. Le plan d'action issu de la V2010 prévoyait d'organiser le signalement et la tenue de RMM à l'échéance de décembre 2013. L'organisation médicale ne favorise pas la tenue de réunions d'échanges des pratiques, avec la présence d'un seul anesthésiste par jour et des chirurgiens vacataires organisant leur temps de présence entre le bloc et la consultation lors de leur vacation. L'organisation de réunions entre praticiens n'est pas prévue et l'absence de conseil de bloc fonctionnel ne permettent pas l'analyse structurée des EI et dysfonctionnements. Cette organisation ne favorise pas le développement de la culture de sécurité et la cohésion de l'équipe médicale.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel, comme l'EPP check-list et les actions d'amélioration suite au signalement d'EI. L'assureur de l'établissement a effectué une visite en octobre 2017, les plans d'actions proposés, lors de la restitution, sont intégrés au PAQSS avec prévision d'ajustement dès réception du rapport final. Toutefois, les résultats d'évaluations ne donnent pas lieu à des actions d'amélioration. Les résultats des indicateurs nationaux (IPAQSS de la visite pré-anesthésique...), les écarts par rapport aux bonnes pratiques (non conformité des locaux du bloc opératoire en terme d'hygiène...) et les décisions de la précédente certification ne sont pas pris en compte. La persistance de certains dysfonctionnements et l'absence de solution à court terme illustrent cette non action. La communication des résultats et des actions est réalisée au bloc et à l'UHA lors des 1/4H qualité.

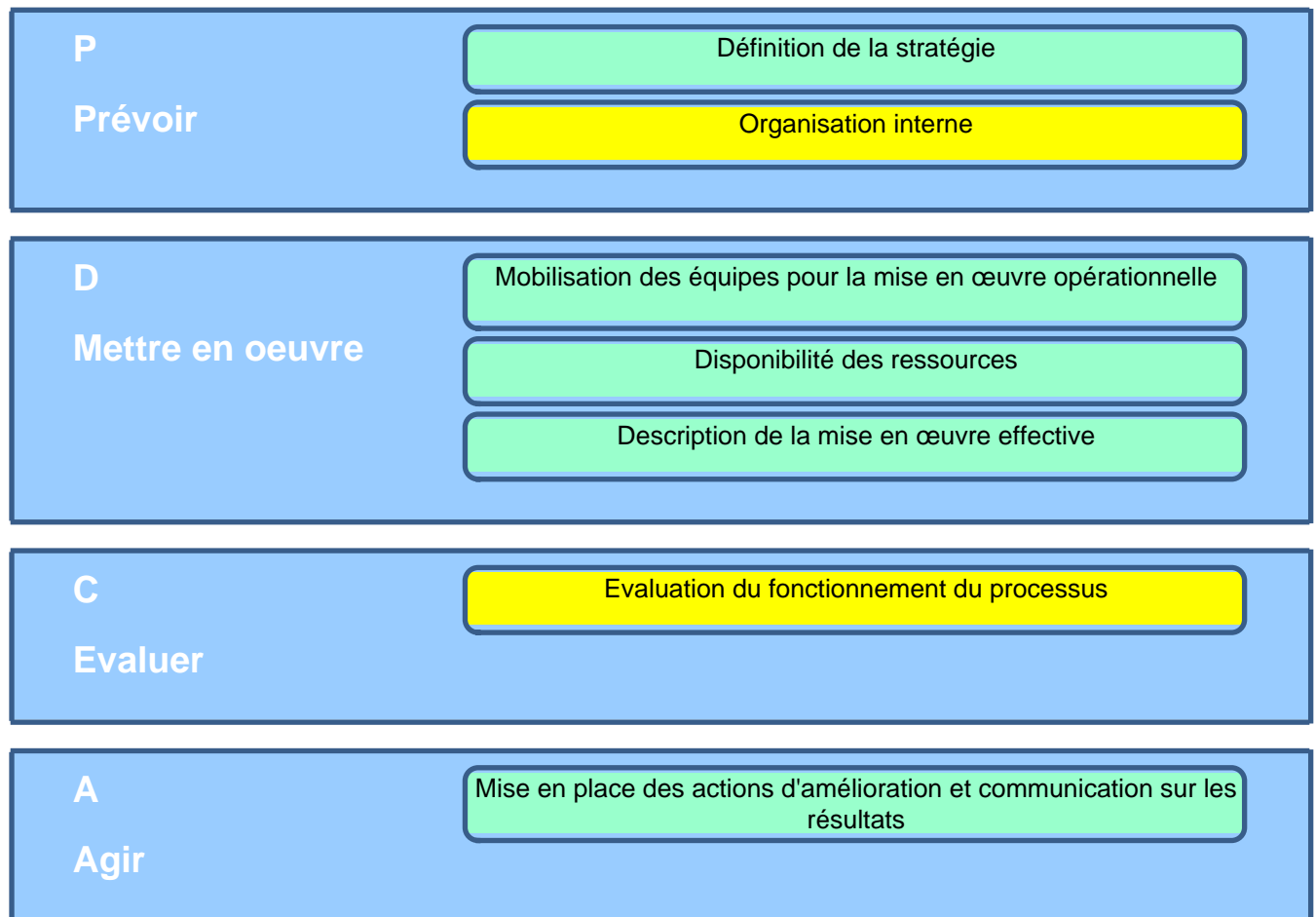
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

Les différentes spécialités réalisant des endoscopies sont identifiées. Les actes d'endoscopies, par ordre décroissant, sont endoscopies digestives exclusivement à visée diagnostique (700 actes/an), endoscopies bronchiques (300 actes/an), naso-fibrosopies en consultation ORL (160 actes/an) et échographie trans-oesophagienne (ETO 10/an) en consultation de cardiologie. Tous les actes sont programmés, aucune endoscopie n'est réalisée dans un contexte d'urgence et/ou hors heures ouvrables. Le CPOM 2012-2016 décrit l'activité d'endoscopie : une unité d'endoscopie permet de réaliser des fibrosopies bronchiques et gastriques pour les patients hospitalisés et externes ; une activité réalisée au bloc opératoire, coloscopies chez les patients hospitalisés et en ambulatoire. Cette activité est intégrée à la modernisation du plateau technique.

