



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER  
D'AUCH EN GASCOGNE**

Allee marie clarac  
Bp 80382  
32008 Auch  
NOVEMBRE 2018

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DOSSIER PATIENT	16
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	21
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	26
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	31
<b>ANNEXE</b>	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"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>
Objectifs et programme de visite	Les objectifs de visite, établis en amont de la visite par la HAS, consistent à contextualiser les audits sur des thématiques communes à tous les établissements, motiver le choix des audits sur des thématiques spécifiques à l'établissement (1 à 3 audits) et définir les investigations selon la méthode du patient-traceur. Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite.
Patient traceur : <i>Sigle PT</i>	Méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.
Preuve	Justification de l'écart, c'est-à-dire ce qui a été observé ou entendu au travers des différents entretiens, visites terrain ou patient traceur.
Qualification des écarts	Niveau de criticité de l'écart identifié et conformité en synthèse collective. Il existe en 3 niveaux de qualification : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>o Ou, écart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système (par exemple, par manque d'antériorité, de structuration et/ou d'appropriation).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul>
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

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

# PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	
Adresse	Allee marie clarac 32008 Auch
Département / région	GERS / OCCITANIE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	320780117	CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	Allee marie clarac Bp 80382 32008 Auch
Etablissement de santé	320000086	CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	Allee marie clarac Bp 80382 32008 Auch
Etablissement de santé	320784069	CH D'AUCH-SLD	Allee marie clarac 32008 Auch

Activités					
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse
MCO	Chirurgie	46	/	7	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	20	/	/	/
MCO	Médecine	203	/	/	5569
SLD	SLD	70	/	/	/
SSR	SSR	57	5	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convention avec l'ADUM 32</li> <li>- Convention de partenariat avec l'association des Soins Palliatifs 32</li> <li>- Convention avec le CH du Gers (psychiatrie)</li> <li>- Convention avec le CH du Gers (psychiatrie)</li> <li>- Convention avec le CHU de Toulouse</li> <li>- Convention constitutive du Réseau Midi Pyrénées de Prélèvement d'organes et de tissus avec le CHU de Toulouse</li> <li>- Convention de site associé en Chimiothérapie dans le cadre du Réseau Hémato-Oncologie Pédiatrique de Midi-Pyrénées avec le CHU de Toulouse</li> <li>- Convention avec le CHU de Toulouse</li> <li>- GCS avec le CHU de Toulouse</li> <li>- Convention avec le CHU de Toulouse</li> <li>- Convention avec le CHU de Toulouse</li> <li>- Convention avec la Polyclinique de Gascogne (Auch)</li> <li>- Convention avec la Clinique Pasteur (Toulouse)</li> <li>- GIE IMEGA associant le Centre Hospitalier d'Auch, la Polyclinique de Gascogne (Auch) et le cabinet IMLG (Auch)</li> <li>- Convention constitutive avec le Centre Hospitalier de Condom (Gers)</li> <li>- Convention avec les Centres Hospitaliers du Territoire du Gers</li> <li>- Convention avec les Centres Hospitaliers du Territoire du Gers</li> <li>- Convention avec le Centre de Rééducation Fonctionnelle de Saint Blancard (Gers)</li> <li>- Convention de collaboration avec les Centre Hospitalier de Vic-Fezensac et de Mirande (Gers)</li> </ul>
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/



# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

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

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Recommandations d'amélioration

Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire  
Management de la prise en charge du patient en endoscopie  
Gestion du risque infectieux  
Droits des patients  
Parcours du 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 ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

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

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

## 5. Suivi de la décision

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
PRISE EN CHARGE
Dossier patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
FONCTIONS SUPPORTS

