



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DE LA
BASSE TERRE**

Avenue gaston feillard
97109 Basse-Terre - Guadeloupe
SEPTEMBRE 2020

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	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	12
DOSSIER PATIENT	19
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	26
ANNEXE	36

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 LA BASSE TERRE	
Adresse	Avenue gaston feuillard 97109 Basse-Terre - Guadeloupe
Département / région	GUADELOUPE / GUADELOUPE
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		GCS PHARMACIE DES HOPITAUX DU SUD BASSE-TERRE	Avenue gaston feuillard 97109 BASSE TERRE
Entité juridique	970100178	CENTRE HOSPITALIER DE LA BASSE-TERRE	Avenue gaston feuillard 97109 Basse-Terre
Etablissement de santé	970100392	CENTRE HOSPITALIER DE LA BASSE TERRE	Avenue gaston feuillard 97109 Basse-Terre - Guadeloupe

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	25	/	10
MCO	Gyneco-Obstétrique	15	/	/
MCO	Médecine	130	14	/
SSR	SSR	10	10	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	<p>- Accréditation COFRAC : Activités d'examen et d'analyse en biologie médicale/biochimie – hématologie- microbiologie - 12 décembre 2019 (suite dernière évaluation de novembre 2019)</p> <p>- Labellisation Centre de Maladies Rares : Drépanocytose et autres maladies génétiques du globule rouge et de l'érythropoïèse (UTAD et pédiatrie) en lien avec le CHU de Pointe à Pitre (centre de référence) - Mai 2017</p>
---	---

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements

- Convention de coopération avec mise à disposition du DR TORVICIA par l'AP-HP
- Contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation de l'efficience des soins avec l'ARS
- Convention constitutive du réseau des urgences de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy - KARU-URGENCES avec l'ARS
- Déclaration de mise en route vers le label "Amis des bébés" avec l'association "Ami des bébés"
- Protocole dispensation des soins et prévention en milieu pénitentiaire avec la Maison d'Arrêt de Basse-Terre
- Convention de mise en œuvre du programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO)
- Convention relative aux transferts sanitaires urgents vers Martinique/Métropole avec la CGSS
- Convention de coopération médicale : maintien à domicile le plus longtemps possible des malades atteints de la maladie d'alzheimer avec le CH de Capesterre-Belle-Eau
- Convention de transfert des patients USC Saint-Martin vers la réanimation du CHBT avec le CH de Saint-Martin
- Convention de coopération médicale (liaison SAU service de médecine, consultations de cardiologie, consultations de neurologie) avec le CH de Pointe-Noire
- Convention avec le CH de Bouillante
- Convention de collaboration médicale avec l'Établissement public de santé mentale de Guadeloupe (ex-CH de Montéran)
- Convention de répartition de l'activité du praticien hygiéniste avec l'Établissement public de santé mentale de Guadeloupe (ex-CH de Montéran) et le CH de Capesterre-Belle-Eau
- Convention de coopération concernant les consultations en urologie avec le CHU
- Convention de mise en place du Centre initiateur pédiatrique de Guadeloupe avec le CHU
- Convention de coopération médicale : mise à disposition de pédiatre avec le CHU
- Convention de coopération médicale concernant la couverture médicale de la maternité (participation aux gardes) avec le CHU
- Convention de coopération en pédiatrie (Garde sur place) avec le CHU
- Convention de prestation de service en expertise microbiologique environnemental avec le CHU
- Convention de partenariat relative à la prise en charge des patients drépanocytaires avec les CHUs de Guadeloupe et Martinique
- Convention de prise en charge des convalescents avec la Clinique de la Violette de Trois-Rivières
- Convention de prise en charge des soins palliatifs avec la clinique centre médico-social PITAT de Basse-Terre
- Convention de coopération relative à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique avec la clinique centre médico-social PITAT de Basse-Terre
- Convention de repli des patients HAD de la clinique avec la clinique centre médico-social PITAT de Basse-Terre
- Convention coopération - Référent antibiotique-Dr RECEVEUR (Praticien CHBT)
- Convention relative à la prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe (CUMP) avec le Conseil général et la Préfecture
- Convention de coopération concernant les IVG Médicamenteuses réalisées par le CPEF de Basse-Terre
- Convention portant sur l'approvisionnement en produits sanguins labiles du dépôt du CHBT avec l'EFS
- Convention pour l'établissement d'un dépôt de sang avec l'EFS
- Convention constitutive de l'espace de réflexion éthique de

Guadeloupe et des îles du nord avec les établissements de Guadeloupe et des îles du Nord

- GCS SYNERGIBIO avec le laboratoire Synergibio
- Contrat de prestation concernant le dépistage de la Trisomie 21 avec le laboratoire synergibio
- GCS Blanchisserie avec le CH de Capesterre-Belle-Eau, la Clinique la Violette, le CGOSH, la Résidence séniors "Flamboyants", l'EHPAD "Résidence le Sacré Cœur", l'EPSM, la Clinique des Nouvelles Eaux Vives et l'EHPAD "les jardins de Belost"
- GCS e-santé Archipel 971 avec les établissements de Guadeloupe et des îles du Nord
- GHT de Guadeloupe avec le CHU de Guadeloupe, le CH gériatrique du Raizet, le CH de Capesterre-Belle-Eau, le CH de Bouillante, le CH de Marie-Galante et le CH de Pointe-Noire
- Convention constitutive du réseau PERINAT "Naître en Guadeloupe" avec le GIP-RASPEG
- Convention constitutive du groupement de commande IMAG, projet PACS
- Convention de prestation pour les analyses d'anapathologie avec le laboratoire CPA
- Contrat de prestation inter-établissement relatif à la stérilisation des DMR avec la Clinique des Nouvelles Eaux Vives
- Convention cadre de coopération avec la Clinique des Nouvelles Eaux Vives
- Convention de coopération concernant l'utilisation de l'IRM en cardiologie et en urgences avec la Clinique des Nouvelles Eaux Vives
- Convention Hôpital-Police-Justice : Amélioration de la sécurité au CHBT avec la Préfecture, la sécurité publique et le procureur
- Pharmacie à usage unique avec le CH de Capesterre-Belle-Eau et l'EPSM
- Convention de partenariat ville-hôpital relative au suivi des patients asthmatiques avec le Réseau Asthme
- Convention d'adhésion aux services SILPC avec le Syndicat inter hospitalier du Limousin et le syndicat inter hospitalier Poitou-Charentes

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	- Endoscopies urologiques depuis juillet 2016

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Gestion du risque infectieux
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité de santé.

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.
Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
FONCTIONS SUPPORTS

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

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

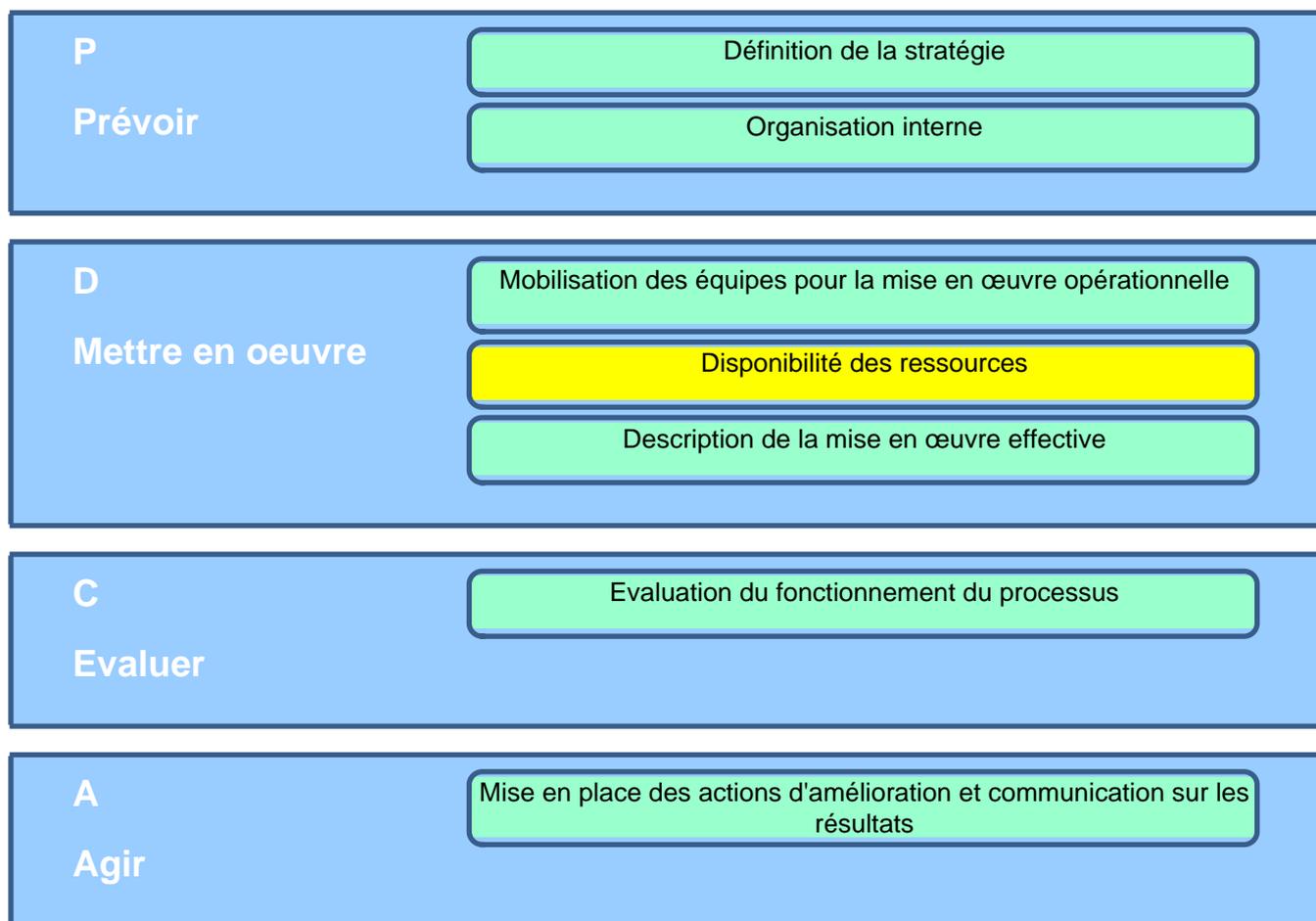
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 gestion du risque infectieux est déclinée en lien avec le programme national. Elle est établie par le CLIN et l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) en concertation avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, membre du CLIN. Elle est exprimée dans la politique qualité et sécurité des soins 2015-2020. Les axes phares visent à :

- Renforcer la maîtrise du risque infectieux à toutes les étapes de la prise en charge,
- Organiser et généraliser le bon usage des antibiotiques,
- Renforcer la qualité et la sécurité des fonctions logistiques, notamment l'élimination des déchets.

Elle est reprise dans la stratégie du processus risque infectieux 2019-2020 ciblant :

- La réponse aux exigences réglementaires en matière de qualité et de sécurité des soins,
- La prévention des infections nosocomiales,
- L'amélioration de l'hygiène des locaux et du circuit des déchets.

Compte tenu de ses orientations, de ses besoins et à partir de la cartographie s'appuyant sur l'outil de la FORAP (Fédération des Organismes Régionaux pour l'Amélioration des Pratiques en établissement de santé), le CHBT a identifié et hiérarchisé les risques du processus. Cette analyse a été réalisée par un groupe de travail associant les membres du CLIN et les correspondants en hygiène.

Les risques ont été priorisés selon la méthodologie de la HAS, à partir des écarts de la visite initiale, de la réglementation, des résultats des indicateurs nationaux, des évaluations internes (audits, EPP), de la gestion des risques a posteriori (déclaration d'EI, CREX, RMM) et des pratiques professionnelles.

Les risques priorisés ont été associés à un plan d'actions intégré dans le PAQSS institutionnel. Les modalités de mise en œuvre du programme sont déclinées autour des objectifs, des responsabilités, des échéances et de la définition des modalités de suivi.

Ce plan d'actions priorisé est articulé avec le programme institutionnel. Il a été validé par le CLIN, par le Comité de Coordination de la Qualité et de la Gestion des Risques (CCQGR) et la CME.

ORGANISATION INTERNE

Le CHBT a établi une organisation pour piloter le processus. Ce pilotage est confié au praticien hygiéniste, présidente du CLIN, responsable de l'EOH (Équipe Opérationnelle d'Hygiène), infectiovigilant et responsable des signalements. Son temps de travail dans l'établissement est de 0,6 ETP. Elle dispose d'une lettre de mission pilote de processus. Elle est assistée de l'assistante d'administration en charge de la logistique.

Le CLIN, sous-commission de la CME est l'instance de pilotage. Il est composé du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, de médecins du service de médecine, de l'infectiologue, d'un médecin anesthésiste réanimateur, d'un pharmacien, du microbiologiste, de la directrice générale, de la directrice des soins, des cadres des services d'obstétrique et de médecine C. Le représentant des usagers est convié.

Une commission des anti-infectieux est en place. Elle est présidée par un médecin infectiologue, référent en antibiothérapie. Les réunions de cette instance sont couplées à celle du CLIN.

Le déploiement opérationnel est assuré d'une part par l'EOH composée du praticien en hygiène, de l'IDE hygiéniste et d'une secrétaire à mi-temps, et d'autre part par les correspondants en hygiène représentant tous les secteurs de l'établissement.

Des formations à l'hygiène sont prévues au plan de formation. Elles ciblent la maîtrise du risque infectieux, le bon usage des antibiotiques et l'entretien des locaux. La formation des nouveaux arrivants est organisée lors de sessions d'intégration organisées deux fois par an. Les nouveaux internes sont formés au bon usage des antibiotiques et à la prévention des infections associées aux soins.

Le dispositif de gestion documentaire est informatisé. Il comprend toutes les procédures de prise en charge y compris celles concernant les actes, les situations à risque et la gestion des épidémies. Les procédures, protocoles et modes opératoires sont validés par le CLIN.

L'organisation prévoit les moyens matériels nécessaires à l'entretien des locaux, à la mise en œuvre et à la sécurisation des bonnes pratiques.

La maintenance préventive et curative des nettoyeurs vapeur est organisée.

Les interfaces sont définies avec la pharmacie, le laboratoire de biologie, le service technique et la qualité-gestion des risques.

Par ailleurs, le CHBT s'inscrit dans une organisation en réseau avec le CPIAS dans le cadre de la prévention, de la surveillance des infections associées aux soins et de l'évaluation des pratiques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La démarche institutionnelle est déclinée à partir du plan d'actions du processus, en cohérence avec celui du CLIN et issu du PAQSS.

L'EOH, les correspondants des secteurs et l'assistante d'administration en charge de la logistique sensibilisent les professionnels aux risques et s'assurent de la conformité des pratiques par la réalisation d'audits, d'observations des pratiques, d'enquêtes de prévalence, d'EPP et du suivi des indicateurs nationaux et internes. Ces actions sont soutenues par la réalisation de manifestations thématiques (journée hygiène des mains, semaine sécurité des patients, ateliers vaccination contre la grippe).