Le projet d'établissement 2016-2020 identifie les besoins de renforcement des ressources humaines paramédicales pour améliorer l'efficacité de l'organisation en endoscopie digestive et cardiologie. La direction de l'établissement a déposé à l'ARS, un projet de réorganisation de l'activité chirurgicale et endoscopique au bloc, consistant entre autre en une relocalisation de l'unité d'hospitalisation ambulatoire (UHA) et de l'unité d'endoscopie à côté du bloc dans les locaux inoccupés de la stérilisation depuis son externalisation. L'amélioration du parcours du patient ambulatoire et de l'efficacité en sont les 2 objectifs principaux. La centralisation du traitement des endoscopes fait partie des éléments de réflexion de ce projet. Un groupe de travail copiloté par un pneumologue et l'IDE d'endoscopie digestive a permis d'identifier les risques spécifiques aux activités des 4 secteurs par un groupe pluriprofessionnel associant les IDE d'endoscopie bronchique, de consultation ORL et consultation de cardiologie. Une cartographie des risques selon la méthode AMDEC a permis de prioriser les principaux risques liés à la prise en charge du patient en endoscopie et une autre cartographie a concerné l'entretien des endoscopes. Les risques les plus critiques de ces 2 cartographies ont été retenus dans le compte qualité. Un plan d'action est identifié pour chaque risque prioritaire dont le pilote et l'échéance sont définis. Dans le cadre de la politique qualité commune aux établissements de Châteaudun, Nogent-le-Rotrou, les groupe de travail "compte qualité endoscopie" des deux établissements ont identifié un risque commun. Ce risque avait également été identifié lors de la participation de l'établissement à l'audit national du GREPHH. Les plans d'actions du compte qualité sont intégrés au PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation des activités d'endoscopie n'est pas définie pour piloter la démarche qualité à l'échelle de l'ensemble de l'établissement. En effet, il n'y a pas de pilote institutionnel désigné pour l'ensemble des activités d'endoscopie, ce qui impacte, notamment, le suivi des recommandations de la V2010. Le suivi des plans d'actions de ce secteur issus de la V2010 n'est pas organisé, ni intégré au dispositif institutionnel de la démarche qualité. Toutefois, l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène hospitalière (EOH) a conduit, et poursuit, un travail de mise à jour ou de validation des protocoles comme mentionné dans ces plans d'actions. Les projets d'évolution du secteur d'endoscopie ne sont pas connus des pilotes et copilotes, ni des professionnels des secteurs d'endoscopie. Chaque secteur développait jusqu'à présent son projet en lien avec la direction, le biomédical et l'EOH. L'absence de pilotage commun est un frein au développement de la culture de sécurité en endoscopie. En effet, il n'existe pas de temps collectif pour le partage d'expériences, l'analyse des pratiques et le retour d'expérience en cas d'EIG n'est pas organisé. Les ressources humaines sont prévues pour les actes d'endoscopie en gastro-entérologie sous anesthésie au bloc opératoire et les actes ne nécessitant pas d'anesthésie ainsi que l'endoscopie bronchique se déroulent dans l'unité d'endoscopie pour les patients externes et hospitalisés. Les besoins en documents sont identifiés et leur élaboration prévue avec les professionnels de chaque secteur. Les protocoles concernent la prise en charge des patients en endoscopie, l'entretien des endoscopes en technique manuelle et automatisée, les fiches d'enregistrement pour la traçabilité des actes, de l'entretien des endoscopes, du bionettoyage des locaux. Les fiches d'enregistrement prévoient en ORL, la traçabilité de l'utilisation de la gaine et la vérification de son intégrité entre deux patients. Des documents d'informations destinés aux patients sont prévus dont l'enregistrement du consentement. Toutefois, les procédures documentées et actualisées, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, ne sont pas toutes en place. En effet, des documents destinés à la prise en charge du patient en endoscopie, au traitement des endoscopes sont affichés dans les 3 sites de traitements sans respecter le format institutionnel : absence d'identification du rédacteur, de la date de rédaction et absence de validation institutionnelle. Ces protocoles ne sont pas intégrés dans la GED institutionnelle. L'entretien des endoscopes et des locaux d'endoscopie est organisé. Le plan d'investissement permet de prévoir l'adéquation des besoins en matériels en partenariat avec les unités d'endoscopie et le biomédical. Les interfaces sont formalisées avec l'EOH et le biomédical pour les contrôles microbiologiques des endoscopes à canaux. Les contrôles des différents types d'eaux pour l'entretien des endoscopes sont organisés par l'EOH et le service technique.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mise en œuvre opérationnelle des objectifs et plans d'actions dans chaque secteur d'endoscopie est sous la responsabilité du cadre de secteur avec supervision du cadre supérieur de MCO. La mobilisation des équipes est centrée sur la check-list de sécurité en endoscopie au bloc opératoire et l'encouragement au signalement des EI. En 2017, 13 EI ont été déclarés, 4 en 2016. Chaque secteur d'endoscopie bénéficie du 1/4 H qualité comme les autres secteurs de l'établissement. La conformité des pratiques d'entretien des endoscopes thermosensibles est évaluée par l'EOH et les actions correctives identifiées et suivies par l'ISCLIN et le service qualité dans le PAQSS institutionnel. La planification des actes d'endoscopie digestive et bronchique chez les patients externes ou hospitalisés est réalisée au moyen de fiche de demande d'examen avec utilisation des étiquettes d'enregistrement du patient dans le SIH. La régulation des activités d'endoscopie digestive nécessitant une anesthésie est réalisée par l'IDE d'endoscopie digestive et par l'IBODE référente du bloc pour les actes selon le planning prévisionnel des plages allouées au seul gastro-entérologue libéral qui consulte à son cabinet de ville. Le planning est validé par les IDE chaque fin de semaine avec actualisation la veille dans le logiciel de programmation informatisé. En cas de difficulté l'IDE alerte le gastro-entérologue à son cabinet libéral. Compte tenu de l'absence d'activité d'urgence, il n'y a pas d'astreinte opérationnelle.