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

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

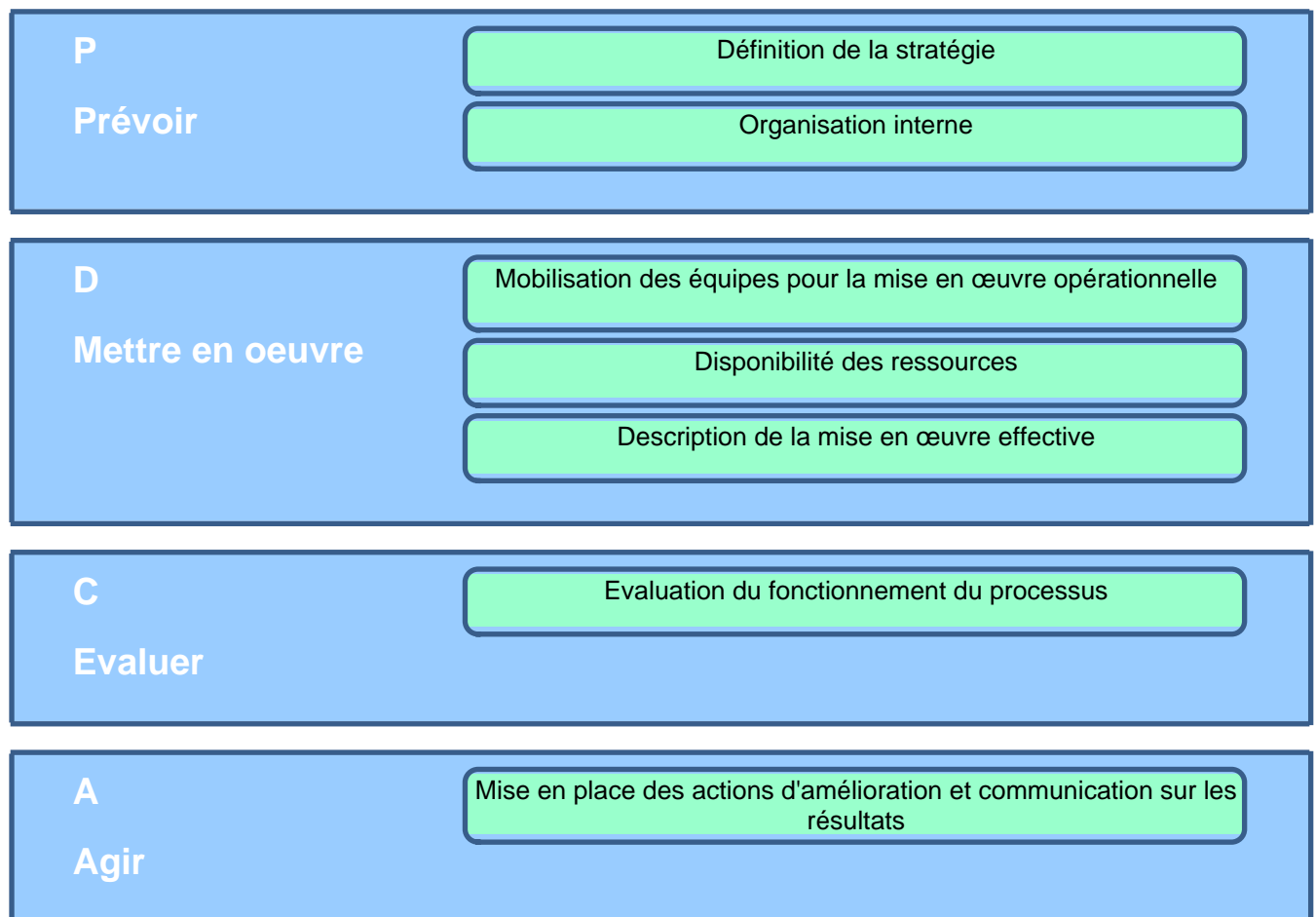
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La direction qualité gestion des risques étant rattachée à la direction des soins, le centre hospitalier a fait le choix d'inclure dans son projet d'établissement 2015/2019, un volet projet de soins et qualité gestion des risques, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse de ses risques propres.

Un document "Politique qualité gestion des risques" référencé dans la GED, précise la stratégie et les objectifs de la démarche. La stratégie EPP y est intégrée. Elle fait l'objet d'une procédure intitulée "Politique évaluation des pratiques professionnelles et développement professionnel continu". La stratégie MQGR prend en compte les obligations légales et réglementaires, ainsi que la gestion de crise. Elle est validée par la CME et la CDU. Elle est déclinée dans un programme d'action unique PAQSS, formalisée, priorisée et validée par les instances. Les risques prioritaires actualisés suite aux résultats de la visite de certification V2014, ont intégré le compte qualité.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus. L'instance de pilotage est le COPIL QGR qui se réunit 4 fois par an, comme prévu dans son règlement intérieur. Les représentants des usagers en sont membres. Le management du processus est assuré par le directeur des soins / directeur qualité gestion des risques / chargé des relations avec les usagers. Il est assisté d'un ingénieur qualité, d'une technicienne qualité et d'une secrétaire. Leurs missions sont formalisées dans des profils de poste. Des pilotes ont été identifiés par processus et leurs missions formalisées.