Les professionnels déclarent les événements indésirables et les infections associées aux soins, ils sont assurés de l'information concernant la suite de leurs déclarations. Ils peuvent être force de proposition dans l'identification d'actions d'amélioration et sont sollicités dans l'analyse des événements indésirables graves ou récurrents aboutissant à la réalisation de CREX ou de RMM.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles. Le plan de formation est mis en œuvre. Les correspondants en hygiène bénéficient d'une formation de 5 jours organisée par le CPIAS Iles de Guadeloupe. Des formations internes sont assurées par l'EOH. Elles concernent les précautions standard (dont l'hygiène des mains), les dispositifs médicaux (picc line, midline). D'autres sont assurées par le CPIAS (le risque infectieux en endoscopie, les antiseptiques et actes invasifs, le management de la gestion du risque infectieux, les précautions pour un porteur BMR/BHRe tout au long du parcours de soins, la gestion du risque infectieux en radiologie, kinésithérapie, ergothérapie...). En 2019, 235 personnes (soit 32% des professionnels médicaux et 48% des professionnels paramédicaux) ont bénéficié d'une formation en hygiène.

Des actions sont également réalisées tous les semestres à destination des internes (64% des internes formés en 2019). Les vacataires saisonniers bénéficient d'un temps de sensibilisation de 2 heures aux précautions standard et à la prévention de la légionellose.

Des actions de sensibilisation complètent ce dispositif, elles concernent les bonnes pratiques et les actions de traçabilité du bionettoyage (dont utilisation du nettoyeur à vapeur).

L'établissement a réalisé une importante campagne de sensibilisation de vaccination des professionnels contre la grippe.

Les équipements et matériels nécessaires au respect des bonnes pratiques sont présents : équipements de protection des professionnels, moustiquaires, produits répulsifs, matériels de prélèvement sécurisés, produits hydro-alcooliques, chariots de bionettoyage, sac de protection des bassins, nettoyeur à vapeur... Les équipements et fiches pratiques nécessaires aux différents types d'isolement sont présents dans tous les services.

Deux chambres d'isolement sont prévues en médecine B.

Les ressources documentaires sont accessibles dans tous les secteurs d'activité sur le logiciel de gestion documentaire. Il comporte le guide d'antibiothérapie probabiliste, les protocoles et procédures de prise en charge (précautions standard et complémentaires, hygiène des mains, AES, dépistage des BMR, les protocoles de soins dont préparation cutanée de l'opéré, prévention des infections respiratoires en réanimation...), ceux relatifs à la gestion de l'eau (gestion des points d'eau en réanimation, prévention du risque de légionelles dans le réseau d'eau...), de l'air et des locaux. Le plan local de maîtrise d'une épidémie est formalisé. La conduite à tenir en cas de travaux est définie. Une fiche d'argumentation des antibiotiques à dispensation contrôlée accompagne la prescription et est transmise au médecin infectiologue et au pharmacien référent en antibiothérapie.

Des supports d'information à destination des patients sont disponibles : plaquette d'information du patient sur les BMR, livret d'information sur la douche pré opératoire.

Le CHBT a réhabilité des locaux destinés à stocker les déchets en mutualisant un local intermédiaire pour deux étages et a fermé le couloir entre les salles 3 et 4 (toutes les 2 en classe ISO 7) du bloc opératoire afin de respecter les recommandations de bonnes pratiques.

Toutefois, les bonnes pratiques de gestion des déchets d'activité à risque infectieux ne sont pas totalement mises en œuvre dans tous les secteurs.

Dans le couloir externe (dessert les salles 1 et 2 du bloc opératoire) réservé à la collecte et au stockage des déchets, il a été observé des sacs de DASRI posés au sol en attente d'enlèvement. L'établissement a identifié le risque lié à l'absence de prévention du risque infectieux lié aux déchets. Il a prévu des actions liées au bionettoyage (y compris de traçabilité), à l'aménagement des locaux de stockage intermédiaire en cardiologie et en pédiatrie, à la sécurisation des locaux intermédiaires et des locaux finaux. Aucun événement indésirable n'a été signalé en 2019.

Les locaux intermédiaires sont réservés à cet usage et sécurisés. Chaque local comporte une zone d'identification des DASRI et des DAOM. La traçabilité du bionettoyage est assurée dans chaque local. Les investigations réalisées en cardiologie et en chirurgie ainsi que le circuit des déchets confirment cette pratique. Les locaux terminaux sont globalement sécurisés.

Au bloc opératoire, la centrale de traitement d'air a été changée dans les salles 3 et 4 et leurs portes rendues étanches. Un manomètre pression a été installé en salle 2.

Toutefois, le risque infectieux lié à la qualité de l'air n'est pas encore totalement maîtrisé au bloc opératoire. Les travaux de remise aux normes n'ont pas encore été effectués en totalité en salle 1 et salle 2 pour des raisons d'ordre budgétaire, l'établissement a priorisé la mise en conformité de l'établissement suite aux remarques des visites de sécurité (ces dernières sont réalisées tous les 6 mois). Les salles 1 et 2 sont affectées à la prise en charge des interventions de chirurgie propre en classe I d'Altemeier (ophtalmologie) en salle 1 (ISO 7) et à la prise en charge des interventions urgentes de chirurgie propre, contaminée en classe II d'Altemeier des urgences (plaies, césariennes urgentes,...) en salle 2 (ISO 7).

Par ailleurs, lors de la visite de suivi, la porte de la salle 2 (en cours d'intervention) est ouverte car son mécanisme est endommagé.

L'IBODE rencontrée indique que la demande de réparation a été faite en interne depuis plusieurs mois mais la réparation n'est pas encore réalisée ; la pression affichée dans cette salle est de 0 Pa.

Dans la salle 1 avoisinante, il n'existe pas de manomètre de pression et le mécanisme d'ouverture de la porte d'accès réservé aux professionnels est également défaillant. En conséquence, les professionnels doivent l'ouvrir à la main et elle reste souvent entrouverte. Le risque d'infection post opératoire pour le patient est contenu par la réalisation de l'antibioprophylaxie et de la préparation cutanée.

Aucune déclaration d'évènement indésirable n'a été recensée en 2019 dans le système déclaratif. Une infection du site opératoire (ISO) superficielle et une ISO sur prothèse totale de genou ont toutefois été relevées. Cette dernière a fait l'objet d'une investigation par l'EOHH, suivie d'une analyse des écarts, et une proposition d'actions d'amélioration transmise aux équipes. L'établissement a identifié le risque « Maîtrise du risque infectieux lié à la qualité de l'air » et a identifié quatre actions visant à la rénovation des centrales de traitement d'air en lien avec la reconstruction du bloc (échéance prévue : décembre 2019), à étanchéifier toutes les ouvertures et fermetures des salles opératoires (échéance prévue : décembre 2019), à installer des manomètres de visualisation de température et de pression dans toutes les salles (échéance prévue : décembre 2019) et à faire respecter les circulations et règles d'habillage au sein du bloc (échéance prévue : mai 2019). Les actions sont en cours de réalisation au moment de la visite de suivi. Un projet de reconstruction du bloc est envisagé à échéance 2024.

Depuis la visite de suivi, les travaux ont été réalisés pour les salles 1 et 2 (traitement d'air, revêtement des sols, remplacement des portes et automates, ...), les prélèvements microbiologiques doivent être réalisés le 25 août 2020 avant l'ouverture, en fonction des résultats.

Concernant l'installation de manomètres de visualisation de température et de pression dans toutes les salles, les travaux ont été réalisés, des prélèvements microbiologiques doivent également être réalisés le 25 août 2020 avant l'ouverture, en fonction des résultats. Pour les salles 3, 4 et 5, tous les travaux ont été finalisés et les salles livrées fin février 2020.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des services de soins investigués (soins intensifs de cardiologie, médecine B, réanimation adulte) connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que les procédures d'hygiène des locaux.

Les professionnels disposent du matériel sécurisé et de protection pour assurer la sécurité des soins et le transport des déchets.

Les mesures d'isolement prévues sont en place et sont audités pour chaque situation par le praticien hygiéniste et le(s) correspondant(s) en hygiène du service. Des observations de mise en œuvre des précautions complémentaires ont été réalisées lors des investigations terrain pendant la visite. La signalétique est en place, le patient et les visiteurs informés des restrictions et mesures de protection à adopter. La prescription est réalisée dans le dossier du patient.

Un plan de surveillance environnementale est en place selon le calendrier annuel défini avec une attention particulière sur l'air au bloc opératoire et sur l'eau. La surveillance de l'air est couplée avec le suivi des infections du site opératoire. La qualification des salles d'intervention est réalisée annuellement. La recherche de légionelles est réalisée deux fois par an. La surveillance est renforcée sur l'eau en raison des risques élevés de contamination du réseau (15 à 20 contrôles de potabilité sont réalisés chaque année). Une bâche à eau (réserve d'eau traitée par un système de filtration et de chloration permettant une autonomie de 3 jours et une stabilisation du réseau notamment après les épisodes pluvieux) est en cours de construction.

Les déclarations préalables de travaux sont transmises à l'EOH.

La surveillance épidémiologique et de la résistance aux antibiotiques est réalisée avec le microbiologiste, le médecin infectiologue et le praticien hygiéniste. En cas de résultat positif, une alerte téléphonique est émise par le laboratoire en direction du service, du médecin en charge du suivi du patient et du praticien hygiéniste qui s'assure de la mise en place des mesures de précautions complémentaires.

En réanimation, un dépistage de BMR (BLSE et SARM) est réalisé systématiquement à l'admission et est suivi d'un isolement par précautions contact pendant 48 heures puis d'un contrôle hebdomadaire si le dépistage est positif.

En cas de transfert d'un patient porteur de BMR, le service receveur est informé au préalable par téléphone, le statut est précisé dans le courrier de liaison, les ambulanciers sont informés.

La traçabilité des actions est assurée, notamment pour ce qui concerne le bionettoyage de tous les locaux de l'établissement et la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure. L'évaluation des pratiques 2019 présente un taux de conformité de 90%. La réévaluation des prescriptions d'antibiotiques supérieure à 7 jours est supérieure aux attendus du CAQES.

L'hygiène alimentaire est mise en œuvre selon la méthode HACCP.

Les interfaces sont opérationnelles avec le laboratoire qui participe à la surveillance épidémiologique des BMR et des ISO, avec le service technique pour la maintenance du réseau d'eau et avec le service qualité gestion des risques pour ce qui concerne le suivi du processus et des plans d'action.

Le fonctionnement des instances et groupe de travail est effectif. En 2019, le CLIN s'est réuni deux fois, la CAI quatre fois et les correspondants en hygiène à six reprises. Les compte rendus de réunion sont formalisés et diffusés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus. Les indicateurs nationaux des infections associées aux soins sont recueillis et suivis. Le suivi d'un indicateur de mesure du dynamisme des services (IADH) est suivi par chaque correspondant, il porte sur la consommation mensuelle des SHA, la mise en œuvre de la pulp'friction, des précautions standard et de la formation. Un rapport d'activité par service est demandé aux correspondants.

La surveillance est assurée dans le cadre du réseau, elle concerne les bactériémies et les résistances bactériennes, la consommation d'antibiotiques (CONSOIRES) et les AES. Elle est couplée à la surveillance interne du taux d'infections du site opératoire, des infections nosocomiales en réanimation, des BMR/BHRe, de la consommation d'antibiotiques, du nombre de personnes vaccinées contre la grippe, du taux de formation des professionnels et des déclarations d'événements indésirables.

Des audits ont permis d'évaluer la réévaluation de la prescription d'antibiotiques entre la 24ème et la 72ème heure et la prescription des antibiothérapies supérieures à 7 jours, la mise en œuvre des précautions complémentaires (audits par l'EOH des chambres et suivi des dossiers des patients porteurs de BMR).

Le tableau de bord des EPP présente les évaluations en cours, elles concernent les bonnes pratiques de gestion des voies veineuses périphériques, la gestion des déchets, la gestion des excréta, l'hygiène des mains, le sondage urinaire à demeure. Des CREX et RMM sont réalisées.

Les bilans annuels d'activité du CLIN et de la CAI sont transmis à la CME. Ils permettent la révision de la politique et la définition d'un plan d'action de l'année suivante.

A / AGIR

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

Les actions prévues sont intégrées et articulées avec le programme d'actions qualité et gestion des risques institutionnels. La plupart d'entre elles sont mises en œuvre ou en cours de réalisation.

Toutefois, le plan d'actions visant à la maîtrise du risque infectieux est partiellement mis en œuvre : les actions prioritaires concernant la maîtrise du risque infectieux lié à la qualité de l'air, en réponse à l'écart de la visite initiale et à échéance décembre 2019 n'ont été mises en œuvre que sur la moitié des 4 salles d'intervention (soit en salles 3 et 4). Les dysfonctionnements observés durant la visite de suivi concernant les salles 1 et 2 corroborent ce constat.

Les actions définies comme prioritaires par le CLIN concernant la prévention de la transmission croisée, l'hygiène des mains et la surveillance des BMR sont régulièrement suivies et évaluées notamment par la réalisation de formations et l'implication sur le terrain de l'EOH et des correspondants en hygiène. Par ailleurs, les locaux de déchets intermédiaires ont été aménagés et le CHBT a entrepris un vaste programme de rénovation et de mise aux normes de ses locaux, ce qui est le cas actuellement pour un des deux services de chirurgie. Des supports et modalités de diffusion sont établis. Les indicateurs nationaux sont affichés en direction des usagers.