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Une salle du bloc opératoire est dédiée le matin à la réalisation des endoscopies digestives avec deux matinées par semaine prévues pour les actes nécessitant une anesthésie. L'unité d'endoscopie comprend une salle d'examen pour chacune des 2 spécialités (gastro-entérologie et pneumologie) avec un local commun de désinfection qui permet le traitement des endoscopes y compris pour ceux utilisés au bloc. Les naso-fibroscopies se déroulent sur le plateau de consultations avec un local d'entretien dédié. Les ETO sont réalisées en consultation de cardiologie avec un local d'entretien dédié. Les équipements disponibles dans les locaux d'entretien des endoscopes permettent la désinfection en lave-endoscope et/ou en technique manuelle. Les lave-endoscopes viennent d'être renouvelés et sont adaptés aux besoins de l'unité d'endoscopie. La mise à disposition d'endoscopes en nombre adapté et leur maintenance préventive annuelle et curative le cas échéant sont effectives. Les contrôles microbiologiques réglementaires sont réalisés et les non conformités gérées par l'EOH et le biomédical avec les professionnels de l'unité d'endoscopie. Les effectifs humains sont disponibles pour l'organisation définie. Les 2 IDE ainsi que l'aide-soignante dédiée à l'entretien des endoscopes de l'unité d'endoscopie digestive et bronchique ont été formées par un organisme spécialisé. Toutes les IDE de consultations sont formées à l'entretien des naso-fibroscopes et plusieurs IDE de cardiologie sont formées à l'entretien des sondes d'ETO. Les équipements de protection individuelle sont mis à disposition de tous les professionnels dans tous les locaux d'entretien des endoscopes. Les protocoles nécessaires au fonctionnement de l'unité d'endoscopie, à la prise en charge des patients, à l'entretien des endoscopes sont disponibles dans chaque secteur. Ils sont actualisés et prennent en compte les exigences de l'instruction de juillet 2016 pour l'entretien des endoscopes à canaux. Les protocoles de prise en charge des patients en ORL et cardiologie ainsi que l'entretien des fibroscopes sans canaux avec utilisation de gaines de protection sont disponibles et connus des professionnels qui ont participé à leur élaboration pilotée par l'IDE hygiéniste. La majorité des protocoles est intégrée au système de gestion documentaire institutionnelle.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les processus de prise en charge des patients en endoscopie et d'entretien des endoscopes sont formalisés. La permanence des soins en cas de complication est organisée avec le service des urgences et des collaborations avec des chirurgiens digestifs d'autres établissements disposant d'un accès au bloc opératoire hors heures ouvrables. L'utilisation des naso-fibroscopes en consultation ORL ne pouvant être planifiée, la mise à disposition d'un endoscope prêt à être utilisé est systématiquement assurée. Les pratiques professionnelles issues des bonnes pratiques sont respectées avec information des patients en consultation sur le geste prévu, le rapport bénéfice/risque, le consentement et les complications comme l'a montré le patient traceur d'endoscopie digestive. Les bonnes pratiques d'identitovigilance sont mise en œuvre pour les patients bénéficiant d'un acte d'endoscopie digestive en ambulatoire au sein de l'UHA avec port de bracelet, et sans bracelet pour les externes en unité d'endoscopie. Les patients sont systématiquement informés après l'acte d'endoscopie digestive et sortent de l'UHA avec le compte-rendu opératoire comme la montre le patient traceur. La check-list de sécurité en endoscopie digestive et bronchique est disponible et mise en œuvre pour chaque acte d'endoscopie digestive et bronchique, comme l'a montré le patient traceur en endoscopie digestive. La traçabilité de l'acte et de l'entretien permet de relier le patient, l'acte, l'endoscope utilisé et son entretien. La traçabilité du repérage du risque ATNC est systématiquement mise en œuvre, c'est un prérequis pour la réalisation de toute endoscopie. Le patient traceur confirme ces traçabilités.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation repose sur des audits dont l'audit national du GREPHH, des audits check-list sécurité en endoscopie au bloc opératoire et un suivi d'indicateurs. Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs dont les EI, la qualité de la désinfection (contrôles microbiologiques) sont suivis et conduisent à l'identification de plans d'actions. Cependant, le recueil et l'analyse des EI avec retour d'expérience aux professionnels permettant la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration ne sont pas systématiquement réalisés. En effet, le nombre d'EI signalé est faible (<10 par an) et émane uniquement de l'endoscopie digestive. Les professionnels de l'ensemble des secteurs d'endoscopie connaissent le dispositif institutionnel de signalement des EI et ont déjà réalisé des signalements, pourtant la plupart des dysfonctionnements identifiés sont traités au fil de l'eau et les actions d'amélioration mises en œuvre sans formalisation. L'absence de structure de pilotage commun ne favorise pas l'organisation de CREX et ou RMM entre les 3 secteurs d'endoscopie permettant le développement de la culture de sécurité. Les EIG, y compris en endoscopie digestive comme une perforation colique, ne font pas l'objet d'analyse pluriprofessionnelle et d'identification de plans d'actions en CREX/RMM avec pilote et échéance définie.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et suivies dans le PAQSS institutionnel. Le renforcement des ressources humaines para-médicales identifié dans le projet d'établissement a conduit à la création d'un poste d'aide soignante pour l'entretien des endoscopes digestifs et la formation de plusieurs IDE en consultation de cardiologie pour assurer le fonctionnement du secteur lors de l'absence de l'IDE référente. Les actions d'amélioration identifiées suite à l'audit national du GREPHH comme la modification de la fiche d'enregistrement afin d'intégrer la traçabilité du pré-traitement, l'amélioration de l'identification du transport des endoscopes sales, le renforcement du partenariat entre l'EOH et le biomédical sont réalisées. Les plans d'action du compte qualité intégrés au PAQSS sont suivis par le bureau qualité et les secteurs concernés lors des 1/4H qualité. Une réflexion est en cours afin d'améliorer le circuit du patient en endoscopie digestive et bronchique dans le cadre du projet d'intégration de l'unité d'endoscopie et de l'UHA au bloc opératoire. Le scénario de relocalisation de l'unité d'endoscopie digestive et bronchique à proximité immédiate du bloc opératoire, envisage également l'analyse de l'intérêt d'une centralisation du traitement des endoscopes. Ce projet déposé à l'ARS est en cours d'arbitrage.