Pour l'élaboration du compte qualité, des responsables par service ont été formés et accompagnés par l'ingénieur qualité à l'audit de processus et à l'identification des risques, conduite par parcours. Les risques ainsi identifiés ont été croisés avec les données disponibles, relatives aux risques a posteriori. Une fois priorisés, des plans d'actions ont été élaborés et intégrés au PAQSS. Le suivi des plans d'actions du CQ est assuré par les pilotes de processus en lien avec le service qualité. L'ingénieur qualité assure le suivi du PAQSS ainsi que les liens avec les instances, les sous-commissions de la CME et le COPIL QGR. La coordination des vigilances est organisée. Une organisation du système documentaire est en place. Un plan de formation est établi annuellement, sa réalisation fait l'objet d'un suivi. Les circuits et interfaces internes à l'établissement et avec les partenaires externes, sont définis.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Les cadres supérieurs de santé de pôle, en lien avec les pilotes des thématiques, sont chargés de décliner les plans d'actions du PAQSS dans leurs secteurs d'activité. Les cadres de santé sont les référents qualité de chaque structure du pôle ; ils mettent en œuvre les plans d'actions institutionnels. Ils sont aussi amenés à conduire des plans d'actions spécifiques à leur domaine d'activité. Ils sont chargés des articulations avec le service qualité. Les contrats de pôles, en projet de formalisation, vont intégrer des objectifs et indicateurs qualité gestion des risques. Cependant, les secteurs d'activité à risque : chirurgie, anesthésie, réanimation, endoscopie, ne conduisent pas de RMM dans le cadre d'une organisation intégrée à leur pratique. Dans ces services d'activité à risque il n'existe pas d'organisation fonctionnelle prévoyant la conduite de RMM à périodicité définie. Des RMM peuvent être conduites en cas d'événements indésirables graves. Dans ce cas, la RMM est organisée avec l'assistance et l'accompagnement méthodologique de l'ingénieur qualité/CGRAS. L'établissement a identifié, dans son CQ supplémentaire, l'objectif de renforcer la gestion des risques dans l'ensemble des secteurs d'activité, notamment dans les secteurs à risques. En 2016, 17 médecins ont participé à une action de formation relative à la méthode RMM. Des chartes de fonctionnement des RMM pour les services de réanimation, pour le pôle mère-enfant, pour le SU, ainsi que pour la conduite d'une RMM institutionnelle, ont été rédigées en 12/2015 et 01/2016, elles sont disponibles dans la GED. Au moment de la visite, seul le pôle mère-enfant a mis en œuvre l'organisation ainsi définie.

L'encadrement sensibilise les professionnels à la gestion des risques propres à leur secteur d'activité et plus particulièrement à la gestion des événements indésirables, lors des staffs et réunions de service. Les nouveaux arrivants (IDE, médecins, internes et intérimaires), sont formés à l'utilisation de la GED et à la déclaration des EI. Les responsables du service s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles, elles sont adaptées aux projets de soins et aux patients

accueillis. Pour la conduite de sa démarche Qualité gestion des risques, l'établissement a procédé à la désignation de pilotes par processus et formalisé leurs missions sur une fiche de mission intégrée à la GED.

L'ingénieur qualité assure les fonctions de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins CGRAS, cette fonction est formalisée dans une fiche de poste.

Un responsable de la sécurité du système d'information est désigné.

Une équipe opérationnelle d'hygiène est en place. Des référents qualité, douleur, pharmacie, hygiène, linge, hémovigilance/identitovigilance sont désignés dans chaque service.

L'accompagnement méthodologique des pilotes de processus et des responsables de services, est assuré par l'équipe QGR.

Un plan de formation est mis en œuvre annuellement. Un tableau de bord permet de suivre son exécution et le nombre de participants par action. L'équipe QGR est formée à la gestion des risques et au traitement des causes profondes des EIG. Des médecins et cadres de santé ont été formés aux méthodes RMM et CREX.

L'équipe QGR conduit des actions d'information et de sensibilisation relatives à la gestion des risques de façon régulière.

Les nouveaux arrivants sont formés à l'utilisation de la GED et à la déclaration des EI.