La communication des résultats est réalisée en interne en CLIN, en CME, lors des réunions des correspondants, des réunions d'encadrement, des réunions de service, des temps de transmission, par diffusion de la lettre mensuelle institutionnelle et par voie d'affichage.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Le risque infectieux lié à la qualité de l'air n'est pas encore totalement maîtrisé au bloc opératoire (suite).</p> <p>Depuis la visite de suivi, les travaux ont été réalisés pour les salles 1 et 2 (traitement d'air, revêtement des sols, remplacement des portes et automates, ...), les prélèvements microbiologiques doivent être réalisés le 25 août 2020 avant l'ouverture, en fonction des résultats. Concernant l'installation de manomètres de visualisation de température et de pression dans toutes les salles, les travaux ont été réalisés, des prélèvements microbiologiques doivent également être réalisés le 25 août 2020 avant l'ouverture, en fonction des résultats. Pour les salles 3, 4 et 5, tous les travaux ont été finalisés et les salles livrées fin février 2020.</p>	8g
	NC	<p>Le risque infectieux lié à la qualité de l'air n'est pas encore totalement maîtrisé au bloc opératoire.</p> <p>Les travaux de remise aux normes n'ont pas encore été effectués en totalité en salle 1 et salle 2 pour des raisons d'ordre budgétaire, l'établissement a priorisé la mise en conformité de l'établissement suite aux remarques des visites de sécurité (ces dernières sont réalisées tous les 6 mois). Les salles 1 et 2 sont affectées à la prise en charge des interventions de chirurgie propre en classe I d'Alteimer (ophtalmologie) en salle 1 (ISO 7) et à la prise en charge des interventions urgentes de chirurgie propre, contaminée en classe II d'Alteimer des urgences (plaies, césariennes urgentes,...) en salle 2 (ISO 7). Par ailleurs, lors de la visite, la porte de la salle 2 (en cours d'intervention) est ouverte car son mécanisme est endommagé. L'IBODE rencontrée indique que la demande de réparation a été faite en interne depuis plusieurs mois, mais la réparation n'est pas encore réalisée ; la pression affichée dans cette salle est de 0 Pa. Dans la salle 1 avoisinante, il n'existe pas de manomètre de pression et le mécanisme d'ouverture de la porte d'accès réservé aux professionnels est également défaillant. En conséquence, les professionnels doivent l'ouvrir à la main et elle reste souvent entrouverte. Le risque d'infection post opératoire pour le patient est contenu par la réalisation de l'antibioprophylaxie et de la préparation cutanée. Aucune déclaration d'évènement indésirable n'a été recensée en 2019 dans le système déclaratif. Une ISO superficielle et une ISO sur prothèse totale de genou ont été toutefois relevées. Cette dernière a fait l'objet d'une investigation par l'EOHH, suivie d'une analyse des écarts et une proposition d'actions d'amélioration transmise aux équipes. L'établissement a identifié le risque « Maîtrise du risque infectieux lié à la qualité de l'air » et a identifié quatre actions visant à la rénovation des centrales de traitement d'air en lien avec la reconstruction du bloc (échéance prévue : décembre 2019), à étanchéifier toutes les ouvertures et fermetures des salles opératoires (échéance prévue : décembre 2019), à installer des manomètres de visualisation de température et de pression dans toutes les salles (échéance prévue : décembre 2019) et à faire respecter les circulations et règles d'habillage au sein du bloc (échéance prévue : mai 2019). Les actions sont en cours de réalisation au moment de la visite de suivi. Un projet de reconstruction du bloc est envisagé à échéance 2024.</p>	8g
	PS	<p>Les bonnes pratiques de gestion des déchets d'activité à risque infectieux ne sont pas totalement mises en œuvre dans tous les secteurs.</p> <p>Dans le couloir externe (dessert les salles 1 et 2 du bloc opératoire) réservé à la collecte et au stockage des déchets, il a</p>	7d

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		<p>été observé des sacs de DASRI posés au sol en attente d'enlèvement.</p> <p>L'établissement a identifié le risque lié à l'absence de prévention du risque infectieux lié aux déchets et a prévu des actions liées au bionettoyage (y compris de traçabilité), à l'aménagement des locaux de stockage intermédiaire en cardiologie et en pédiatrie, à la sécurisation des locaux intermédiaires et des locaux finaux. Aucun évènement indésirable n'a été signalé en 2019.</p>	
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	<p>Le plan d'actions visant à la maîtrise du risque infectieux est partiellement mis en œuvre.</p> <p>Les actions prioritaires concernant la maîtrise du risque infectieux lié à la qualité de l'air, en réponse à l'écart de la visite initiale et à échéance décembre 2019, n'ont été mises en œuvre que sur la moitié des 4 salles d'intervention (soit en salles 3 et 4). Les dysfonctionnements observés durant la visite concernant les salles 1 et 2 corroborent ce constat.</p> <p>Depuis la visite de suivi, les travaux ont été réalisés pour les salles 1 et 2, les prélèvements microbiologiques doivent être réalisés le 25 août 2020 avant l'ouverture, en fonction des résultats.</p> <p>Les manomètres de visualisation de température et de pression ont été installés dans toutes les salles, des prélèvements microbiologiques doivent également être réalisés le 25 août 2020 avant l'ouverture, en fonction des résultats. Les travaux des salles 3, 4 et 5 ont été finalisés et les salles ont été livrées fin février 2020.</p>	8g

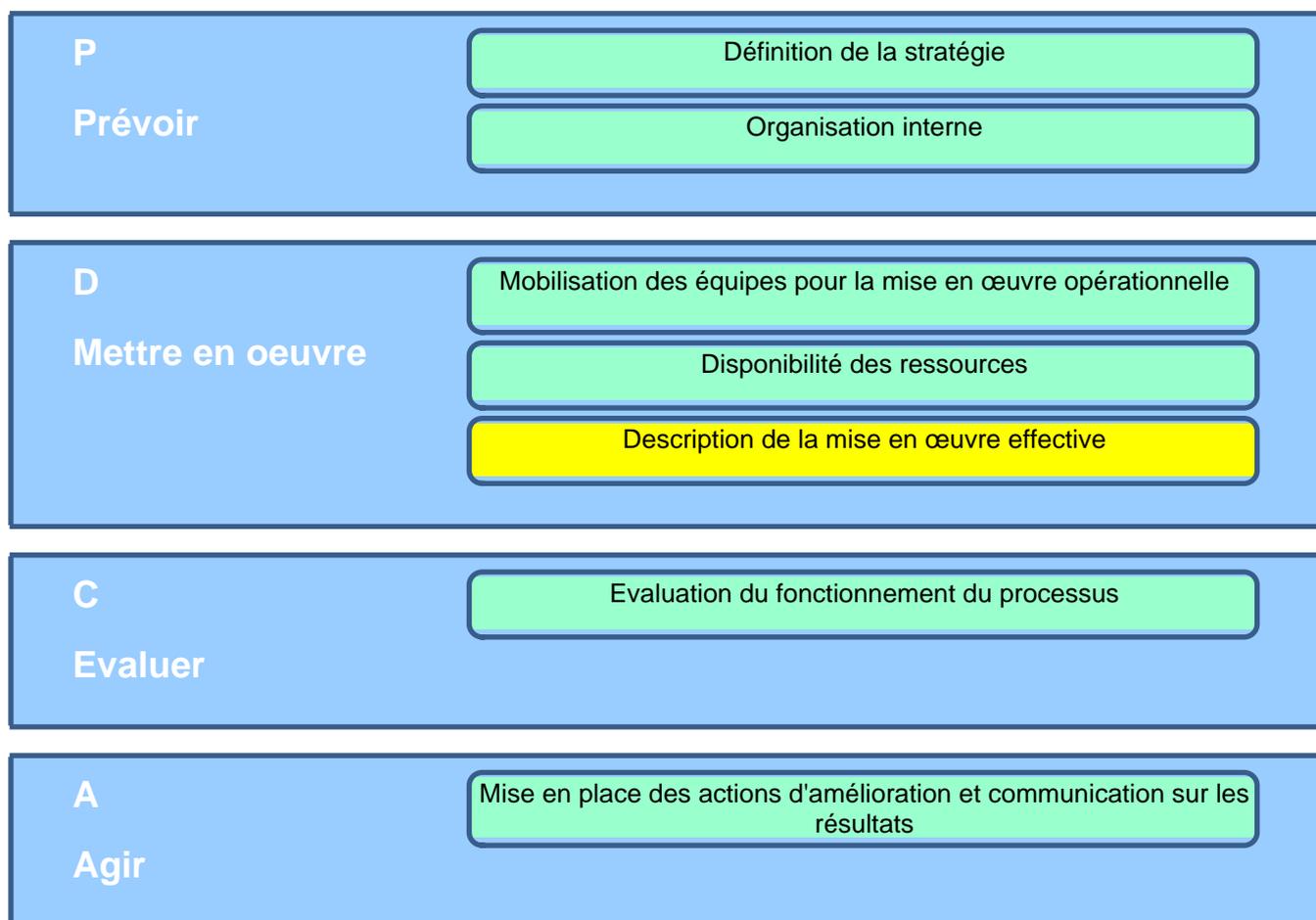
DOSSIER PATIENT

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

Les orientations stratégiques du Centre Hospitalier de la Basse Terre (CHBT) sont exprimées dans la stratégie du processus dossier patient 2020-2022. Elles intègrent des objectifs spécifiques en lien avec les écarts de la visite initiale, en particulier, ceux-ci visent à :

- Assurer la continuité et la traçabilité des actes et des soins par l'utilisation d'un dossier patient informatisé et des outils harmonisés,
- Poursuivre la formation de tous les professionnels au dossier patient informatisé (DPI), ainsi que les nouveaux arrivants,
- Répondre aux exigences du dossier patient unique,
- Identifier, classer et archiver le dossier patient par IPP,
- Répondre aux exigences réglementaires en matière de tenue et de gestion du dossier patient,
- Respecter les délais réglementaires d'accès au dossier patient.

Par ailleurs, le schéma directeur du système d'information intègre les contraintes et axes de développement du dossier patient informatisé.

Au CHBT, le dossier est déployé en version papier en réanimation adulte et néonatale, en obstétrique, au bloc opératoire concernant l'étape per opératoire et la surveillance en SSPI. Dans les autres services, il est informatisé. Le déploiement d'un nouveau dossier patient informatisé commun au GHT est planifié à partir du début Février 2020 jusqu'à Septembre 2021. Il intègrera tous les secteurs.

Les risques du processus ont été identifiés dans une cartographie des risques en s'appuyant sur les données issues de la visite initiale de certification V2014, de la réglementation, de la gestion des risques a posteriori (déclaration d'EI notamment), des pratiques professionnelles et des indicateurs internes et des indicateurs qualité et sécurité des soins.

Cette analyse a été conduite de manière pluri professionnelle par un groupe de travail associant les médecins pilotes du processus, le médecin DIM, le service informatique, la coordinatrice des secrétariats médicaux, un médecin orthopédiste, deux sages-femmes et une infirmière. La hiérarchisation des risques a été réalisée en suivant la méthodologie de la HAS. La priorisation établie selon la criticité résiduelle est formalisée dans le compte qualité.

Chaque risque prioritaire est associé à un plan d'action présenté dans le compte qualité et intégré au PAQSS institutionnel, unique et formalisé. Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies en termes de responsabilités, d'échéancier et de suivi. Le programme a été présenté en Comité de Coordination de la Qualité et de la Gestion des Risques (CCQGR) et en CME.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus dossier patient est confié à deux médecins chefs de service de médecine B et de médecine C. Leurs rôles sont définis dans une fiche de mission institutionnelle. Ils ont bénéficié d'une formation à la gestion des risques et à la V2014.

Un groupe de travail « archives » se réunit à fréquence régulière.

Le plan de développement des compétences prévoit régulièrement la formation aux transmissions ciblées et la réactualisation des connaissances.

Un temps de formation institutionnelle permet la sensibilisation régulière aux règles de traçabilité des nouveaux arrivants. Des sessions de renforcement des connaissances sont prévues tous les mois.

Des habilitations spécifiques à leur catégorie professionnelle ainsi qu'un code d'accès personnel sont prévus pour tous les utilisateurs du DPI. Le service des urgences est doté d'un logiciel spécifique interfacé avec le DPI, lui-même interfacé avec le logiciel administratif qui est le serveur unique d'identité. Depuis la fin 2019, la gestion des archives est également informatisée.

La gestion documentaire informatisée est actualisée, elle définit les règles de tenue et de gestion du dossier patient, son archivage ainsi que l'accès du patient à son dossier.

La Charte du patient hospitalisé est affichée et est contenue dans le livret d'accueil.

Les modalités d'archivage sont organisées au sein du CHBT selon l'identifiant permanent du patient (IPP). Les locaux sont conformes et sécurisés.

Les équipements informatiques, matériel de secours et contrat de maintenance permettent la mise à disposition des moyens pour la gestion du dossier patient.

Les interfaces sont organisées avec le service administratif, les secrétariats médicaux, le PMSI, l'archivage, la CDU, le service informatique et le prestataire informatique. Le déploiement du nouveau dossier s'inscrit dans le cadre de l'organisation du GHT.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels transversaux ou spécifiques aux différents secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle à partir du PAQSS.

Les professionnels sont régulièrement sensibilisés à l'importance de la traçabilité et de la complétude du dossier lors des temps de transmission et des réunions de service. Ils ont été informés des résultats de la visite initiale V2014.

Le groupe de travail « archives » est impliqué dans la mise en conformité du processus.

Les professionnels déclarent les événements indésirables en tant que de besoin, ont accès à leur traitement et à la suite donnée à leur signalement et participent à l'analyse des événements graves et récurrents.

Ils participent au processus d'évaluation du dossier réalisé par l'intermédiaire d'audits, de patients traceurs et du recueil national et hors protocole de l'indicateur qualité et sécurité des soins portant sur la qualité de la lettre de liaison en hospitalisation complète et en ambulatoire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le CHBT met à disposition les ressources permettant de répondre aux objectifs définis. L'assistante qualité, en charge de la relation avec les usagers, assure les différentes étapes de communication du dossier au patient selon la procédure établie.

Les nouveaux arrivants se voient remettre leur code d'accès au logiciel métier lors de leur prise de fonction, ils sont formés initialement par tutorat puis lors d'un temps institutionnel mensuel également dédié au renforcement des connaissances des professionnels utilisateurs habituels. Le recensement des formations réalisées en 2019 fait état de 50 nouveaux arrivants, de 36 infirmiers et aides-soignants en situation de renforcement des connaissances et de 20 sages-femmes reformées à la tenue du dossier obstétrical. Des sessions spécifiques semestrielles sont dédiées aux internes, les nouveaux médecins sont formés par le médecin DIM.

Une astreinte du service informatique 24 heures sur 24 permet d'assurer la continuité du fonctionnement du DPI, un plan de reprise d'activité est en place. La sauvegarde est réalisée régulièrement et permet l'impression des dossiers, notamment des prescriptions et des administrations médicamenteuses. Cette démarche est mise en œuvre en particulier en période de prévision cyclonique.

La procédure « Tenue et gestion du dossier patient » définit les règles applicables à l'indexation et au classement du dossier, à son organisation et à son contenu et les modalités de conservation des pièces après numérisation. Les règles de circulation, d'archivage et de destruction sont développées dans un mode opératoire spécifique « Archivage du dossier patient ».

Le livret d'accueil du patient est en cours de révision, sa nouvelle maquette intègre le formulaire de demande d'accès du patient à son dossier.

Les locaux des archives sont conformes, tous les dossiers sont conservés intramuros. La traçabilité de leurs mouvements est assurée. Les dossiers obstétricaux et anesthésiques des femmes enceintes sont conservés à proximité du bloc obstétrical.

Les professionnels disposent des équipements fixes et mobiles nécessaires pour la saisie du dossier informatique. Les moyens sont prévus pour le déploiement du nouveau dossier informatisé dans le cadre du GHT.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le circuit du dossier et ses interfaces sont clairement établies. A l'issue de la consultation médicale ouvrant sur une hospitalisation, le médecin édite une fiche d'hospitalisation médicale appelée convocation et établit un courrier destiné au médecin traitant. Le rendez-vous de consultation pré anesthésie est déterminé, la traçabilité de cette consultation est retrouvée dans le DPI.