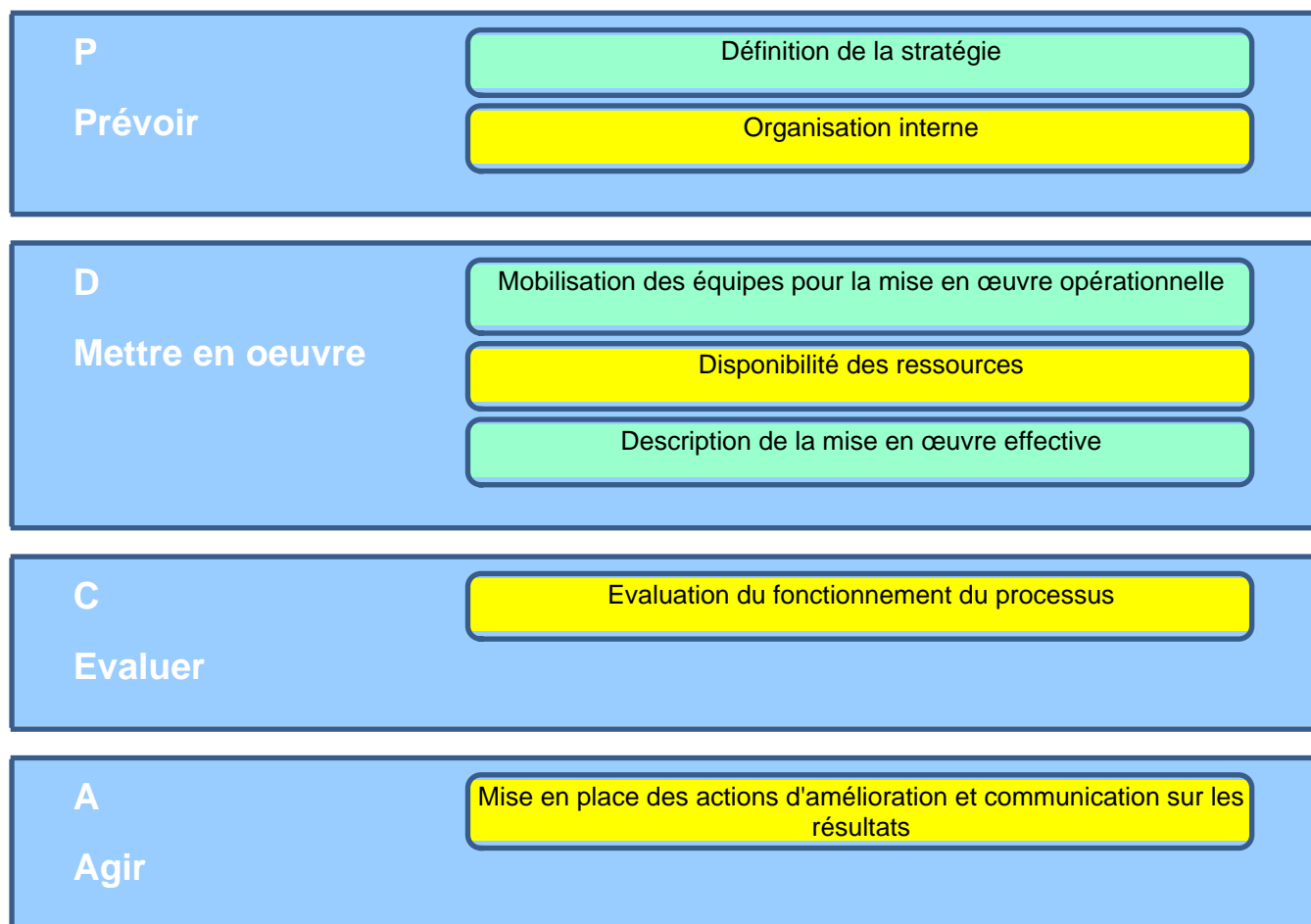
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La maternité de niveau 1 du CH de Châteaudun réalise entre 300 et 400 accouchements par an. Les facteurs de risque maternels et fœtaux, les situations critiques imprévisibles pendant le travail sont pris en compte au travers d'une collaboration formalisée avec le réseau périnatalité du Centre depuis 2001 et renouvellement de la convention en 2015. L'orientation des futures mères est organisée vers les structures les mieux adaptées au niveau de risque tout en privilégiant autant que possible l'offre de proximité. Afin d'assurer les transferts vers les maternités de niveau 2 et 3, des conventions sont signées avec le CH Chartres (maternité niveau 2) et le CHR d'Orléans (maternité niveau 3). Elles précisent les responsabilités respectives des professionnels pour une demande de transfert in utero (obstétricien) ou de nouveau-né (pédiatre/obstétricien). Le processus de prise en charge d'une patiente en obstétrique et en salle de naissance a été formalisé par un groupe de travail pluri-professionnel. L'identification des risques, leur analyse et leur hiérarchisation ont été réalisés lors de l'élaboration de cartographies (parcours obstétrique et salle de naissance) en 2016 en groupe de travail pluri-professionnel. Pendant la direction commune avec le CH de Chartres, un audit du type visite de risque a été réalisé par la maternité de Chartres en mars 2017 avec préconisations de plans d'actions. Les risques les plus critiques des cartographies et de la visite de risque ont été retenus au compte qualité avec identification de plans d'actions de leur pilote et échéance. Le risque lié à l'organisation médicale en lien avec à une durée de travail de 10 jours d'affilé sans repos fait partie des risques prioritaires. Le PAQSS du service d'obstétrique intègre les plans d'actions issus du compte qualité, des visites de risque réalisées par Chartres en mars 2017 et l'assureur en octobre 2017, ainsi que ceux des patients traceurs, et ceux de la RMM suite à une EIG survenu en mai 2017 et ayant fait l'objet d'un signalement d'EIG à l'ARS.