L'établissement dispose d'une gestion documentaire disponible sur l'intranet. Toutefois, le système de mise à jour de la gestion documentaire n'est pas totalement opérationnel. La GED, accessible aux professionnels sur l'intranet, fait l'objet d'une procédure des procédures, qui prévoit son actualisation tous les 5 ans. Au jour de la visite, le suivi des échéances des documents présents dans la GED, fait l'objet d'un tableau de bord suivi par le responsable qualité. Il fait apparaître que 32% des documents ne sont pas actualisés. D'autre part, lors des investigations terrain, il a été constaté l'utilisation de documents qualité, propres au service, qui ne sont pas validés ou des documents validés mais non référencés ni intégrés à la GED. Cela représente un risque de non conformité des pratiques à des références communes validées et actualisées.

L'établissement a identifié ce risque dans son CQ supplémentaire, avec l'action d'amélioration suivante: mettre en place une gestion électronique des documents qualité. Il a procédé à l'acquisition du logiciel, une assistante qualité a été recrutée et formée à son utilisation. Le paramétrage doit être engagé puis suivi de l'intégration et actualisation des documents le nécessitant. L'échéance précisée dans le CQ est fixée en décembre 2018.

La maintenance des bâtiments et des équipements est organisée. Les besoins en matériels sont pris en compte et adaptés aux activités.

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

La gestion des risques est organisée. La démarche d'évaluation des risques à priori est opérationnelle, l'ingénieur QGR est formé à la méthodologie de hiérarchisation et priorisation des risques. Une cartographie intégrant les risques à priori et à postériori priorisés, a été établie en associant les professionnels. Les pilotes des thématiques bénéficient de l'appui méthodologique de l'ingénieur QGR/CGRAS pour conduire leurs actions : identification des risques et des plans d'actions, mise en œuvre et évaluation des actions conduites.

Suite à la visite initiale de certification V2014, les pilotes ont procédé à des réajustements des risques et plans d'actions. Le PAQSS a été actualisé et un CQ supplémentaire établi.

Pour la déclinaison opérationnelle, les pilotes s'appuient sur les CSS de pôles et les CS référents QGR des secteurs d'activité.

La gestion des événements indésirables est organisée. Une fiche de déclaration est disponible sur l'intranet, les professionnels sont sensibilisés à son utilisation. L'analyse et le traitement des EI est organisé par le service QGR avec les professionnels concernés. Un compte rendu, structuré sous forme de tableau de suivi, est disponible sur l'intranet accessible aux professionnels. Les professionnels sont informés des suites données à leur déclaration et sont associés à leur traitement. Les EIG font l'objet d'une analyse de causes profondes CREX - RMM et de déclaration externe en cas de besoin. Les plans d'actions sont ensuite intégrés au PAQSS. Les EI récurrents font l'objet d'un suivi pour traitement. Afin d'encourager la déclaration des EI, qui reste faible dans certains secteurs, des actions "pilotes" sont mises en œuvre comme le groupe GAABO (groupe d'analyse et d'action du bloc opératoire) qui traite les fiches d'anomalies du service, propose et conduit des actions d'amélioration concertées en équipe.

La veille sanitaire est organisée. Des vigilants sont désignés, ils conduisent leurs actions en s'appuyant sur les instances et sous-commissions dédiées. La coordination est assurée par la réunion de coordination des vigilances qui se tient 2 fois par an. L'ingénieur QGR/CGRAS y est présent. La gestion des vigilances sanitaires fait l'objet d'une procédure, en cours d'actualisation.

La gestion des plaintes et réclamations est structurée, leur circuit est identifié. Un registre des plaintes est en place et les professionnels sont associés à leur traitement. Le recueil des réclamations orales est structuré. La CDU en est informée régulièrement, un bilan est formalisé et intégré à son bilan d'activité annuel.

Un dispositif d'évaluation de la satisfaction des usagers est en place, les résultats sont examinés en CDU et communiqués aux professionnels.

Le COPIL QGR assure la coordination de l'ensemble des composantes du système qualité et gestion des risques. La gestion documentaire est organisée et formalisée dans une procédure des procédures. La GED est

disponible sur l'intranet. L'accès à la GED est connu des professionnels.  
Des EPP sont menées dans les secteurs d'activité. Un tableau de bord est établi. Le suivi est effectué au sein du COPIL QGR en lien avec la CME. Les actions d'amélioration sont intégrées au PAQSS. La méthodologie des audits patient traceur est en cours d'appropriation, quelques audits ont été conduits, le déploiement est en cours.