Le patient effectue une démarche de préadmission qui donne lieu à la vérification de l'identité à partir des documents officiels. Le logiciel des admissions est interfacé avec le DPI et le logiciel des archives, ce qui permet la recherche des dossiers archivés à partir de l'IPP renseigné par la secrétaire médicale. En chirurgie regroupant les spécialités viscérales et orthopédiques, les dossiers des patients en attente d'hospitalisation sont transmis aux IDE, les fiches d'hospitalisation médicale donnant accès en outre à la date et au motif d'hospitalisation sont stockées dans un classeur par date d'entrée dans le service. Les données de la consultation pré-anesthésie complètent le dispositif d'information, on y retrouve les antécédents, les allergies, le traitement personnel. En obstétrique, le dossier de grossesse est stocké dans le bureau des sages-femmes en attente de l'accouchement.

Les éléments papier (consentement, recueil de la personne de confiance,...) viennent alimenter le contenu du dossier, ils sont scannés dans certains services (ex : en chirurgie orthopédique).

En SSR de cardiologie en hôpital de jour, le dossier est structuré et renseigné. La prescription du programme est retrouvée à partir d'une évaluation initiale clinique et de l'épreuve d'effort aboutissant à une stratification des risques présentés par le patient. Un projet personnalisé de soins est établi et approuvé par le patient avec signature du document de consentement. La macrocible d'entrée est complétée, la surveillance quotidienne de la réadaptation est tracée. L'évaluation des connaissances avant

et après le programme ainsi que le suivi à 6 mois sont renseignés. En obstétrique, après 35 semaines, le suivi de la grossesse et du travail est tracé dans le dossier obstétrical papier. Une fiche spécifique permet la traçabilité des actes et surveillances de l'hémorragie du post partum immédiat. La consultation prénatale avant 35 semaines de grossesse est réalisée dans le DPI actuel, dans l'attente d'un nouveau DPI commun au GHT, qui intégrera le dossier obstétrical informatisé comportant la consultation, le suivi du travail et l'hospitalisation.

Dans tous les services investigués (médecine, chirurgie, cardiologie, maternité), les observations médicales sont tracées quotidiennement, les actes, actions d'évaluation (douleur, risque d'escarre,...) et soins réalisés sont retrouvés dans les dossiers présentés.

Cependant, la traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient n'est pas totalement assurée en chirurgie. Ce service est composé de 25 lits dont 5 lits de gynécologie, 10 lits de chirurgie viscérale et 10 lits de chirurgie orthopédique. Dans 3 dossiers observés sur 4, l'évaluation initiale infirmière et le recueil des besoins ne sont pas tracés, la macrocible d'entrée n'est pas complétée. Le risque lié au défaut de traçabilité dans le dossier est identifié ; aucune déclaration d'évènement indésirable n'a concerné cette problématique en 2019. Ce risque expose le patient à une prise en charge en soins non exhaustive et les soignants à un défaut de continuité de la prise en charge par absence de traçabilité et de transmissions d'informations, qui restent exclusivement orales. L'insuffisance de remplissage de la macrocible d'accueil a été mise en évidence par l'audit tenue du dossier de soins en mars 2019. Un plan d'actions a été formalisé suite à cet audit.

Par ailleurs, les éléments de prise en charge sont peu structurés et incomplets en maternité (service suites de couches). Le service suites de couches est composé de 15 lits. Tous les éléments de suivi et d'observations concernant la mère et le nouveau-né sont notés dans un dossier papier unique (type livret) contenant le suivi de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que tous les éléments du séjour, non différenciés et non structurés. Les différents intervenants tracent leurs observations, prescriptions, actes de soins, administrations médicamenteuses... les uns après les autres. Par ailleurs, il n'existe pas de recueil de besoins à l'admission, pas de diagramme de soins, pas de fiche de prescription/administration, pas de document d'observations médicales, regroupés dans un dossier de soins. Le contenu du dossier n'est pas conforme aux indications de la procédure « tenue et gestion du dossier patient » applicable au dossier papier et au dossier informatisé. Le risque lié à l'absence de dossier structuré en maternité n'a pas été analysé, ni priorisé. Il expose les patientes à une erreur de prise en charge (en particulier médicamenteuse), à une prise en charge non exhaustive et à un éventuel défaut de continuité des soins par absence de structuration de la traçabilité des informations. Les risques n'ayant pas été identifiés, aucun plan d'action n'est établi en regard. Aucune déclaration d'évènement indésirable n'est recensée en 2019.

Le DPI permet l'accès aux résultats de biologie et d'imagerie ainsi qu'au compte rendu de prise en charge du patient aux urgences.

Au bloc opératoire et en SSPI le dossier est papier, la prescription et la surveillance des 24 heures post opératoires sont tracées sur le support papier. Toute prescription complémentaire dans le service est réalisée par voie informatique.

A la sortie du patient, le dossier est intégré dans le nouveau système d'archivage basé sur l'identification par IPP et permettant de localiser géographiquement le dossier en temps réel. Le processus se déploie progressivement. Dans certains services pilotes sur le déploiement du DPI (ex : chirurgie orthopédique) il n'existe plus de dossier papier, les éléments sont intégrés en totalité par numérisation dans le dossier informatisé.

La communication du dossier en direction des correspondants externes est assurée par la remise systématique de la lettre de liaison au patient à la sortie et par son envoi au médecin traitant.

L'assistante qualité en charge de la gestion de l'accès du patient à son dossier réceptionne la demande de dossier et vérifie sa recevabilité, elle transmet la demande au(x) chef(s) de service concerné(s) ainsi qu'à leurs secrétaires. La secrétaire du dernier séjour collecte toutes les informations et les transmet au patient. En 2019, les délais réglementaires de transmission sont respectés pour les dossiers inférieurs et supérieurs à 5 ans.

Les interfaces sont fonctionnelles entre cette thématique et les processus d'identitovigilance, le parcours du patient, les droits du patient et la qualité gestion des risques pour ce qui concerne le suivi des actions avec les pilotes et l'évaluation.

Les instances liées à ce processus sont la CSIRMT (Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique) et la CDU.

Depuis la visite de suivi le service de la maternité est informatisé, l'organisation en place permet de structurer les éléments de prise en charge du patient et d'assurer leur traçabilité. Une note de service a été adressée aux équipes leur demandant de tracer les éléments de prise en charge du patient dans le DPI. Le CHBT avait réalisé un audit afin d'identifier les difficultés et le motif du défaut de renseignement de la macrocible : des lenteurs informatiques lors de l'ouverture des pages, et la difficulté d'organisation entre les macrocibles et le dossier médical ont été les principales difficultés pointées. Des réglages ont été opérés par le service informatique, et une fiche technique « utilisation des macrocibles du DPI en obstétrique » précise désormais les éléments à retrouver soit dans le dossier médical, soit dans la macrocible. Ainsi dans le logiciel C. LINK les examens cliniques sont renseignés sur des fiches

journalières prévues ; les soignants assurent la traçabilité de l'administration des médicaments et notent les constantes, l'EVA, le cycle glycémique ; les données d'entrée sont notées dans la macrocible selon les consignes de la fiche technique. Quelques documents en version papier peuvent être retrouvés : enregistrements cardio-topographiques, consultation d'anesthésie, documents apportés par la patiente (échographie...).

La prise en charge en soins est maintenant organisée pour être exhaustive, et permettre aux soignants d'assurer une continuité de la prise en charge et une transmission d'informations tracées.

Un audit est prévu avant la fin de l'année afin de mesurer cette organisation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation est en place, le CHBT suit les indicateurs Hôpital Numérique et les indicateurs qualité et sécurité des soins nationaux évaluant la qualité de la lettre de liaison à la sortie en hospitalisation complète et en ambulatoire. Un recueil hors protocole a été réalisé suite aux résultats non conformes du dernier recueil national. Les délais de transmission des dossiers aux patients sont évalués régulièrement et présentés en CDU.

Par ailleurs, le tableau de bord fait état du nombre d'évènements indésirables déclarés sur la thématique, du nombre de professionnels formés et du nombre mensuel de dossiers intégrés dans le nouveau système d'archivage. Un audit de tenue du dossier a été réalisé en mars 2019 en cardiologie, en médecine B et C, en chirurgie viscérale et orthopédique, en obstétrique et en UHPCVM.

Deux patients traceurs ont été réalisés en 2019. La réalisation des RMM contribue également à l'évaluation du dossier patient.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont majoritairement mises en place. Elles concernent en particulier les actions prioritaires identifiées dans le compte qualité faisant suite aux écarts de la visite initiale. Ainsi, le dispositif d'archivage est centralisé et informatisé à partir de l'IPP patient, les règles de gestion du dossier patient ont été formalisées, les formations réalisées en direction des nouveaux arrivants, des internes et des médecins et les connaissances des utilisateurs habituels réactualisées. Les délais d'accès du patient à son dossier se sont réduits pour répondre aux exigences réglementaires attendues.

Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés, présentés dans le livret d'accueil et sur le site internet du CHBT et sont présentés en CDU. Les représentants des usagers sont également informés des délais de communication des dossiers aux patients.

La communication est assurée en interne lors des réunions de service, des temps de transmission et des réunions de la CCQGR. Les résultats des évaluations sont transmises à tous les professionnels lors des assemblées générales qualité et par diffusion de la lettre mensuelle institutionnelle et de la lettre qualité. La directrice du CHBT s'est rendue personnellement dans les services pour communiquer sur les résultats de l'audit dossier patient.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>Les éléments de prise en charge sont peu structurés et incomplets en maternité (service suites de couches). Le service suites de couches est composé de 15 lits. Tous les éléments de suivi et d'observations concernant la mère et le nouveau-né sont notés dans un dossier papier unique (type livret) contenant le suivi de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que tous les éléments du séjour, non différenciés et non structurés. Il n'existe pas de recueil de besoins à l'admission, pas de diagramme de soins, pas de fiche de prescription/administration, pas de document d'observations médicales, regroupés dans un dossier de soins. Le contenu du dossier n'est pas conforme aux indications de la procédure « tenue et gestion du dossier patient » applicable au dossier papier et au dossier informatisé. Le risque lié à l'absence de dossier structuré en maternité n'a pas été analysé, ni priorisé. Il expose les patientes à une erreur de prise en charge (en particulier médicamenteuse), à une prise en charge non exhaustive et à un défaut de continuité des soins par absence de structuration de la traçabilité des informations. Les risques n'ayant pas été identifiés, aucun plan d'action n'est établi en regard. Aucune déclaration d'évènement indésirable n'est recensée en 2019.</p> <p>Depuis la visite de suivi le service de la maternité est informatisé, et l'organisation permet de structurer les éléments de prise en charge du patient. Le CHBT avait réalisé un audit afin d'identifier les difficultés et le motif du défaut de renseignement de la macrocible : des lenteurs informatiques lors de l'ouverture des pages, et la difficulté d'organisation entre les macrocibles et le dossier médical ont été les principales difficultés pointées. Des réglages ont été opérés par le service informatique, et une fiche technique « utilisation des macrocibles du DPI en obstétrique » précise désormais les éléments à retrouver soit dans le dossier médical, soit dans la macrocible. Ainsi dans le logiciel C. LINK les examens cliniques sont renseignés sur des fiches journalières prévues ; les soignants assurent la traçabilité de l'administration des médicaments et notent les constantes, l'EVA, le cycle glycémique ; les données d'entrée sont notées dans la macrocible selon les consignes de la fiche technique. Quelques documents en version papier peuvent être retrouvés : enregistrements cardio –topographiques, consultation d'anesthésie, documents apportés par la patiente (échographie...). La prise en charge en soins est maintenant organisée pour être exhaustive, et permettre aux soignants d'assurer une continuité de la prise en charge et une transmission d'informations tracées. Un audit est prévu avant la fin de l'année afin de mesurer cette organisation.</p>	14a
	PS	<p>La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient n'est pas totalement assurée en chirurgie. Le service de chirurgie est composé de 25 lits dont 5 lits de gynécologie, 10 lits de chirurgie viscérale et 10 lits de chirurgie orthopédique. Dans 3 dossiers sur 4 observés, l'évaluation initiale infirmière et le recueil des besoins ne sont pas tracés, la macrocible d'entrée n'est pas complétée. Aucune déclaration d'évènement indésirable n'a concernée cette problématique en 2019. Le risque lié au défaut de traçabilité dans le dossier est identifié, il expose le patient à une prise en</p>	14a

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		<p>charge en soins non exhaustive, et les soignants à un défaut de continuité des soins par absence de traçabilité et de transmission d'informations qui restent exclusivement orales. L'insuffisance de remplissage de la macrocible d'accueil a été mise en évidence par l'audit tenue du dossier de soins en mars 2019. Un plan d'actions a été formalisé suite à cet audit.</p> <p>Depuis la visite de suivi le service de la maternité est informatisé, et l'organisation en place permet d'assurer la traçabilité des éléments de prise en charge du patient. Une note de service a été adressée aux équipes leur demandant de tracer les éléments de prise en charge du patient dans le DPI. Le CHBT avait réalisé un audit afin d'identifier les difficultés et le motif du défaut de renseignement de la macrocible : des lenteurs informatiques lors de l'ouverture des pages, et la difficulté d'organisation entre les macrocibles et le dossier médical ont été les principales difficultés pointées. Des réglages ont été opérés par le service informatique, et une fiche technique « utilisation des macrocibles du DPI en obstétrique » précise désormais les éléments à retrouver soit dans le dossier médical, soit dans la macrocible. Ainsi dans le logiciel C. LINK les examens cliniques sont renseignés sur des fiches journalières prévues ; les soignants assurent la traçabilité de l'administration des médicaments et notent les constantes, l'EVA, le cycle glycémique ; les données d'entrée sont notées dans la macrocible selon les consignes de la fiche technique. Quelques documents en version papier peuvent être retrouvés : enregistrements cardio –topographiques, consultation d'anesthésie, documents apportés par la patiente (échographie...). La prise en charge en soins est maintenant organisée pour être exhaustive, et permettre aux soignants d'assurer une continuité de la prise en charge et une transmission d'informations tracées. Un audit est prévu avant la fin de l'année afin de mesurer cette organisation.</p>	