ORGANISATION INTERNE

L'organigramme du service a été actualisé en 2017. Les fiches de poste sont formalisées pour les sages-femmes précisant leurs missions dans les différents secteurs d'activité : bloc opératoire pour les césariennes programmées ou non, salle de naissance et suites de couches. Les modalités de coopération avec les obstétriciens et l'anesthésiste y sont formalisées. La fiche de poste pour les aides-soignants et auxiliaires de puériculture est formalisée pour leurs missions au bloc et en suites de couches, précisant leur rôle propre et les modalités de travail en binôme avec la sage-femme. Les ressources paramédicales bénéficient de formation au sein du réseau de périnatalité du Centre et de formations in situ par simulation organisées par les pédiatres pour la réanimation du nouveau-né. Le maintien des compétences professionnelles des sages-femmes est organisé pour : la réanimation nouveau-né, la surveillance peau à peau. Les formations AFGSU sont organisées et intégrées aux plans de formation. L'organisation des pédiatres permet d'assurer leur présence 10 demi journées par semaine pour la réanimation du nouveau-né et les consultations intra-hospitalières. Les 2 pédiatres temps plein assurent les astreintes 24H/24. Cependant, l'organisation ne permet pas toujours la mise à disposition, en temps utile, de toutes les ressources médicales et paramédicales nécessaires à la sécurité des parturientes. En effet, un seul obstétricien est présent 24/24 H pendant 10 jours d'affilés sur un effectif de 2.5 ETP. La fiche de poste de l'obstétricien, validée en 2014 par le directeur et le président de CME de l'époque, précise une durée travail de 10 demi-journées par semaine avec temps de travail hebdomadaire de 48h. Une inspection de l'ARS, réalisée en décembre 2015 et janvier 2016, avait pointé le défaut organisation médicale ne permettant pas d'assurer le repos réglementaire des praticiens, avec injonction de mise en conformité dans un délai de 1 mois. Par ailleurs, la visite de risque réalisée par l'assureur de l'établissement, en octobre 2017, préconise de ne pas programmer de césarienne ni d'actes de chirurgie gynécologique pour le seul obstétricien présent afin qu'il soit disponible à tout moment pour une urgence obstétricale. L'organisation du service d'anesthésie n'assure la présence que d'un seul anesthésiste par jour durant 4 à 7 jours d'affilé pour les activités d'anesthésie et d'obstétrique. L'organisation des sages-femmes ne permet la présence que d'une seule sage-femme à partir de 16h30 pour l'ensemble des activités qui se déroulent sur 3 sites différents : bloc obstétrical, bloc opératoire en cas d'urgence obstétricale et service de suites de couches. La distance entre ces différents locaux peut engendrer des difficultés en cas d'urgences. L'organisation de la salle de naissance, du service de suites de couches est formalisée dans un document rédigé en 2017. L'ensemble des protocoles nécessaires à l'activité du service d'obstétrique a été actualisé avant intégration dans le nouveau dispositif de GED institutionnelle. Les protocoles nécessaires à l'activité médicale en salle de naissance et en suites de couches ont été actualisés en septembre 2017 dont la prise en charge médicale des urgences obstétricales. La gestion en cas de mort in utero est formalisée et actualisée. Des fiches de traçabilité sont prévues : check-list de contrôle du matériel médical en salle de pré travail, salle de naissance, salle de réanimation néonatale et au bloc. Des fiches de traçabilité de l'activité dont le suivi chronologique en cas d'hémorragie du post-partum, le bionettoyage sont prévues. Des documents d'informations destinés aux parents pour le nouveau-né, pour la césarienne programmée sont formalisés. L'organisation des interfaces permet l'échange d'informations et la coordination en cas d'urgence obstétricale. L'organisation de césarienne en

code rouge a été formalisée dans le cadre d'un plan d'actions issu de la visite de risque du CH Chartres. Les interfaces sont organisées avec les pédiatres, le service des urgences. Le dépôt de sang est localisé aux urgences.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation de l'équipe de sages-femmes, aide-soignantes et auxiliaire-puéricultrices pour le développement de la culture de sécurité est réalisée par le cadre sage-femme. Le projet de service, les résultats des indicateurs nationaux, des résultats des audits et les plans d'actions du PAQSS sont abordés lors des réunions mensuelles et lors des 1/4H qualité. Les professionnels sont encouragés à être force de propositions d'actions d'amélioration et à participer au signalement des EI. Des transmissions d'équipes sont réalisées pluri-quotidiennement sur l'activité obstétricale en cours. Des revues de dossiers sont régulièrement organisée pour analyser la tenue du partogramme, la traçabilité des check-list de vérification du bon fonctionnement du matériel d'urgence et réanimation et proposer des actions d'amélioration. Le service d'obstétrique de Châteaudun participe au sein du réseau de périnatalité, aux formations, évaluations de pratiques professionnelles et à l'alimentation de la base de données régionales de l'état de santé de la mère et du nouveau né. Le cadre-sage femme s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informe les professionnels des résultats des audits. Des actions correctives sont identifiées en cas de dysfonctionnements. Le glissement de tâches identifié lors de la visite de risque du CH Chartres concernant l'administration d'ocytocine par les AS/AP, a été rectifié, l'administration étant désormais exclusivement réalisée par les SF. L'organisation de la surveillance du globe utérin en SSPI après césarienne en urgence la nuit a été modifiée suite à l'audit de Chartres. Elle est désormais assurée par l'obstétricien afin que la sage-femme puisse s'occuper du service de suites de couches. Le travail en équipe entre sage-femme, aide-soignantes, auxiliaire-puéricultrices est favorisé par le cadre dans le respect des rôles et compétences.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources médicales ne sont pas toujours adaptées aux besoins : en raison de l'organisation des plannings en place, un seul médecin anesthésiste est présent quotidiennement. De ce fait, il doit répartir son activité de la façon suivante :

- 3 jours par semaine, il assure l'activité dans les 2 salles mises en service, les sorties de SSPI et les urgences obstétricales

- 2 jours par semaine, il assure les consultations pré-anesthésiques et les urgences obstétricales.