## **C / EVALUER**

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

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de son PAQSS, annuellement. Des indicateurs sont suivis tels que les IQSS, HN, nombre de FEI, de plaintes et réclamations, de satisfaction des usagers, de demande d'accès au dossier patient et délais de réponse, ainsi que des indicateurs propres aux secteurs d'activité. Un tableau de bord regroupant l'ensemble des indicateurs QGR est suivi par le service qualité.  
Des bilans d'activité annuels sont formalisés, comme le CLIN, la CDU, la sous commission DPC. Les pilotes de processus sont associés à l'évaluation du niveau de réalisation de leurs plans d'actions.  
Le COPIL QGR procède à l'évaluation de la réalisation du PAQSS et valide le rapport d'activité annuel QGR.

## **A / AGIR**

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

Suite aux évaluations et résultats des indicateurs, des actions d'amélioration sont mises en œuvre et articulées avec le PAQSS.  
Suite à l'évaluation du PAQSS, il est procédé à son actualisation.  
Le bilan annuel du PAQSS et le rapport d'activité QGR sont présentés en CME et CDU.  
Les résultats des évaluations et indicateurs sont communiqués aux professionnels via les réunions de service et le journal interne "le lien" qui comprend une rubrique QGR.  
Ils sont communiqués aux usagers via la CDU et l'affichage dans l'établissement.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	<p>Les secteurs d'activité à risque : chirurgie, anesthésie, réanimation, endoscopie, ne conduisent pas de RMM dans le cadre d'une organisation intégrée à leur pratique.</p> <p>Dans ces services d'activité à risque il n'existe pas d'organisation fonctionnelle prévoyant la conduite de RMM à périodicité définie. Des RMM peuvent être conduites en cas d'événements indésirables graves. Dans ce cas, la RMM est organisée avec l'assistance et l'accompagnement méthodologique de l'ingénieur qualité/CGRAS.</p> <p>L'établissement a identifié, dans son CQ supplémentaire, l'objectif de renforcer la gestion des risques dans l'ensemble des secteurs d'activité, notamment dans les secteurs à risques. En 2016, 17 médecins ont participé à une action de formation relative à la méthode RMM. Des chartes de fonctionnement des RMM pour les services de réanimation, pour le pôle mère-enfant, pour le SAU, ainsi que pour la conduite d'une RMM institutionnelle, ont été rédigées en 12/2015 et 01/2016, elles sont disponibles dans la GED. Au moment de la visite, seul le pôle mère-enfant a mis en œuvre l'organisation ainsi définie.</p>	28a
D / Disponibilité des ressources	PS	<p>Le système de mise à jour de la gestion documentaire n'est pas totalement opérationnel.</p> <p>La GED, accessible aux professionnels sur l'intranet, fait l'objet d'une procédure des procédures, qui prévoit son actualisation tous les 5 ans. Au jour de la visite, le suivi des échéances des documents présents dans la GED, fait l'objet d'un tableau de bord suivi par le responsable qualité. Il fait apparaître que 32% des documents ne sont pas actualisés. D'autre part, lors des investigations terrain, il a été constaté l'utilisation de documents qualité, propres au service, qui ne sont pas validés ou des documents validés mais non référencés ni intégrés à la GED. Cela représente un risque de non conformité des pratiques à des références communes validées et actualisées.</p> <p>L'établissement a identifié ce risque dans son CQ supplémentaire, avec l'action d'amélioration suivante: mettre en place une gestion électronique des documents qualité. Il a procédé à l'acquisition du logiciel, une assistante qualité a été recrutée et formée à son utilisation. Le paramétrage doit être engagé puis suivi de l'intégration et actualisation des documents le nécessitant. L'échéance précisée dans le CQ est fixée en décembre 2018.</p>	5c