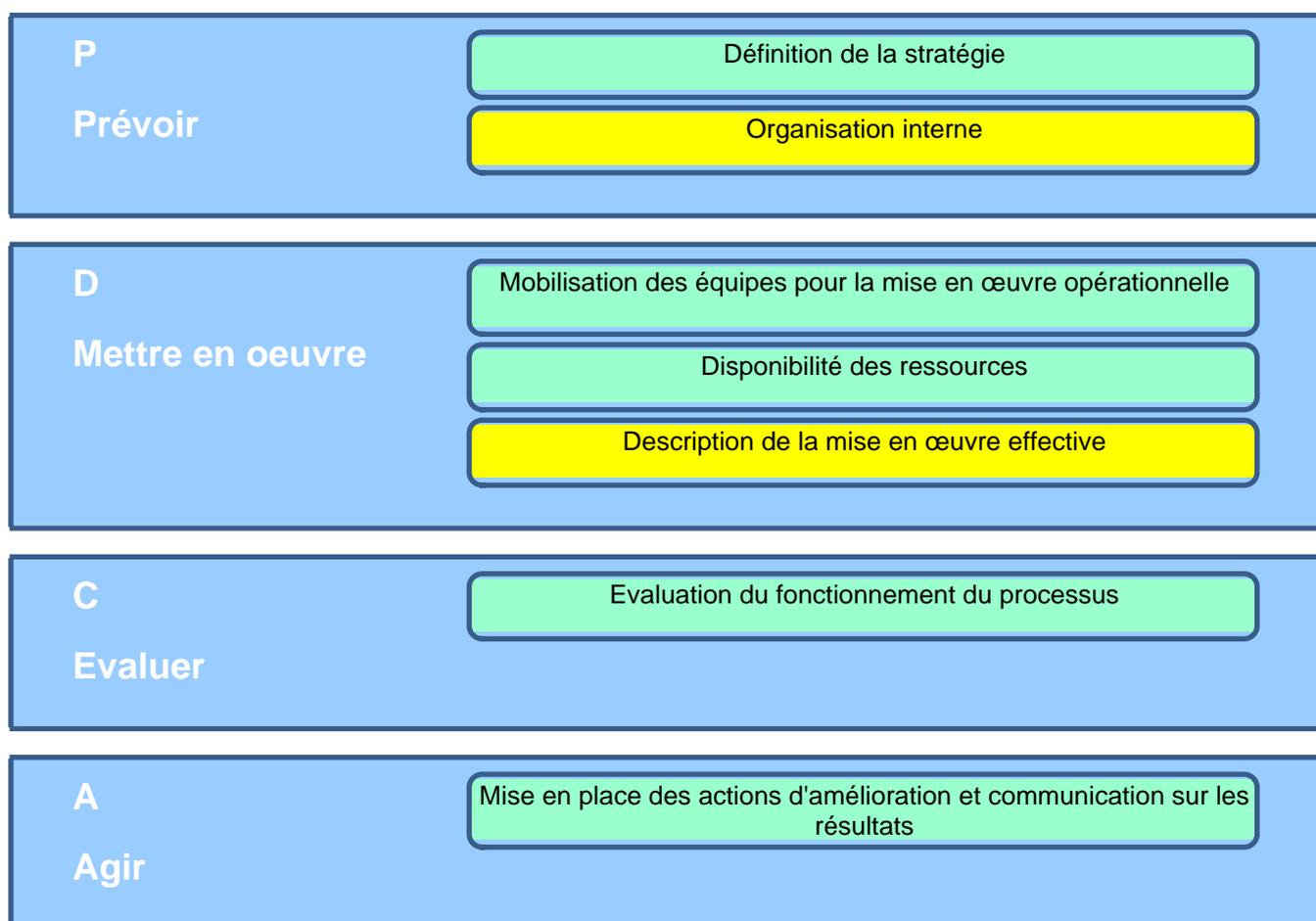
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Jusqu'au 31 décembre 2019, la pharmacie faisait partie du GCS Pharmacie commun à trois établissements de santé : le CH de la Basse-Terre (CHBT), l'EPSM et le CH de Capesterre. A la demande de l'ARS et depuis le 1er janvier 2020, le service de la pharmacie est devenue la PUI du CHBT et dispense les produits de santé et médicaments pour les trois établissements.

Le CH de Basse-Terre (CHBT) a défini une politique de la prise en charge médicamenteuse révisée récemment incluant la pertinence des traitements médicamenteux chez la personne âgée et la finalisation du déploiement de l'informatisation de la prescription/administration en réanimation adulte et néonatale, en obstétrique et au bloc opératoire.

L'identification des risques a été réalisée en 2017 à partir d'une cartographie du processus médicamenteux avec description du processus et des défaillances potentielles et actualisée après la visite de certification de 2018. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans le PAQSS de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les pilotes sont la chef de service de pharmacie et la responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQ), toutes deux pharmaciennes.

La sous-commission de la CME réunissant médecins, soignants et pharmaciennes est en charge du management de la prise en charge médicamenteuse. Les missions des pilotes, RSMQ, préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) et des IDE/sage-femme référentes sont définies dans des fiches de poste.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés : référents préparateurs par service et IDE ou sage-femme référentes pharmacie dans chaque secteur, six pharmaciens assurant les responsabilités des secteurs d'activité suivants :

- unité de reconstitution des chimiothérapies
- médicaments / dispensation individuelle nominative
- DMS / préparations magistrales / pharmacovigilance
- gestion des évènements indésirables / antibiotiques
- stupéfiants / gaz / drapage. "

L'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources matérielles nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés dans la limite de ses ressources financières : armoires à pharmacie sécurisées, chariots de soins avec poste informatique, valises de transport sécurisées et caisses isothermes, réfrigérateurs avec contrôle, affichage extérieur de température et alarme locale. L'étiquetage des médicaments et l'identification des médicaments à risque répond aux attendus dans la plupart des services investigués (Médecine C, salle de naissance coté mère, obstétrique, Hôpital de jour, réanimation adulte et réanimation néonatale). Le CHBT s'apprête à changer son logiciel métier en février 2020 pour s'inscrire dans une logique d'uniformisation au sein du GHT et informatiser tous les services. Au moment de la visite, 84 % des lits sont informatisés. Les services non informatisés au moment de la visite sont la réanimation adulte (5 lits), la réanimation néonatale (7 lits), les soins intensifs de néonatalogie (3 lits) et la maternité (15 lits), le bloc obstétrical et le bloc opératoire.

Une astreinte du service informatique 24 heures sur 24 permet d'assurer la continuité du fonctionnement du DPI, un plan de reprise d'activité est en place. La sauvegarde est réalisée régulièrement et permet l'impression des dossiers, notamment des prescriptions et des administrations médicamenteuses. Cette démarche est mise en œuvre en particulier en période de prévision cyclonique.

L'établissement a élaboré la réponse à ses besoins en ressources documentaires. Il dispose d'un guide du circuit du médicament précisant les règles en matière de prescription/administration, d'un livret thérapeutique, d'un livret gériatrique, d'un manuel qualité de pharmacotechnie. Des modes opératoires et fiches techniques sont à disposition des professionnels dans l'outil de gestion documentaire récemment mis en place (exemple : la gestion des médicaments à risques, le guide des anti-dotes, le mode opératoire "Traitement personnel du patient",...). Toutefois, l'établissement ne dispose pas de support unique de prescription/administration en maternité et à l'UCSA. En maternité le dossier est papier. La traçabilité de la prescription et de l'administration des médicaments sont faites dans le dossier obstétrical.

A l'UCSA, la prescription est faite sur une ordonnance papier. Ce dysfonctionnement expose les patients et les professionnels à un risque d'erreur d'administration (par absence ou double administration) en raison d'un défaut de lisibilité et également à un risque de retranscription des prescriptions par les IDE. Ce risque n'a pas été identifié par l'établissement. Aucun évènement indésirable n'a été déclaré sur ce

sujet. L'établissement a fait le choix d'un mode dégradé informatique, mais en cas de panne informatique et d'absence d'accès au dossier informatisé exigeant alors la mise en place d'un mode dégradé, il n'y a pas de support unique papier disponible dans les services, ni connu des professionnels.

La permanence pharmaceutique est organisée par astreinte. Les préparateurs en pharmacie sont régulièrement dans les services pour contrôle de la conformité des stockages.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

Depuis la visite de suivi, en maternité et à l'UCSA, le logiciel de prescription-administration CRYSTAL LINK intégré au DPI permet la réalisation des prescriptions et la traçabilité des administrations médicamenteuses.

En maternité le dossier est désormais informatisé, la prescription et l'administration des médicaments sont organisées dans le DPI.

Concernant l'UCSA, le CHBT a proposé à l'EPSM l'interfaçage de l'outil de prescription-administration pour avoir une prescription unique, mais l'EPSM n'a pas donné suite. Le CHBT a décidé de rendre effective la prescription et l'administration médicamenteuse de façon unilatérale dans son logiciel CRYSTAL LINK.

L'organisation prévoit que les médecins de l'EPSM utilisent le support papier unique de prescription et d'administration mis en place par le CHBT en cas de mode dégradé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels issus du plan d'action institutionnels sont relayés par l'encadrement médical et paramédical. Certains objectifs propres aux secteurs ont été établis suite à une visite à blanc en janvier 2020.

Les pilotes ont mobilisé l'encadrement et les référents (préparateurs et IDE) pour mettre en œuvre les actions définies en vue de résoudre les écarts de la visite de certification.

L'encadrement sensibilise les professionnels sur les risques identifiés notamment sur les écarts relevés lors de la visite de certification. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Les professionnels déclarent les événements indésirables, sont informés de la suite donnée à leur signalement et sont associés à la démarche d'analyse pluriprofessionnelle. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs. Des IDE référentes pharmacie ont été désignées dans chaque unité. Six sessions de formations sur la prise en charge médicamenteuse ont eu lieu en 2018 et 2019 d'une durée d'une demi-journée et ont concerné une grande majorité des IDE (90%) et une majorité d'internes (2/3).

Cependant, peu de médecins et de sages-femmes ont été formés aux risques médicamenteux et aux bonnes pratiques : 13% des médecins et 1 sage-femme sur 16 ont assisté à la formation "Produits de santé au CHBT et prise en charge médicamenteuse" organisée notamment dans le cadre de la semaine sécurité Patient en 2018 et 2019. Le risque lié à la méconnaissance de la notion de médicaments à risques a été identifié dans le compte qualité. Aucun événement indésirable n'a été signalé. Une action de formation est prévue mais elle ne concerne que les internes et les nouveaux médecins recrutés.

Suite à la visite de suivi, les formations prévues concernant les médecins et sages-femmes n'ont pas pu avoir lieu entre mars et juin 2020 compte tenu du contexte actuel. Elles seront mises en œuvre en novembre lors de la Semaine Sécurité du Patient 2020.

L'établissement met à disposition les moyens humains pour sécuriser la distribution médicamenteuse en UCSA : un gardien de prison accompagne chaque détenu qui franchi 3 grilles sécurisées avant d'arriver au niveau d'un comptoir le séparant de l'IDE dans la salle de soins.

Les ressources en documentation sont accessibles dans un outil de gestion documentaire récemment mis en œuvre. Un cahier relié de la documentation sur papier concernant la prise en charge médicamenteuse a été mis à disposition dans les unités, le temps que l'ensemble des professionnels se familiarise avec l'outil informatique.

Les ressources en matériel sont disponibles dans les secteurs : armoires à pharmacie, chariots de soins avec ordinateur pour accès à l'outil de prescription/administration informatisée. Dans la plupart des services investigués (Médecine C, salle de naissance coté mère, obstétrique, Hôpital de jour, réanimation adulte et réanimation néonatale), les armoires sont sécurisées et fermées lors de la visite. L'étiquetage des médicaments et des médicaments à risques est conforme.

Cependant, la gestion des médicaments notamment à risque n'est pas totalement sécurisée dans quelques services (identification, équipements).

Dans l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires du centre pénitentiaire (UCSA), l'armoire à

pharmacie ne ferme pas.

En salle de naissance, le chariot d'urgence des nouveau-nés est un chariot de soin à deux tiroirs non sécurisé.

En maternité, un chariot contenant des médicaments en vrac dans des casiers sans identification sert à réaliser la distribution.

Par ailleurs, l'identification des médicaments n'est pas assurée dans certains services : à l'UCSA l'étiquetage des médicaments n'est pas réalisé selon le mode DCI, les étiquettes sont manuscrites. En Unité d'Hospitalisation Programmée Cardio-Vasculaire et Métabolique, le sérum physiologique est étiqueté médicament à risque à côté du chlorure de potassium non étiqueté comme médicament à risque. Dans l'armoire à pharmacie, les logos "Médicament à risque" sont apposés sur le devant d'un tiroir qui contient des médicaments à risque et non à risque, sans indication au niveau des cases des médicaments concernés. Ces constats exposent les patients et les professionnels à un risque d'erreur dans la prise en charge, majoré par l'absence de signalétique renforcée sur un médicament particulièrement à risque vital (chlorure de potassium). Aucun événement indésirable n'a été recensé en 2019. Le risque relatif à la gestion des médicaments à risque a été identifié, le CHBT a mis en place des actions d'amélioration suite à la visite initiale en particulier en réanimation (sécurisation de l'armoire à pharmacie et des médicaments à risque dans un local fermé à clef). Il a prévu par ailleurs d'intensifier les formations ciblant les médicaments à risque. Toutefois, cette action n'a pas été généralisée, notamment en direction des médecins et des sages-femmes.

Depuis la visite de suivi, la gestion des médicaments notamment à risque est désormais totalement sécurisée dans quelques services où ce n'était pas le cas (identification, équipements).

Concernant les équipements :

- Dans l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires du centre pénitentiaire (UCSA), l'armoire à pharmacie a été sécurisée par le service technique, dans l'attente des travaux qui permettront l'installation de la nouvelle armoire sécurisée déjà livrée lors de la VS.

- La salle de naissance dispose désormais d'un chariot sécurisé, avec une liste des dotations, les médicaments notamment à risque y sont rangés.

- En maternité l'organisation du chariot a été revue, les médicaments ne sont plus en vrac dans des casiers sans identification pour réaliser la distribution, ils sont rangés et listés.

L'identification des médicaments est désormais assurée dans les services où ce n'était pas le cas :

- à l'UCSA l'étiquetage des médicaments est désormais réalisé selon le mode DCI, les étiquettes ne sont plus manuscrites.

- En Unité d'Hospitalisation Programmée Cardio-Vasculaire et Métabolique (UHPCVM), le sérum physiologique est étiqueté médicament à risque, il est maintenant séparé du chlorure de potassium étiqueté comme médicament à risque. Dans tous les services, les médicaments à risque sont identifiés avec une pastille bien visible, et rangés soit dans l'armoire à pharmacie, soit dans des bacs fermés dans la salle de préparation des soins adjacente au poste de soins (porte de salle de soins fermée, avec affiche interdisant l'accès aux personnes étrangères du service).

Ainsi, les patients et les professionnels ne sont plus exposés à un risque d'erreur dans la prise en charge. Aucun événement indésirable n'a été recensé en 2019.

La liste des médicaments à risque est formalisée, à disposition des professionnels dans la GED et affichée à côté de toutes les armoires à pharmacie. L'apposition d'un logo médicaments à risque est réalisée dans tous les services et en pharmacie. Les médicaments d'urgence sont partout identifiés.

L'établissement a élaboré la liste des médicaments à risque. Cette liste est à disposition des professionnels dans la GED et affichée à côté de toutes les armoires à pharmacie. L'apposition d'un logo médicaments à risque est réalisé dans presque tous les services et en pharmacie. Les médicaments d'urgence sont partout identifiés.

Dans les services, les réfrigérateurs pour médicaments comportent tous un contrôle extérieur de la température et une alarme locale. La procédure en cas d'alerte est affichée sur tous les réfrigérateurs. Un relevé des températures est réalisé et tracé une fois par semaine. La température du réfrigérateur de qualité ménage de l'accueil guichet de la pharmacie n'est pas contrôlée. Ce réfrigérateur sert à déposer très temporairement les médicaments commandés par les services dont le respect de la chaîne du froid est nécessaire.