En cas d'appel urgent sur un secteur, il doit interrompre son activité en cours ce qui est source d'insécurité et de mise en danger des patients. Par ailleurs, il n'y a qu'un seul obstétricien présent chaque jour : en cas de deux accouchements complexes simultanés, l'établissement aurait des difficultés pour y faire face, même si le nombre actuel d'accouchements annuels rend peut probable cette situation. L'obstétricien rencontré lors de la visite explique que l'organisation de 10 jours de travail d'affilés repose sur le choix d'une partie de l'équipe, il a démissionné de son poste de chef de service en octobre 2017. Le bloc obstétrical est récent et composé d'une salle d'admission, d'une salle de pré travail, de 2 salles de naissance et d'une salle de réanimation pédiatrique avec 2 postes. L'accès aux salles de naissance est contrôlé. Les 2 salles de naissance sont en ISO 7 dont le contrôle particulière annuel est réalisé dans le cadre de la qualification annuelle des centrales de traitement d'air. La salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale est intégrée au bloc opératoire, situé un étage en dessous. Il s'agit d'une salle dédiée disponible à tout moment pour une urgence obstétricale. Les équipements nécessaires à la prise en charge de la mère et de l'enfant sont présents. En cas de césarienne "code rouge", il est convenu de réaliser la césarienne en salle de naissance. Le matériel est prévu et la classe particulière ISO 7 est compatible avec une activité chirurgicale d'urgence, bien que le palier de suppression n'existe pas. Le personnel rencontré en visite n'a pas été confronté jusqu'à présent à la survenue d'une césarienne "code rouge". Des équipements de protection individuelle pour les professionnels sont disponibles à l'entrée de chaque salle. Les circuits permettent le respect du principe de l'asepsie progressive. Les protocoles nécessaires à l'activité médicale sont connus des professionnels et disponible dans le nouveau dispositif institutionnel. En particulier, la conduite à tenir pour les transferts in utero, celle en cas d'hémorragie du post-partum sont affichées. Les check-list d'ouverture de salle d'admission, de salle de pré-travail, de salle de naissance, et de contrôle de matériels de réanimation de la mère et du nouveau-né sont opérationnelles. Le dossier patient concernant la maman et l'enfant sont sous format papier. Le dossier du nouveau-né utilisé est le dossier national "Audipog".

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation définie dans le règlement intérieur du bloc obstétrical est connue des professionnels rencontrés. Les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement du secteur sont connus des professionnels, qui sont capables d'y accéder dans le logiciel de gestion documentaire informatisée institutionnel. Les interfaces avec les pédiatres, les urgences, le bloc, l'EOH, le biomédical sont opérationnelles. La traçabilité de la prise en charge médicale est réalisée comme le montrent les résultats des indicateurs nationaux, aucun accouchement voie-basse n'ayant eu lieu dans les 5 jours précédant la

visite, il n'a pas été possible de visualiser un dossier d'accouchement voie-basse en salle de naissance. L'entretien des locaux du bloc obstétrical dont l'entretien approfondi est organisée et la traçabilité réalisée. Les contrôles des chariots d'urgences adulte et pédiatrique sont effectifs et tracés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il n'existe pas de dispositif structuré d'évaluation. En effet, le recueil et l'analyse des EI avec retour d'expérience aux professionnels permettant la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration ne sont pas systématiquement réalisés. L'absence de tenue de RMM en anesthésie chirurgie avait été relevée en V 2010 pour le bloc opératoire, le plan d'action proposé prévoyait leur mise en œuvre en 2014. L'inspection de l'ARS (2015-2016) a relevé l'absence de retour d'expérience sur les événements indésirables survenus dans le service. Depuis le départ en 2016, de 2 obstétriciens et le changement de chef de service, aucune RMM n'a été réalisée par l'équipe médicale. La survenue d'un EIG en mai 2017, porté à la connaissance du directeur administratif de garde a fait l'objet d'un signalement d'EIG à l'ARS. La direction a imposé la réalisation d'une RMM pilotée par le service qualité. Aucun obstétricien n'y a participé (chef de service absent). L'organisation du temps médical ne permet pas la tenue de staff et ne favorise pas la réflexion commune sur les pratiques de soins, les obstétriciens se relayant sans aucun temps de travail en commun. L'établissement assure le recueil des indicateurs nationaux. Un audit type visite de risque a été réalisé par le CH Chartres en mars 2017 et une visite de l'assureur a eu lieu en octobre 2017. Les EPP en cours consistent en la réalisation de 2 patients traceurs en salle de naissance, et la prévention du tabagisme. Le suivi d'indicateurs quantitatifs d'activité et qualitatifs de prise en charge est facilité par le rapport du réseau périnatal Centre grâce à l'enregistrement par les sages-femmes, des données de prise en charge de la mère et du nouveau-né pour tout accouchement.

A / AGIR

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

Bien que certaines actions d'amélioration soient mises en place, aucune action n'a été mise en place sur les risques prioritaires en lien avec les problématiques de continuité médicale alors que ces dysfonctionnements ont déjà été pointés par l'ARS et l'assureur de l'établissement et la HAS lors de sa visite de certification V2010. Le PAQSS du service d'obstétrique intègre les plans d'actions issus du compte qualité, des visites de risque réalisées par Chartres en mars 2017 et l'assureur en octobre 2017, ainsi que ceux des patients traceurs, et ceux de la RMM suite à une EIG survenu en mai 2017. La majorité des plans d'actions du PAQSS sont réalisés. La formalisation de l'organisation du service, la mise à jour des protocoles nécessaires à l'activité médicale ont été réalisées au cours du second semestre 2017 en groupe de travail avec le soutien du service qualité. L'organisation d'une césarienne "code rouge" est formalisée et un exercice de simulation a été organisé pendant l'été 2017 pour s'assurer de son opérationnalité. Le dossier de la mère et de l'enfant ont été séparés, le service a acquis le dossier national spécifique pour le nouveau né. Des fiches d'ouverture de salle de naissance, salle de réanimation ainsi que des check-list de vérification du bon fonctionnement du matériel de réanimation ont été élaborées. L'analyse de leur remplissage est restituée à l'équipe paramédicale lors des réunions de service réalisées par le cadre sage-femme. Toutefois, les améliorations conduites ne portent pas sur les risques prioritaires de l'établissement. Bien que certaines actions d'amélioration soient mises en place, aucune action n'a été mise en place sur les risques prioritaires en lien avec les problématiques de continuité médicale alors que ces dysfonctionnements ont déjà été pointés par l'ARS et l'assureur de l'établissement et la HAS lors de sa visite de certification V2010.

GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION

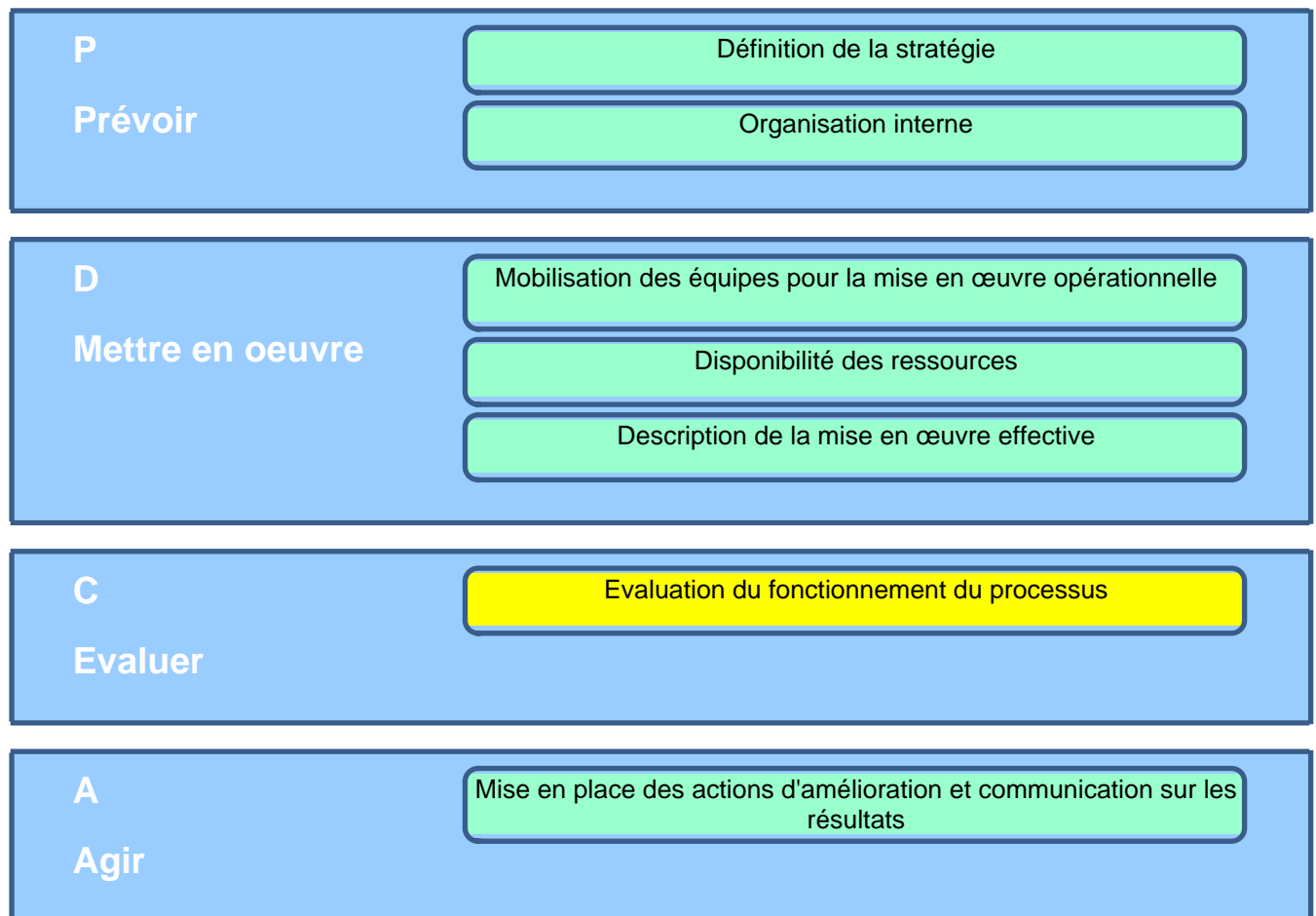
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement est en capacité de :

- Mettre en œuvre ses orientations stratégiques via le développement de l'informatisation des activités (production de soins, ...) et des usages associés.
- Se positionner dans une trajectoire d'atteinte des valeurs cibles des indicateurs du programme hôpital numérique.
- Développer les « services rendus par le système d'information aux professionnels (médicaux, soignants et administratifs) de l'établissement » et favoriser effectivement :
 - o la prise en compte des besoins des utilisateurs en matière d'informatisation de leur activité ;
 - o l'adéquation des solutions informatiques mises à leur disposition aux besoins exprimés ;
 - o l'intégration de ces solutions dans leurs pratiques quotidiennes ;
- Mettre en œuvre une organisation adaptée au développement du système d'information et à son utilisation par les professionnels de l'établissement.
- Garantir la sécurité du système d'information et prévenir les risques pesant sur celui-ci.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Projet d'Établissement (2014-2018) contient le schéma directeur du système d'information. Celui-ci respecte, en très large part, la méthodologie communément admise pour son élaboration (état des lieux du SI existant, stratégie de développement et de modernisation du SI pour une nouvelle période, définition des projets à mener avec échéancier calendaire et financement requis, utilisation des préconisations du programme national Hôpital Numérique..). L'informatisation du dossier patient est la priorité première de ce schéma directeur. Les autres projets concernent notamment la messagerie sécurisée, la télémédecine, le répertoire opérationnel des ressources (ROR), le plan de continuité et de reprise de l'activité (PRA). Ce schéma directeur est en cours d'actualisation afin de prendre en compte la dimension GHT. Une réflexion sur le système d'information et le dossier patient est menée actuellement sur plusieurs niveaux (GHT 28 et Région Centre Val de Loire). La politique de sécurité du système d'information est définie, validée et diffusée (novembre 2017). Dans son compte qualité, l'établissement a procédé à une analyse des risques en prenant en compte notamment la précédente certification, les évaluations internes (gestion des incidents sur logiciels et sur matériels). A partir d'une cartographie de processus et d'une cartographie de gestion des risques faites en commun par les 3 établissements liés par une convention de direction commune (CH La Loupe, CH Châteaudun, CH Nogent le Rotrou), le compte qualité a retenu 6 risques dont 5 communs aux 3 établissements : il comporte 8 plans d'actions. Ces plans d'action, intégrés dans le PAQSS, comportent les éléments structurants attendus (date de début, échéance, modalités de suivi, nom du référent responsable...). Ils ont été validés par le comité stratégique Qualité et la CME, et présentés aux instances de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Un pilote et deux copilotes ont été nommés pour animer la thématique gestion du système d'information (GSI). Une organisation permettant le pilotage et le suivi du SDSI est en place. Le service informatique qui comporte 4 agents qualifiés est placé sous l'autorité de la direction des services financiers et du système d'information. Des fiches de postes de ces personnels sont formalisées. Les ressources humaines du système d'information sont ainsi identifiées, s'y ajoute, contrairement à ce qu'indique les indicateurs HN, un responsable Sécurité du SI dépendant de la Direction Qualité. Un organigramme est en cours de construction pour le système d'information des 3 établissements placés sous une direction commune. Une organisation est en place pour gérer l'information médicale : un médecin DIM intervient à temps partiel sur les 3 établissements. Au Centre Hospitalier de Châteaudun, le service se compose du médecin DIM et de deux techniciennes de l'information médicale. Les personnels du service informatique organisent, le cas échéant, des formations sur les applications informatiques. Les éditeurs de logiciels assurent les formations en cas de nouvelles acquisitions ou nouvelles versions. Les formations suivies par les personnels du système d'information ne font pas l'objet, à ce jour, d'un plan de formation formalisé. Un dispositif de gestion documentaire est en place sur l'intranet de l'établissement. Il comporte des procédures, protocoles et fiches techniques. Afin d'assurer la permanence du SI, un plan de reprise de l'activité (PRA) est formalisé. Et, contrairement à ce qu'indique les indicateurs HN, des procédures dégradées connues des professionnels (par exemple, pour le dossier patient informatisé, des modalités de fonctionnement en mode dégradé sont prévues) sont en place. Le responsable du système d'information assure une astreinte informatique : les appels sont filtrés par l'administrateur de garde. Les règles d'accès au GSI sont définies : habilitation par application des professionnels dans le respect de leur profil métier, identification des personnes référentes pour assurer l'accès au GSI. Deux chartes ont été formalisées et diffusées (une charte d'utilisation des technologies numériques qui s'adressent à tous les utilisateurs ; une charte des administrateurs techniques et fonctionnels qui concerne les professionnels chargés de l'infrastructure et des applications existantes dans l'établissement). La direction des services financiers et du système d'information est en interface avec les différents secteurs d'activité de l'établissement. Elle communique avec les différents professionnels et les patients (sur les conditions d'utilisation de ses données de santé dans le livret d'accueil patient, par exemple). La cellule d'identitovigilance dont la composition est pluridisciplinaire se réunit une fois par mois.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables des secteurs d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières lors des transmissions soignantes). Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les actions d'amélioration menées dans les services sont la déclinaison du PAQSS : déploiement du dossier patient informatisé aux urgences par exemple. Les personnels ont été sensibilisés aux règles