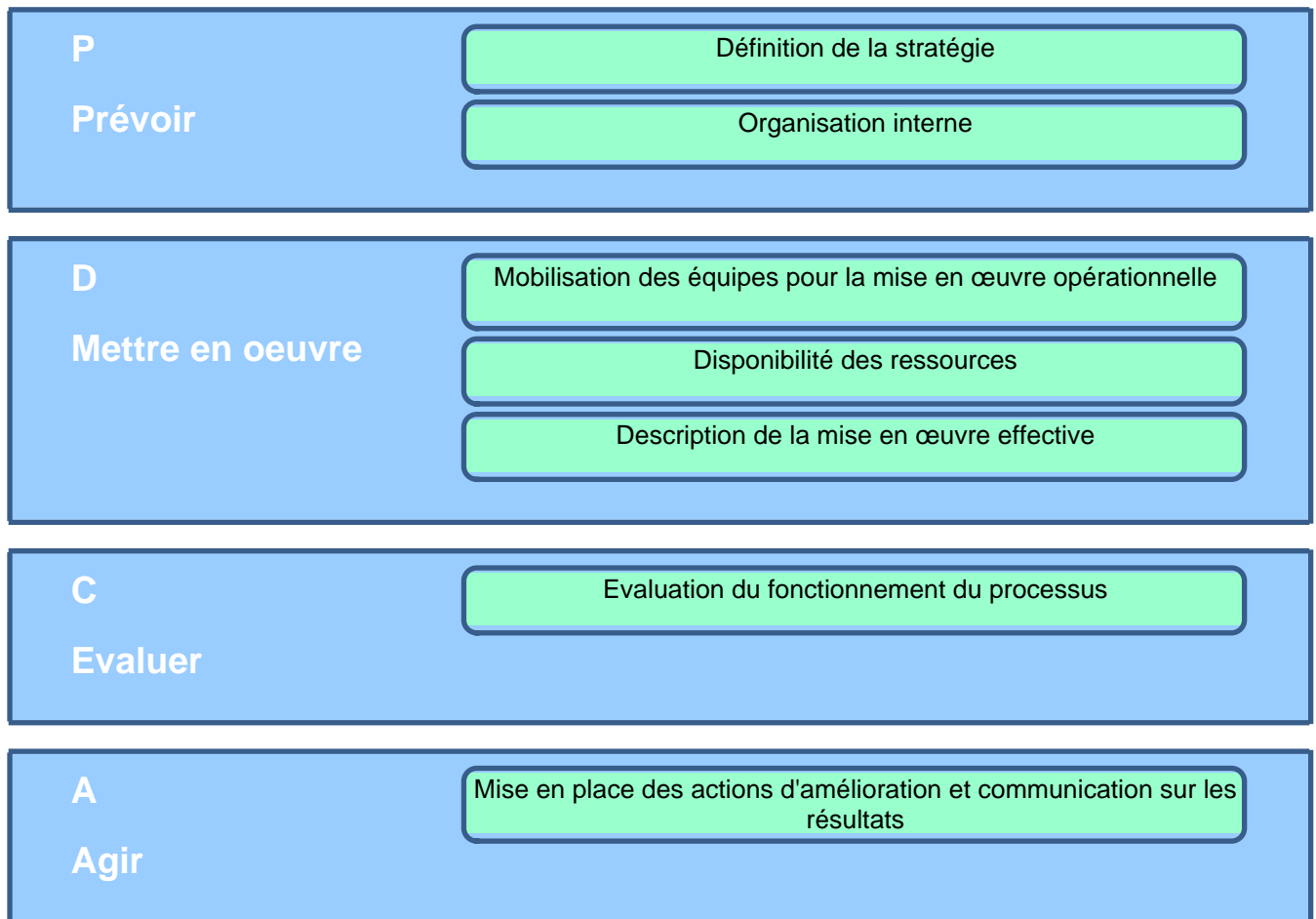
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique dossier patient est intégrée dans les orientations stratégiques de l'établissement. Les besoins spécifiques ont été identifiés, en s'appuyant sur l'analyse des données disponibles : résultats de la certification, résultats des indicateurs IQSS, HN, mais aussi les exigences réglementaires et recommandations qualité. Un document intitulé "politique de gestion du dossier patient au centre hospitalier d'Auch", rédigé en 12/2015 est accessible dans la GED.

La cartographie des risques a été actualisée suite à la réception du rapport de la visite initiale de certification V2014. Les plans d'action du processus ont été réajustés ils sont intégrés au PAQSS. Les modalités de mise en œuvre du PAQSS, sont formalisées. Les risques prioritaires alimentent le CQ supplémentaire. PAQSS et CQ ont été validés par les instances : COPIL QGR, CME CDU. La mise en œuvre est coordonnée par le COPIL QGR et la CME et conduite par le COPIL Dossier patient.

#### ORGANISATION INTERNE

Des pilotes du processus ont été désignés, une fiche de mission est formalisée et intégrée dans la GED. Un comité de pilotage du Dossier Patient est en place depuis avril 2016, il est chargé de la déclinaison de la politique dossier patient et plus particulièrement du déploiement du DPI en lien avec la CME et le COPIL QGR.

L'établissement organise la réponse à ses besoins en effectifs et en compétences au regard de ses risques et de ses missions. Des actions d'information et de sensibilisation des professionnels sont effectuées par l'IDE référent DPI et le DIM.