Une unité de reconstruction des chimiothérapies (URC) est organisée au sein de la PUI sous hotte, respectant la marche en avant et le double contrôle des produits et de l'étiquetage à chaque étape de la reconstitution. Les unités produites sont validées par la pharmacienne. L'établissement a un projet de réaménagement de cette URC au sein de la pharmacie dans une zone plus spacieuse. Une pièce est réservée aux préparations magistrales. La production en est réduite : l'établissement ne reconstitue pas de poches de nutrition parentérale. L'habillage, la double vérification de la préparation, l'accréditation de la balance et la libération par un pharmacien sont assurés et formalisés dans le Manuel Qualité de pharmacotechnie.

L'information aux patients s'appuie dans certains secteurs sur des informations écrites (oncologie,...). Un triptyque destiné aux patients sur "Mes médicaments à l'hôpital" a été élaboré.

En 2010, la PUI a emménagé dans un espace partagé avec le magasin. L'accès à la PUI est sécurisé pour ce qui est de l'accès au guichet pour les professionnels venant chercher les commandes et pour la

rétrocession, avec un contrôle, avant ouverture à distance, par caméra. Deux portes vitrées donnant de la pharmacie sur l'extérieur sont fermées avec barre anti-panique, empêchant l'accès depuis l'extérieur. Cependant l'accès à la PUI n'est pas totalement sécurisé dans la journée. Une autre porte donnant sur l'extérieur (sur la plateforme de livraison) et donnant accès à un couloir commun à la pharmacie et au magasin est constamment ouverte dans la journée. Cette porte et ce couloir donnent accès à la pharmacie par une porte non sécurisée : accès à l'espace d'accueil des livraisons, et accès en continuité aux stockages de médicaments ; le couloir commun donne plus loin accès à des zones de stockage de la pharmacie (DMS, antiseptiques, pansements, solutés) fermées par des portes non sécurisées. Cette absence de sécurisation expose le CHBT à un risque d'intrusion dans la pharmacie par du personnel non autorisé, à des vols de médicaments et de dispositifs médicaux. Aucun évènement indésirable n'a fait l'objet de signalement en 2019. L'établissement a identifié le risque, a réuni un groupe de travail et élaboré un projet de relocalisation du magasin et de sécurisation de la pharmacie. Des devis (changement des portes vitrées) et des commandes de portes coupe-feu sont en cours. Le projet de relocalisation exige plusieurs étapes : déclassement d'un ancien bâtiment de soins, diagnostics, désamiantage, réhabilitation,... Son financement n'est pas finalisé dans le cadre de la restructuration sanitaire en Guadeloupe.

Après avoir réuni un groupe de travail et élaboré un projet de relocalisation du magasin et de sécurisation de la pharmacie, depuis la visite de suivi, quatre blocs de portes coupe-feu ont été remplacées suite à des travaux. Des travaux supplémentaires sont prévus au dernier trimestre 2020 sur les portes vitrées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent le plus souvent l'organisation définie pour la prescription/administration et mettent en œuvre les protocoles et procédures (gestion du traitement personnel, médicaments à risques,...) établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les prescriptions informatisées sont conformes.

Cependant, les bonnes pratiques de prescription des médicaments ne sont pas systématiquement respectées. En l'absence de support unique de prescription/administration à l'UCSA et en maternité, il a été constaté :

- en maternité (dossier papier), la prescription est faite dans l'observation de la sage-femme ou du médecin ; l'administration est tracée sur le partogramme ou la feuille de surveillance d'hémorragie du post-partum ou dans les observations de la sage-femme en suites de couche ou en hospitalisation prénatale. Dans ce cas, l'administration ne peut être notée au regard de la prescription. Cette absence de lisibilité est susceptible d'entraîner des erreurs d'administration exposant les patientes et les professionnels.

- à l'UCSA, les prescriptions des médecins du CHBT sont réalisées sur des ordonnances du CHBT, et les prescriptions des psychiatres sur des ordonnances de l'EPSM. Les prescriptions sont retranscrites sur des fiches en T sur un tableau de programmation de soins. Les médicaments à distribuer sont préparés à partir du tableau et des fiches en T. Le dossier patient informatisé est accessible au sein de l'UCSA aux IDE et aux médecins, les IDE y tracent la distribution des médicaments sans préciser quels médicaments ont été distribués.

L'absence de support unique papier oblige à des retranscriptions par les IDE des traitements à distribuer et la préparation des formes orales a lieu à partir de cette retranscription.

En maternité, la distribution est réalisée avec un chariot contenant des médicaments en vrac dans des casiers sans identification. Ces pratiques exposent les patients et les soignants à un risque d'erreurs médicamenteuses (risque par exemple de ne pas donner le bon médicament au bon patient). Ce risque n'a pas été identifié par l'établissement.

L'établissement a identifié le risque d'absence de support unique à l'UCSA, mais pas en maternité. A la maternité, il est prévu que soit utilisé le dossier informatisé et la prescription/administration informatisée mis en place en consultation d'obstétrique (le dossier informatisé n'est pas encore en place en service d'hospitalisation). Aucun évènement indésirable n'a fait l'objet de signalement en 2019.

Depuis la visite de suivi, un logiciel de prescription-administration (CRYSTAL LINK) est intégré dans le DPI et permet la prescription et l'administration médicamenteuse informatisée.

En maternité le dossier est informatisé, la traçabilité de l'administration des médicaments est désormais réalisée dans le DPI en regard de la prescription.

Concernant l'UCSA, le CHBT a proposé à l'EPSM l'interfaçage de l'outil de prescription-administration pour avoir une prescription unique, mais l'EPSM n'a pas donné suite. Le CHBT a décidé de rendre effective la prescription et l'administration médicamenteuse de façon unilatérale dans son logiciel CRYSTAL LINK. Ainsi les prescriptions ne sont plus retranscrites sur des fiches en T, tout est tracé dans le logiciel.

En maternité la réorganisation du chariot et les médicaments désormais rangés dans des casiers permettent de réaliser la distribution des médicaments dans le respect des bonnes pratiques.

L'analyse pharmaceutique de niveau 2 est en place pour l'ensemble des prescriptions.

La dispensation est globale pour la plupart des services du CHBT et nominative dans trois services (Médecine B, Médecine C et USIC). La conciliation médicamenteuse est prévue pour 2020 et la définition des profils de patients est en cours.

La distribution des médicaments se fait à l'aide de piluliers en médecine, en chirurgie ou principalement

en injectable en réanimation, en réanimation néonatale. Elle n'est toutefois pas sécurisée dans tous les services. Dans un service, l'absence de support unique papier oblige à des retranscriptions par les IDE des traitements à distribuer et la préparation des formes orales a lieu à partir de cette retranscription. Dans un autre, la distribution est réalisée avec un chariot contenant des médicaments en vrac dans des casiers sans identification. Ces pratiques exposent les patients et les soignants à un risque d'erreur médicamenteuse. Ce risque n'a pas été identifié par l'établissement.

L'administration des médicaments est tracée le plus souvent en temps réel.

Depuis la visite de suivi, la distribution des médicaments est sécurisée, le logiciel de prescription-administration (CRYSTAL LINK) permet la prescription et l'administration médicamenteuse informatisée sur support unique, évitant ainsi les retranscriptions par les IDE des préparations de formes orales, ou des traitements à distribuer dans les services. La distribution est désormais réalisée avec un chariot contenant des médicaments rangés dans des casiers identifiés.

Les principales catégories de médicaments à risque sont en général connues des IDE. Une liste a été élaborée et est affichée dans les services près des armoires à pharmacie. Cette liste est disponible dans la GED.

Le double contrôle de la préparation des médicaments à risque en réanimation adulte et des injectables en néonatalogie a fait l'objet de rappel et est le plus souvent réalisée. Elle n'est pas systématiquement tracée en néonatalogie du fait d'un outil chronophage et générant beaucoup de papier (une feuille A4 par injection par produit).

Les contrôles de péremption sont assurés par les préparateurs référents. Selon la règle des 5B, c'est l'IDE qui vérifie la date de péremption avant toute administration de médicament. Aucun médicament périmé n'a été retrouvé au cours de la visite de suivi dans les armoires à pharmacie. Cependant, ce contrôle n'est pas tracé sauf pour les médicaments d'urgences. On ne retrouve dans aucun service la traçabilité du contrôle des péremptions réalisé (date, nom, signature). En réanimation les péremptions à retirer sont relevées pour l'année et par mois sur un tableau blanc effaçable sans indication de la date de contrôle, ni de la personne l'ayant réalisée. Au moment de la visite de suivi, le tableau situé à côté des armoires à pharmacie était partiellement effacé. En salle de naissance dans le chariot de prise en charge à la naissance des nouveau-nés, les ampoules de Naloxone à retirer en Février 2020 étaient repérées par un trait au feutre noir sur l'étiquette qui masquait le numéro de lot de certaines ampoules. Aux urgences, les médicaments bientôt périmés sont repérés par un trait au stylo fluorescent sur l'étiquette. Deux événements indésirables concernant des médicaments et dispositifs médicaux périmés ont été signalés en 2019. L'ordonnance de sortie est remise au patient.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation du processus par des audits et le suivi des indicateurs du CAQES et des indicateurs Hôpital Numérique. Une visite à blanc a été réalisée en Janvier 2020 avec l'élaboration d'un plan d'action par secteurs. Un règlement intérieur de CREX médicaments a été élaboré et une CREX a eu lieu en janvier 2020 sur un EI de décembre 2019. Des bilans d'activité et de consommation sont présentés en CME.

A / AGIR

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

Des actions correspondant aux écarts de la visite de certification ont été mises en place (traçabilité double contrôle en néonatalogie, liste des IDE référentes et fiche de poste, logo "Médicament à risque", formations des professionnels de santé et des représentants d'usagers de la CDU, procédure d'autonomie patient en UHPCVM, acquisition armoire à pharmacie en réa adulte et aux Urgences).

Le suivi des actions est effectif.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels (feuille "Points nouveaux depuis la dernière visite") et des usagers invités à la formation sur la prise en charge médicamenteuse. Une intervention est prévue devant le congrès de l'Union départementale des associations familiales (UDAF) en avril 2020 sur le thème du médicament à l'hôpital.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	<p>L'établissement ne dispose pas de support unique de prescription/administration en maternité et à l'UCSA. En maternité (dossier papier) et à l'UCSA (dossier informatisé), il n'existe pas de support unique de prescription/administration. En maternité le dossier est papier. La traçabilité de la prescription et de l'administration des médicaments sont faites dans le dossier obstétrical. A l'UCSA, la prescription est faite sur une ordonnance papier. Ce dysfonctionnement expose les patients et les professionnels à un risque d'erreur d'administration (par absence ou double administration) en raison d'un défaut de lisibilité et également à un risque de retranscription des prescriptions par les IDE. Ce risque n'a pas été identifié par l'établissement. Aucun évènement indésirable n'a été déclaré sur ce sujet. L'établissement a fait le choix d'un mode dégradé informatique, mais en cas de panne informatique et d'absence d'accès au dossier informatisé exigeant alors la mise en place d'un mode dégradé, il n'y a pas de support unique papier disponible dans les services, ni connu des professionnels.</p> <p>Depuis la visite de suivi, en maternité et à l'UCSA, le logiciel de prescription-administration CRYSTAL LINK intégré au DPI permet la réalisation des prescriptions et la traçabilité des administrations médicamenteuses. En maternité le dossier est désormais informatisé, la prescription et l'administration des médicaments sont organisées dans le DPI. Concernant l'UCSA, le CHBT a proposé à l'EPSM l'interfaçage de l'outil de prescription-administration pour avoir une prescription unique, mais l'EPSM n'a pas donné suite. Le CHBT a décidé de rendre effective la prescription et l'administration médicamenteuse de façon unilatérale dans son logiciel CRYSTAL LINK. L'organisation prévoit que les médecins de l'EPSM utilisent le support papier unique de prescription et d'administration mis en place par le CHBT en cas de mode dégradé.</p>	20a
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>.../...</p> <p>La gestion des médicaments notamment à risque n'est pas totalement sécurisée dans quelques services (identification, équipements) Depuis la visite de suivi, la gestion des médicaments notamment à risque est désormais totalement sécurisée dans quelques services où ce n'était pas le cas (identification, équipements). Concernant les équipements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires du centre pénitentiaire (UCSA), l'armoire à pharmacie a été sécurisée par le service technique, dans l'attente des travaux qui permettront l'installation de la nouvelle armoire sécurisée déjà livrée lors de la VS. - La salle de naissance dispose désormais d'un chariot sécurisé, avec une liste des dotations, les médicaments notamment à risque y sont rangés. - En maternité l'organisation du chariot a été revue, les médicaments ne sont plus en vrac dans des casiers sans identification pour réaliser la distribution, ils sont rangés et listés. <p>L'identification des médicaments est désormais assurée dans les services où ce n'était pas le cas :</p>	20a bis

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		<p>- à l'UCSA l'étiquetage des médicaments est désormais réalisé selon le mode DCI, les étiquettes ne sont plus manuscrites.</p> <p>- En Unité d'Hospitalisation Programmée Cardio-Vasculaire et Métabolique (UHPCVM), le sérum physiologique est étiqueté médicament à risque, il est maintenant séparé du chlorure de potassium étiqueté comme médicament à risque. Dans tous les services, les médicaments à risque sont identifiés avec une pastille bien visible, et rangés soit dans l'armoire à pharmacie, soit dans des bacs fermés dans la salle de préparation des soins adjacente au poste de soins (porte de salle de soins fermée, avec affiche interdisant l'accès aux personnes étrangères du service). Ainsi, les patients et les professionnels ne sont plus exposés à un risque d'erreur dans la prise en charge. Aucun événement indésirable n'a été recensé en 2019.</p> <p>La liste des médicaments à risque est formalisée, à disposition des professionnels dans la GED et affichée à coté de toutes les armoires à pharmacie. L'apposition d'un logo médicaments à risque est réalisée dans tous les services et en pharmacie. Les médicaments d'urgence sont partout identifiés.</p>	
	PS	<p>Les médecins et de sages-femmes sont peu formés aux risques médicamenteux et aux bonnes pratiques de déclaration des EI médicamenteux.</p> <p>13% des médecins et 1 sage-femme sur 16 ont assisté à la formation "Produits de santé au CHBT et prise en charge médicamenteuse" organisée notamment dans le cadre de la semaine sécurité Patient en 2018 et 2019. Le risque lié à la méconnaissance de la notion de médicaments à risques a été identifié. Aucun événement indésirable n'a été signalé. Une action de formation est prévue mais elle ne concerne que les internes et les nouveaux médecins recrutés. Suite à la visite de suivi, les formations prévues concernant les médecins et sages-femmes n'ont pas pu avoir lieu entre mars et juin 2020 compte tenu du contexte actuel. Elles seront mises en œuvre en novembre lors de la Semaine Sécurité du Patient 2020.</p>	20a bis
	PS	<p>L'accès à la PUI n'est pas complètement sécurisé dans la journée.</p> <p>En 2010, la PUI a emménagé dans un espace partagé avec le magasin. L'accès à la PUI est sécurisé pour ce qui est de l'accès au guichet pour les professionnels venant chercher les commandes et pour la rétrocession, avec un contrôle, avant ouverture à distance, par caméra. Deux portes vitrées donnant de la pharmacie sur l'extérieur sont fermées avec barre anti-panique, empêchant l'accès depuis l'extérieur.</p> <p>Une autre porte donnant sur l'extérieur (sur la plateforme de livraison) et donnant accès à un couloir commun à la pharmacie et au magasin est constamment ouverte dans la journée. Cette porte et ce couloir donnent accès à la pharmacie par une porte non sécurisée : accès à l'espace d'accueil des livraisons, et accès en continuité aux stockages de médicaments ; le couloir commun donne plus loin accès à des zones de stockage de la pharmacie (DMS, antiseptiques, pansements, solutés) fermées par des portes non sécurisées. Cette absence de sécurisation expose le CHBT à un risque d'intrusion dans la pharmacie par du personnel non autorisé, à des vols de médicaments et de dispositifs médicaux. Aucun événement indésirable n'a fait l'objet de signalement en 2019.</p> <p>L'établissement a identifié le risque, a réuni un groupe de travail et élaboré un projet de relocalisation du magasin et de sécurisation de la pharmacie. Des devis (changement des portes vitrées) et des commandes de portes coupe-feu sont en cours.</p> <p>Le projet de relocalisation exige plusieurs étapes : déclassement d'un ancien bâtiment de soins, diagnostics,</p>	20a bis