de gestion du SI (respect charte d'utilisation, identitovigilance, modification des mots de passe..) par les responsables de l'établissement en charge de ces thèmes. Le signalement des pannes par le logiciel GLPI et les fiches d'EI permettent d'apporter des solutions aux problèmes rencontrés par les professionnels des secteurs d'activité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation) sont effectives dans les secteurs d'activité. Les personnels informatiques ont bénéficié de formations au cours des 4 dernières années (congrès, formation technique, gestion de projets). Les personnels de l'établissement ont suivi des formations sur l'identitovigilance et la bureautique. L'une des techniciennes de l'information médicale a suivi une formation diplômante (DU). L'accès au SI par les professionnels est sous habilitation en fonction de leurs profils : les personnels de remplacement reçoivent un code d'accès au SI. Chaque professionnel signe une charte d'utilisation des ressources informatiques. La documentation est accessible sur l'intranet de l'établissement (GED informatisée). Au niveau de la mise à disposition de ressources matérielles, deux locaux distincts climatisés et sécurisés accueillent l'infrastructure informatique : des serveurs distincts assurent la sauvegarde informatique des données quotidiennement. Les données du dossier patient sont sauvegardées toutes les 2 heures. Dans chaque service, des ordinateurs dédiés permettent l'édition des plans de soins dans le cadre de la procédure dégradée. Le plan de reprise de l'activité (PRA) et les procédures dégradées sont connues des professionnels. La maintenance des équipements informatiques est assurée par les informaticiens et des sociétés extérieures.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services de soins sont informatisés à 60% pour la prescription médicamenteuse (73% des lits en MCO et 15% dans les autres secteurs). La numérisation des documents externes est possible au service des urgences. Dans les services disposant du Dossier Patient unique et informatisé, celui-ci est régulièrement consulté et alimenté par l'équipe soignante. L'activité du bloc opératoire n'est pas informatisée sauf pour la gestion des RDV (activité ambulatoire). L'accès des utilisateurs du SI se fait avec un login et un mot de passe personnel. Les dossiers archivés sont facilement accessibles dans le système d'information (dossiers numérisés) ou bien aux archives. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Le patient est informé de ses droits d'accès à ses données informatisées par le livret d'accueil de l'établissement et par le site internet où les informations d'actualités datent néanmoins de 2015.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il n'existe pas de dispositif structuré d'évaluation. En effet, le dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est peu développé. Il n'existe pas d'enquête de satisfaction des utilisateurs, ni de rapport activité ou de bilans réalisés sur cette thématique. Les données issues d'Hôpital numérique ont été peu utilisées pour élaborer la cartographie des risques a priori et le plan d'action qualité SIH. De même, le dispositif d'évaluation de la sécurité du SI est peu développé. A part les audits flash portant sur les indicateurs d'hôpital numérique, l'établissement n'a pas mis en place un dispositif permettant une supervision automatique de la sécurité du système. L'établissement renseigne les indicateurs d'Hôpital Numérique. Des audits flash portant sur les indicateurs d'Hôpital Numérique ont été menés auprès des professionnels de la direction des services financiers et du système d'information en 2013 et 2017 avec l'aide d'un consultant extérieur. L'analyse des FEI est faite par la cellule de gestion des risques. Des CREX ont été organisés dont une après la panne de novembre 2016.

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 (dossier patient informatisé, par exemple) à partir des évaluations réalisées. Les plans d'actions, issus du compte qualité, ont été réalisés à 50% et 37,5% sont en cours de réalisation. Un plan d'action qualité sur la gestion du système d'information est mis en œuvre et suivi en lien avec les actions contenus dans le compte qualité. Un tableau de suivi du SDI comprend le suivi des actions d'amélioration pour le GSI. Cependant, la culture de la communication auprès de tous les professionnels est peu développée. Bien que le service du système d'information mène des actions d'information auprès des cadres et des professionnels, en cas de nécessité – exemple panne informatique du 3 /11/2016 - il n'existe pas de communication organisée des résultats des indicateurs Hôpital Numérique auprès de tous les professionnels, notamment à ceux qui participent aux travaux au niveau de la GHT. De même, le plan de déploiement informatique n'est pas diffusé auprès des professionnels.