L'accès du patient à son dossier est organisé ainsi que son information quant aux modalités d'accès.

Le système de gestion documentaire intègre des procédures relatives à la gestion et à l'utilisation du dossier patient, il comprend les données nécessaires à son utilisation, de sa création à son archivage, ainsi que les procédures dégradées.

Les besoins en matériel et équipement sont pris en compte, ils sont adaptés aux besoins des professionnels. Le système d'information est structuré et sécurisé. La maintenance et l'assistance aux utilisateurs sont organisées.

Il existe un classeur papier articulé avec le DPI. Un document intitulé "fiches constituant les dossiers papiers ou informatisés" précise pour chacun des éléments composant le dossier, la nature de son support, informatisé ou papier.

Les interfaces et les circuits sont formalisés pour l'accès au dossier du patient en temps utile, en interne et avec les correspondants externes ainsi que les circuits relatifs à l'accès du patient à son dossier.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Les cadres supérieurs de pôle s'assurent de la déclinaison du PAQSS dossier patient dans les secteurs d'activité, ainsi que de la conformité des pratiques aux dispositions prévues dans les procédures et protocoles institutionnels existants. Avec les cadres de santé, l'IDE référent dossier patient et le DIM, ils sensibilisent et informent les professionnels des résultats et mettent en place des mesures correctives en cas de non maîtrise des pratiques. Le directeur des soins/directeur QGR et relations avec les usagers organise le traitement des demandes d'accès au dossier patient. Les professionnels sont associés aux évaluations des indicateurs nationaux et aux actions correctives identifiées.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en matériel informatique et support papier pour constituer, classer et archiver le dossier patient sont disponibles, leur approvisionnement est organisé. Les archives les plus anciennes sont externalisées. Les locaux d'archives dans l'établissement sont sécurisés, les règles d'archivage et d'accessibilité au dossier 24/24H sont connues et formalisées.

Pour les applications informatisées du dossier patient, des procédures dégradées sont diffusées. Il existe un plan de reprise d'activité en cas de panne informatique. Une assistance informatique est organisée.

Un IDE référent dossier patient apporte son expertise métier au service informatique pour la conduite du déploiement du DPI. Une formation à l'utilisation du dossier informatisé est assurée pour les nouveaux arrivants : paramédicaux, internes et intérimaires. Le médecin DIM intervient dans les unités de soins pour sensibiliser au respect des règles de tenue du dossier du patient et à la traçabilité des actes. Au fur et à mesure du déploiement des applications, des actions d'information et de sensibilisation sont menées dans les services concernés et des supports d'aide à l'utilisation sont diffusés.

Les protocoles relatifs à gestion du dossier patient et à l'accès du patient à son dossier, sont accessibles dans la GED

L'information du patient sur ses droits et les modalités d'accès à son dossier sont organisées.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier patient est partiellement informatisé. Le logiciel dossier patient est déployé dans l'ensemble des services. Le paramétrage en vue du déploiement de l'ensemble de son contenu est en cours; il prend en compte les besoins des utilisateurs.

La base commune utilisée au moment de la visite, sauf en réanimation et en néonatalogie, est composée : des prescriptions médicales, des supports de traçabilité de sa mise en œuvre et des surveillances IDE (la pancarte). Un volet dit "synthèse" permet l'accès direct aux résultats d'examens de laboratoire, d'imagerie, avis spécialisés, compte rendus et courriers de sortie. Dans certains services sont aussi utilisés les volets "observations médicales, diagrammes de soins", et des fiches spécifiques comme les fiches pansements, les fiches escarres, les fiches diététique.

Les composantes du dossier patient non dématérialisées sont au format papier. Le dossier du patient en cours d'hospitalisation se compose donc : du volet informatisé, du classeur papier médical et paramédical, du dossier papier rééducateur (en cas de besoin) et de la pochette dossier archivé. L'ensemble des éléments sont regroupés dans la pochette dédiée puis archivés au moment de la sortie du patient.

Le logiciel dossier patient est interfacé avec des logiciels métiers : administratif, urgences, diététique, gynécologie-obstétrique, anesthésie, pharmacie, archives... Le passage d'un logiciel à l'autre est sécurisé. L'identitovigilance est assurée, les professionnels y sont sensibilisés. Un comité d'identitovigilance est opérationnel.