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		<p>désamiantage, réhabilitation,... Son financement n'est pas finalisé dans le cadre de la restructuration sanitaire en Guadeloupe.</p> <p>Après avoir réuni un groupe de travail et élaboré un projet de relocalisation du magasin et de sécurisation de la pharmacie, depuis la visite de suivi, quatre blocs de portes coupe-feu ont été remplacées suite à des travaux. Des travaux supplémentaires sont prévus au dernier trimestre 2020 sur les portes vitrées.</p>	
	NC	<p>La gestion des médicaments notamment à risque n'est pas totalement sécurisée dans quelques services (identification, équipements).../...</p> <p>A l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires du centre pénitentiaire (UCSA), l'armoire à pharmacie ne ferme pas. En salle de naissance, le chariot d'urgence des nouveau-nés est un chariot de soins à deux tiroirs non sécurisé. En maternité, un chariot contenant des médicaments en vrac dans des casiers sans identification sert à réaliser la distribution.</p> <p>Par ailleurs, l'identification des médicaments n'est pas assurée dans certains services : à l'UCSA l'étiquetage des médicaments n'est pas réalisé selon le mode DCI, les étiquettes sont manuscrites. En Unité d'Hospitalisation Programmée Cardio-Vasculaire et Métabolique, le sérum physiologique est étiqueté médicament à risque à côté du chlorure de potassium non étiqueté comme médicament à risque. Dans l'armoire à pharmacie, les logos "Médicament à risque" sont apposés sur le devant d'un tiroir qui contient des médicaments à risque et non à risque, sans indication au niveau des cases des médicaments concernés. Ces constats exposent les patients et les professionnels à un risque d'erreur dans la prise en charge, majoré par l'absence de signalétique renforcée sur un médicament particulièrement à risque vital (chlorure de potassium). Aucun événement indésirable n'a été recensé en 2019. Le risque relatif à la gestion des médicaments à risque a été identifié, le CHBT a mis en place des actions d'amélioration suite à la visite initiale en particulier en réanimation. Il a prévu par ailleurs d'intensifier les formations ciblant les médicaments à risque. Toutefois, cette action n'a pas été généralisée, notamment en direction des médecins et des sages-femmes.</p>	20a bis
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>.../... Les bonnes pratiques de prescription des médicaments ne sont pas systématiquement respectées.</p> <p>Depuis la visite de suivi, un logiciel de prescription-administration (CRYSTAL LINK) est intégré dans le DPI et permet la prescription et l'administration médicamenteuse informatisée.</p> <p>En maternité le dossier est informatisé, la traçabilité de l'administration des médicaments est désormais réalisée dans le DPI en regard de la prescription.</p> <p>Concernant l'UCSA, le CHBT a proposé à l'EPSM l'interfaçage de l'outil de prescription-administration pour avoir une prescription unique, mais l'EPSM n'a pas donné suite. Le CHBT a décidé de rendre effective la prescription et l'administration médicamenteuse de façon unilatérale dans son logiciel CRYSTAL LINK. Ainsi les prescriptions ne sont plus retranscrites sur des fiches en T, tout est tracé dans le logiciel.</p> <p>En maternité la réorganisation du chariot et les médicaments désormais rangés dans des casiers permettent de réaliser la distribution des médicaments dans le respect des bonnes pratiques.</p>	20a bis
	PS	<p>Le contrôle des péremptions n'est pas tracé.</p> <p>On ne retrouve dans aucun service la traçabilité du contrôle des péremptions réalisées (date, nom, signature). En réanimation, les péremptions à retirer sont relevées pour l'année et par mois sur un tableau blanc effaçable sans</p>	20a bis

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		<p>indication de la date de contrôle ni de la personne l'ayant réalisée. Au moment de la visite de suivi, le tableau situé à côté des armoires à pharmacie était partiellement effacé. En salle de naissance, dans le chariot de prise en charge à la naissance des nouveau-nés, les ampoules de Naloxone à retirer en Février 2020 étaient repérées par un trait au feutre noir sur l'étiquette qui masquait le numéro de lot de certaines ampoules. Aux Urgences, les médicaments bientôt périmés sont repérés par un trait au stylo fluorescent sur l'étiquette. Toutefois, aucun médicament périmé n'a été retrouvé dans les armoires à pharmacie au cours de la visite de suivi mais deux évènements indésirables concernant des médicaments et dispositifs médicaux ont été signalés en 2019.</p>	
	NC	<p>Les bonnes pratiques de prescription des médicaments ne sont pas systématiquement respectées.../...</p> <p>En l'absence de support unique de prescription/administration en maternité et à l'UCSA, il est constaté :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en maternité (dossier papier), la prescription est faite dans l'observation de la sage-femme ou du médecin ; l'administration est tracée sur le partogramme ou la feuille de surveillance d'hémorragie du post-partum ou dans les observations de la sage-femme en suites de couche ou en hospitalisation prénatale. Dans ce cas, l'administration ne peut être notée au regard de la prescription. Cette absence de lisibilité est susceptible d'entraîner des erreurs d'administration exposant les patientes et les professionnels. - à l'UCSA, les prescriptions des médecins du CHBT sont réalisées sur des ordonnances du CHBT, et les prescriptions des psychiatres sur des ordonnances de l'EPSM. Les prescriptions sont retranscrites sur des fiches en T sur un tableau de programmation de soins. Les médicaments à distribuer sont préparés à partir du tableau et des fiches en T. Le dossier patient informatisé est accessible au sein de l'UCSA aux IDE et aux médecins, les IDE y tracent la distribution des médicaments sans préciser quels médicaments ont été distribués. - Dans un service, l'absence de support unique papier oblige à des retranscriptions par les IDE des traitements à distribuer et la préparation des formes orales a lieu à partir de cette retranscription. Dans un autre, la distribution est réalisée avec un chariot contenant des médicaments en vrac dans des casiers sans identification. Ces pratiques exposent les patients et les soignants à un risque d'erreurs médicamenteuses. Ce risque n'a pas été identifié par l'établissement. L'établissement a identifié le risque d'absence de support unique à l'UCSA, mais pas en maternité. A la maternité, il est prévu que soit utilisé le dossier informatisé et la prescription-administration informatisée mis en place en consultation d'obstétrique (le dossier informatisé n'est pas encore en place en service d'hospitalisation). Aucun évènement indésirable n'a fait l'objet de signalement en 2019. 	20a bis

ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Gestion du risque infectieux	D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Le risque infectieux lié à la qualité de l'air n'est pas encore totalement maîtrisé au bloc opératoire (suite).</p> <p>Depuis la visite de suivi, les travaux ont été réalisés pour les salles 1 et 2 (traitement d'air, revêtement des sols, remplacement des portes et automates, ...), les prélèvements microbiologiques doivent être réalisés le 25 août 2020 avant l'ouverture, en fonction des résultats.</p> <p>Concernant l'installation de manomètres de visualisation de température et de pression dans toutes les salles, les travaux ont été réalisés, des prélèvements microbiologiques doivent également être réalisés le 25 août 2020 avant l'ouverture, en fonction des résultats. Pour les salles 3, 4 et 5, tous les travaux ont été finalisés et les salles livrées fin février 2020.</p>	8g
		NC	<p>Le risque infectieux lié à la qualité de l'air n'est pas encore totalement maîtrisé au bloc opératoire.</p> <p>Les travaux de remise aux normes n'ont pas encore été effectués en totalité en salle 1 et salle 2 pour des raisons d'ordre budgétaire, l'établissement a priorisé la mise en conformité de l'établissement suite aux remarques des visites de sécurité (ces dernières sont réalisées tous les 6 mois). Les salles 1 et 2 sont affectées à la prise en charge des interventions de chirurgie propre en classe I d'Altemeier (ophtalmologie) en salle 1 (ISO 7) et à la prise en charge des interventions urgentes de chirurgie propre, contaminée en classe II d'Altemeier des urgences (plaies, césariennes urgentes,...) en salle 2 (ISO 7). Par ailleurs, lors de la visite, la porte de la salle 2 (en cours d'intervention) est ouverte car son mécanisme est endommagé. L'IBODE rencontrée indique que la demande de réparation a été faite en interne depuis plusieurs mois, mais la réparation n'est pas encore réalisée ; la pression affichée dans cette salle est de 0 Pa. Dans la salle 1 avoisinante, il n'existe pas de manomètre de pression et le mécanisme d'ouverture de la porte d'accès réservé aux professionnels est également défaillant. En conséquence, les professionnels doivent l'ouvrir à la main et elle reste souvent entrouverte. Le risque d'infection post opératoire pour le patient est contenu par la réalisation de l'antibioprophylaxie et de la préparation cutanée. Aucune déclaration d'évènement indésirable n'a été recensée en 2019 dans le système déclaratif. Une ISO superficielle et une ISO sur prothèse totale de genou ont été toutefois relevées. Cette dernière a fait l'objet d'une investigation par l'EOHH, suivie d'une analyse des écarts et une proposition d'actions d'amélioration transmise aux équipes. L'établissement a identifié le risque «</p>	8g

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			Maîtrise du risque infectieux lié à la qualité de l'air » et a identifié quatre actions visant à la rénovation des centrales de traitement d'air en lien avec la reconstruction du bloc (échéance prévue : décembre 2019), à étanchéifier toutes les ouvertures et fermetures des salles opératoires (échéance prévue : décembre 2019), à installer des manomètres de visualisation de température et de pression dans toutes les salles (échéance prévue : décembre 2019) et à faire respecter les circulations et règles d'habillage au sein du bloc (échéance prévue : mai 2019). Les actions sont en cours de réalisation au moment de la visite de suivi. Un projet de reconstruction du bloc est envisagé à échéance 2024.	
		PS	Les bonnes pratiques de gestion des déchets d'activité à risque infectieux ne sont pas totalement mises en œuvre dans tous les secteurs. Dans le couloir externe (dessert les salles 1 et 2 du bloc opératoire) réservé à la collecte et au stockage des déchets, il a été observé des sacs de DASRI posés au sol en attente d'enlèvement. L'établissement a identifié le risque lié à l'absence de prévention du risque infectieux lié aux déchets et a prévu des actions liées au bionettoyage (y compris de traçabilité), à l'aménagement des locaux de stockage intermédiaire en cardiologie et en pédiatrie, à la sécurisation des locaux intermédiaires et des locaux finaux. Aucun événement indésirable n'a été signalé en 2019.	7d
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Le plan d'actions visant à la maîtrise du risque infectieux est partiellement mis en œuvre. Les actions prioritaires concernant la maîtrise du risque infectieux lié à la qualité de l'air, en réponse à l'écart de la visite initiale et à échéance décembre 2019, n'ont été mises en œuvre que sur la moitié des 4 salles d'intervention (soit en salles 3 et 4). Les dysfonctionnements observés durant la visite concernant les salles 1 et 2 corroborent ce constat. Depuis la visite de suivi, les travaux ont été réalisés pour les salles 1 et 2, les prélèvements microbiologiques doivent être réalisés le 25 août 2020 avant l'ouverture, en fonction des résultats. Les manomètres de visualisation de température et de pression ont été installés dans toutes les salles, des prélèvements microbiologiques doivent également être réalisés le 25 août 2020 avant l'ouverture, en fonction des résultats. Les travaux des salles 3, 4 et 5 ont été finalisés et les salles ont été livrées fin février 2020.	8g
Dossier patient	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les éléments de prise en charge sont peu structurés et incomplets en maternité (service suites de couches). Le service suites de couches est composé de 15 lits. Tous les éléments de suivi et d'observations concernant la mère et le nouveau-né sont notés dans un dossier papier unique (type livret) contenant le suivi de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que tous les éléments du séjour, non différenciés et non structurés. Il n'existe pas de recueil de besoins à l'admission, pas de diagramme de soins, pas de fiche de prescription/administration, pas de	14a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			<p>document d'observations médicales, regroupés dans un dossier de soins. Le contenu du dossier n'est pas conforme aux indications de la procédure « tenue et gestion du dossier patient » applicable au dossier papier et au dossier informatisé. Le risque lié à l'absence de dossier structuré en maternité n'a pas été analysé, ni priorisé. Il expose les patientes à une erreur de prise en charge (en particulier médicamenteuse), à une prise en charge non exhaustive et à un défaut de continuité des soins par absence de structuration de la traçabilité des informations. Les risques n'ayant pas été identifiés, aucun plan d'action n'est établi en regard. Aucune déclaration d'évènement indésirable n'est recensée en 2019.</p> <p>Depuis la visite de suivi le service de la maternité est informatisé, et l'organisation permet de structurer les éléments de prise en charge du patient. Le CHBT avait réalisé un audit afin d'identifier les difficultés et le motif du défaut de renseignement de la macrocible : des lenteurs informatiques lors de l'ouverture des pages, et la difficulté d'organisation entre les macrocibles et le dossier médical ont été les principales difficultés pointées. Des réglages ont été opérés par le service informatique, et une fiche technique « utilisation des macrocibles du DPI en obstétrique » précise désormais les éléments à retrouver soit dans le dossier médical, soit dans la macrocible. Ainsi dans le logiciel C. LINK les examens cliniques sont renseignés sur des fiches journalières prévues ; les soignants assurent la traçabilité de l'administration des médicaments et notent les constantes, l'EVA, le cycle glycémique ; les données d'entrée sont notées dans la macrocible selon les consignes de la fiche technique. Quelques documents en version papier peuvent être retrouvés : enregistrements cardio-topographiques, consultation d'anesthésie, documents apportés par la patiente (échographie...).</p> <p>La prise en charge en soins est maintenant organisée pour être exhaustive, et permettre aux soignants d'assurer une continuité de la prise en charge et une transmission d'informations tracées. Un audit est prévu avant la fin de l'année afin de mesurer cette organisation.</p>	
		PS	<p>La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient n'est pas totalement assurée en chirurgie. Le service de chirurgie est composé de 25 lits dont 5 lits de gynécologie, 10 lits de chirurgie viscérale et 10 lits de chirurgie orthopédique. Dans 3 dossiers sur 4 observés, l'évaluation initiale infirmière et le recueil des besoins ne sont pas tracés, la macrocible d'entrée n'est pas complétée. Aucune déclaration d'évènement indésirable n'a concernée cette problématique en 2019. Le risque lié au défaut de traçabilité dans le dossier est identifié, il expose le patient à une prise en charge en soins non exhaustive, et les soignants à un défaut de continuité des soins par absence de traçabilité et de transmission d'informations qui restent exclusivement orales. L'insuffisance de remplissage de la macrocible d'accueil a été mise en évidence par l'audit tenue du dossier de soins en mars 2019. Un plan d'</p>	14a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			<p>actions a été formalisé suite à cet audit.</p> <p>Depuis la visite de suivi le service de la maternité est informatisé, et l'organisation en place permet d'assurer la traçabilité des éléments de prise en charge du patient. Une note de service a été adressée aux équipes leur demandant de tracer les éléments de prise en charge du patient dans le DPI. Le CHBT avait réalisé un audit afin d'identifier les difficultés et le motif du défaut de renseignement de la macrocible : des lenteurs informatiques lors de l'ouverture des pages, et la difficulté d'organisation entre les macrocibles et le dossier médical ont été les principales difficultés pointées. Des réglages ont été opérés par le service informatique, et une fiche technique « utilisation des macrocibles du DPI en obstétrique » précise désormais les éléments à retrouver soit dans le dossier médical, soit dans la macrocible. Ainsi dans le logiciel C. LINK les examens cliniques sont renseignés sur des fiches journalières prévues ; les soignants assurent la traçabilité de l'administration des médicaments et notent les constantes, l'EVA, le cycle glycémique ; les données d'entrée sont notées dans la macrocible selon les consignes de la fiche technique. Quelques documents en version papier peuvent être retrouvés : enregistrements cardio –topographiques, consultation d'anesthésie, documents apportés par la patiente (échographie...). La prise en charge en soins est maintenant organisée pour être exhaustive, et permettre aux soignants d'assurer une continuité de la prise en charge et une transmission d'informations tracées. Un audit est prévu avant la fin de l'année afin de mesurer cette organisation.</p>	
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	P / Organisation interne	NC	<p>L'établissement ne dispose pas de support unique de prescription/administration en maternité et à l'UCSA.</p> <p>En maternité (dossier papier) et à l'UCSA (dossier informatisé), il n'existe pas de support unique de prescription/administration.</p> <p>En maternité le dossier est papier. La traçabilité de la prescription et de l'administration des médicaments sont faites dans le dossier obstétrical.</p> <p>A l'UCSA, la prescription est faite sur une ordonnance papier. Ce dysfonctionnement expose les patients et les professionnels à un risque d'erreur d'administration (par absence ou double administration) en raison d'un défaut de lisibilité et également à un risque de retranscription des prescriptions par les IDE. Ce risque n'a pas été identifié par l'établissement. Aucun évènement indésirable n'a été déclaré sur ce sujet.</p> <p>L'établissement a fait le choix d'un mode dégradé informatique, mais en cas de panne informatique et d'absence d'accès au dossier informatisé exigeant alors la mise en place d'un mode dégradé, il n'y a pas de support unique papier disponible dans les services, ni connu des professionnels.</p> <p>Depuis la visite de suivi, en maternité et à l'UCSA, le logiciel de prescription-administration CRYSTAL LINK intégré au DPI permet la réalisation des prescriptions et la traçabilité des administrations médicamenteuses.</p> <p>En maternité le dossier est désormais informatisé, la prescription et</p>	20a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			<p>l'administration des médicaments sont organisées dans le DPI. Concernant l'UCSA, le CHBT a proposé à l'EPSM l'interfaçage de l'outil de prescription-administration pour avoir une prescription unique, mais l'EPSM n'a pas donné suite. Le CHBT a décidé de rendre effective la prescription et l'administration médicamenteuse de façon unilatérale dans son logiciel CRYSTAL LINK. L'organisation prévoit que les médecins de l'EPSM utilisent le support papier unique de prescription et d'administration mis en place par le CHBT en cas de mode dégradé.</p>	
	D / Disponibilité des ressources	NC	<p>.../...</p> <p>La gestion des médicaments notamment à risque n'est pas totalement sécurisée dans quelques services (identification, équipements) Depuis la visite de suivi, la gestion des médicaments notamment à risque est désormais totalement sécurisée dans quelques services où ce n'était pas le cas (identification, équipements). Concernant les équipements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires du centre pénitentiaire (UCSA), l'armoire à pharmacie a été sécurisée par le service technique, dans l'attente des travaux qui permettront l'installation de la nouvelle armoire sécurisée déjà livrée lors de la VS. - La salle de naissance dispose désormais d'un chariot sécurisé, avec une liste des dotations, les médicaments notamment à risque y sont rangés. - En maternité l'organisation du chariot a été revue, les médicaments ne sont plus en vrac dans des casiers sans identification pour réaliser la distribution, ils sont rangés et listés. <p>L'identification des médicaments est désormais assurée dans les services où ce n'était pas le cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à l'UCSA l'étiquetage des médicaments est désormais réalisé selon le mode DCI, les étiquettes ne sont plus manuscrites. - En Unité d'Hospitalisation Programmée Cardio-Vasculaire et Métabolique (UHPCVM), le sérum physiologique est étiqueté médicament à risque, il est maintenant séparé du chlorure de potassium étiqueté comme médicament à risque. <p>Dans tous les services, les médicaments à risque sont identifiés avec une pastille bien visible, et rangés soit dans l'armoire à pharmacie, soit dans des bacs fermés dans la salle de préparation des soins adjacente au poste de soins (porte de salle de soins fermée, avec affiche interdisant l'accès aux personnes étrangères du service). Ainsi, les patients et les professionnels ne sont plus exposés à un risque d'erreur dans la prise en charge. Aucun évènement indésirable n'a été recensé en 2019. La liste des médicaments à risque est formalisée, à disposition des professionnels dans la GED et affichée à coté de toutes les armoires à pharmacie. L'apposition d'un logo médicaments à risque est réalisée dans tous les services et en pharmacie. Les médicaments d'urgence sont partout identifiés.</p>	20a bis

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
		PS	<p>Les médecins et de sages-femmes sont peu formés aux risques médicamenteux et aux bonnes pratiques de déclaration des EI médicamenteux.</p> <p>13% des médecins et 1 sage-femme sur 16 ont assisté à la formation "Produits de santé au CHBT et prise en charge médicamenteuse" organisée notamment dans le cadre de la semaine sécurité Patient en 2018 et 2019. Le risque lié à la méconnaissance de la notion de médicaments à risques a été identifié. Aucun évènement indésirable n'a été signalé. Une action de formation est prévue mais elle ne concerne que les internes et les nouveaux médecins recrutés.</p> <p>Suite à la visite de suivi, les formations prévues concernant les médecins et sages-femmes n'ont pas pu avoir lieu entre mars et juin 2020 compte tenu du contexte actuel. Elles seront mises en œuvre en novembre lors de la Semaine Sécurité du Patient 2020.</p>	20a bis
		PS	<p>L'accès à la PUI n'est pas complètement sécurisé dans la journée.</p> <p>En 2010, la PUI a emménagé dans un espace partagé avec le magasin. L'accès à la PUI est sécurisé pour ce qui est de l'accès au guichet pour les professionnels venant chercher les commandes et pour la rétrocession, avec un contrôle, avant ouverture à distance, par caméra. Deux portes vitrées donnant de la pharmacie sur l'extérieur sont fermées avec barre anti-panique, empêchant l'accès depuis l'extérieur.</p> <p>Une autre porte donnant sur l'extérieur (sur la plateforme de livraison) et donnant accès à un couloir commun à la pharmacie et au magasin est constamment ouverte dans la journée. Cette porte et ce couloir donnent accès à la pharmacie par une porte non sécurisée : accès à l'espace d'accueil des livraisons, et accès en continuité aux stockages de médicaments ; le couloir commun donne plus loin accès à des zones de stockage de la pharmacie (DMS, antiseptiques, pansements, solutés) fermées par des portes non sécurisées. Cette absence de sécurisation expose le CHBT à un risque d'intrusion dans la pharmacie par du personnel non autorisé, à des vols de médicaments et de dispositifs médicaux. Aucun évènement indésirable n'a fait l'objet de signalement en 2019. L'établissement a identifié le risque, a réuni un groupe de travail et élaboré un projet de relocalisation du magasin et de sécurisation de la pharmacie. Des devis (changement des portes vitrées) et des commandes de portes coupe-feu sont en cours.</p> <p>Le projet de relocalisation exige plusieurs étapes : déclassement d'un ancien bâtiment de soins, diagnostics, désamiantage, réhabilitation,... Son financement n'est pas finalisé dans le cadre de la restructuration sanitaire en Guadeloupe.</p> <p>Après avoir réuni un groupe de travail et élaboré un projet de relocalisation du magasin et de sécurisation de la pharmacie, depuis la visite de suivi, quatre blocs de portes coupe-feu ont été remplacées suite à des travaux. Des travaux supplémentaires sont prévus au dernier trimestre 2020 sur les portes vitrées.</p>	20a bis

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
		NC	<p>La gestion des médicaments notamment à risque n'est pas totalement sécurisée dans quelques services (identification, équipements).../...</p> <p>A l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires du centre pénitentiaire (UCSA), l'armoire à pharmacie ne ferme pas. En salle de naissance, le chariot d'urgence des nouveau-nés est un chariot de soins à deux tiroirs non sécurisé. En maternité, un chariot contenant des médicaments en vrac dans des casiers sans identification sert à réaliser la distribution.</p> <p>Par ailleurs, l'identification des médicaments n'est pas assurée dans certains services : à l'UCSA l'étiquetage des médicaments n'est pas réalisé selon le mode DCI, les étiquettes sont manuscrites. En Unité d'Hospitalisation Programmée Cardio-Vasculaire et Métabolique, le sérum physiologique est étiqueté médicament à risque à côté du chlorure de potassium non étiqueté comme médicament à risque. Dans l'armoire à pharmacie, les logos "Médicament à risque" sont apposés sur le devant d'un tiroir qui contient des médicaments à risque et non à risque, sans indication au niveau des cases des médicaments concernés. Ces constats exposent les patients et les professionnels à un risque d'erreur dans la prise en charge, majoré par l'absence de signalétique renforcée sur un médicament particulièrement à risque vital (chlorure de potassium). Aucun évènement indésirable n'a été recensé en 2019. Le risque relatif à la gestion des médicaments à risque a été identifié, le CHBT a mis en place des actions d'amélioration suite à la visite initiale en particulier en réanimation. Il a prévu par ailleurs d'intensifier les formations ciblant les médicaments à risque. Toutefois, cette action n'a pas été généralisée, notamment en direction des médecins et des sages-femmes.</p>	20a bis
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>.../... Les bonnes pratiques de prescription des médicaments ne sont pas systématiquement respectées.</p> <p>Depuis la visite de suivi, un logiciel de prescription-administration (CRYSTAL LINK) est intégré dans le DPI et permet la prescription et l'administration médicamenteuse informatisée.</p> <p>En maternité le dossier est informatisé, la traçabilité de l'administration des médicaments est désormais réalisée dans le DPI en regard de la prescription. Concernant l'UCSA, le CHBT a proposé à l'EPSM l'interfaçage de l'outil de prescription-administration pour avoir une prescription unique, mais l'EPSM n'a pas donné suite. Le CHBT a décidé de rendre effective la prescription et l'administration médicamenteuse de façon unilatérale dans son logiciel CRYSTAL LINK. Ainsi les prescriptions ne sont plus retranscrites sur des fiches en T, tout est tracé dans le logiciel.</p> <p>En maternité la réorganisation du chariot et les médicaments désormais rangés dans des casiers permettent de réaliser la distribution des médicaments dans le respect des bonnes pratiques.</p>	20a bis
		PS	<p>Le contrôle des péremptions n'est pas tracé.</p> <p>On ne retrouve dans aucun service la traçabilité du contrôle des péremptions réalisées (date, nom, signature). En réanimation, les péremptions à retirer sont relevées pour l'année et par mois sur un tableau blanc effaçable sans indication de la date de contrôle ni de la personne l'ayant réalisée. Au</p>	20a bis

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			<p>moment de la visite de suivi, le tableau situé à côté des armoires à pharmacie était partiellement effacé. En salle de naissance, dans le chariot de prise en charge à la naissance des nouveau-nés, les ampoules de Naloxone à retirer en Février 2020 étaient repérées par un trait au feutre noir sur l'étiquette qui masquait le numéro de lot de certaines ampoules. Aux Urgences, les médicaments bientôt périmés sont repérés par un trait au stylo fluorescent sur l'étiquette.</p> <p>Toutefois, aucun médicament périmé n'a été retrouvé dans les armoires à pharmacie au cours de la visite de suivi mais deux événements indésirables concernant des médicaments et dispositifs médicaux ont été signalés en 2019.</p>	
		NC	<p>Les bonnes pratiques de prescription des médicaments ne sont pas systématiquement respectées.../...</p> <p>En l'absence de support unique de prescription/administration en maternité et à l'UCSA, il est constaté :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en maternité (dossier papier), la prescription est faite dans l'observation de la sage-femme ou du médecin ; l'administration est tracée sur le partogramme ou la feuille de surveillance d'hémorragie du post-partum ou dans les observations de la sage-femme en suites de couche ou en hospitalisation prénatale. Dans ce cas, l'administration ne peut être notée au regard de la prescription. Cette absence de lisibilité est susceptible d'entraîner des erreurs d'administration exposant les patientes et les professionnels. - à l'UCSA, les prescriptions des médecins du CHBT sont réalisées sur des ordonnances du CHBT, et les prescriptions des psychiatres sur des ordonnances de l'EPSM. Les prescriptions sont retranscrites sur des fiches en T sur un tableau de programmation de soins. Les médicaments à distribuer sont préparés à partir du tableau et des fiches en T. Le dossier patient informatisé est accessible au sein de l'UCSA aux IDE et aux médecins, les IDE y tracent la distribution des médicaments sans préciser quels médicaments ont été distribués. - Dans un service, l'absence de support unique papier oblige à des retranscriptions par les IDE des traitements à distribuer et la préparation des formes orales a lieu à partir de cette retranscription. Dans un autre, la distribution est réalisée avec un chariot contenant des médicaments en vrac dans des casiers sans identification. Ces pratiques exposent les patients et les soignants à un risque d'erreurs médicamenteuses. Ce risque n'a pas été identifié par l'établissement. <p>L'établissement a identifié le risque d'absence de support unique à l'UCSA, mais pas en maternité. A la maternité, il est prévu que soit utilisé le dossier informatisé et la prescription-administration informatisée mis en place en consultation d'obstétrique (le dossier informatisé n'est pas encore en place en service d'hospitalisation). Aucun événement indésirable n'a fait l'objet de signalement en 2019.</p>	20a bis