Les modalités d'utilisation, de confidentialité, de composition, d'accessibilité en temps utile, d'archivage, ainsi que les rôles et les responsabilités sont précisées dans des procédures disponibles dans la GED : elles composent le guide d'utilisation du dossier patient. Toutefois, les règles de tenue du dossier patient ne sont pas respectées dans l'ensemble des services investigués. Le dossier patient utilisé en néonatalogie est entièrement sur support papier, les éléments qui le composent sont regroupés dans un classeur. L'utilisation du support de prescription médicamenteuse ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques : le nom du prescripteur n'est pas systématiquement retrouvé, ni la date et l'heure de la prescription ainsi que sa durée et le mode d'administration. Ce qui représente un risque d'erreur dans l'exécution de la prescription.

L'établissement a identifié ce risque dans son CQ supplémentaire. Il a conduit des actions de sensibilisation puis un audit sur la tenue du dossier patient et un audit patient traceur, qui confirment ces dysfonctionnements. Ces audits font aussi apparaître un défaut d'identification de certaines fiches, ainsi que des fiches d'observations médicales non utilisées ou incomplètes. Un plan d'action a été défini, il préconise un passage rapide au DPI avec prescription médicale informatisée en néonatalogie. Le paramétrage est fait et l'organisation du déploiement planifiée. Cependant des résistances à ce changement n'ont pas permis sa mise en œuvre au moment de la visite. Le responsable informatique gère les habilitations d'accès définies en concertation avec les responsables et instances concernées. La politique sécurité du système d'information est formalisée. La sauvegarde des données est sécurisée, un plan de reprise d'activité est établi. Une procédure dégradée est en place, elle est connue des professionnels.

Les modalités de communication en temps utile du dossier entre professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, sont organisées. Un résumé d'hospitalisation est réalisé et des supports de transmissions disponibles en cas de transfert du patient. Le courrier de sortie est adressé, avec les documents nécessaires à la continuité de la prise en charge dans les délais utiles, par le secrétariat médical.

L'accès du patient à son dossier est organisé, les demandes sont reçues à la direction des soins/QGR/direction des relations avec les usagers, qui les traite en lien avec le DIM et les responsables des services de soins concernés, conformément à la procédure définie. Un tableau de bord de traçabilité des demandes et de l'indicateur de délai de transmission est suivi.

La CDU est tenue informée du nombre de demandes et des délais d'accès, ils sont intégrés à son bilan annuel d'activité. Les délais définis par la réglementation sont respectés. L'information du patient quant à ses droits et modalités d'accès est organisée.

### C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue la gestion du dossier patient, notamment sur la base des indicateurs IQSS tenue du dossier patient et sortie du patient, et des indicateurs HN. Il assure le suivi du nombre de demandes d'accès au dossier par les patients ainsi que les délais à l'aide d'indicateurs. Il conduit des audits dossier patient ponctuels en cas de besoin.

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

Des actions d'amélioration sont identifiées au regard des résultats des évaluations et des indicateurs, elles sont intégrées au PAQSS. Les résultats sont communiqués aux professionnels, ils sont associés à la mise en œuvre des actions de réajustement. Les résultats des indicateurs sont analysés en COPIL QGR, ils sont communiqués via l'encadrement et le journal interne "le lien" aux professionnels, et via la CDU et l'affichage, pour les patients.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>Les règles de tenue du dossier patient ne sont pas respectées dans l'ensemble des services investigués.</p> <p>Le dossier patient utilisé en néonatalogie est entièrement sur support papier, les éléments qui le composent sont regroupés dans un classeur. L'utilisation du support de prescription médicamenteuse ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques : le nom du prescripteur n'est pas systématiquement retrouvé, ni la date et l'heure de la prescription ainsi que sa durée et le mode d'administration. Ce qui représente un risque d'erreur dans l'exécution de la prescription. L'établissement a identifié ce risque dans son CQ supplémentaire. Il a conduit des actions de sensibilisation puis un audit sur la tenue du dossier patient et un audit patient traceur, qui confirment ces dysfonctionnements. Ces audits font aussi apparaître un défaut d'identification de certaines fiches, ainsi que des fiches d'observations médicales non utilisées ou incomplètes. Un plan d'action a été défini, il préconise un passage rapide au DPI avec prescription médicale informatisée en néonatalogie. Le paramétrage est fait et l'organisation du déploiement planifiée. Cependant des résistances à ce changement n'ont pas permis sa mise en œuvre au moment de la visite.</p>	14a

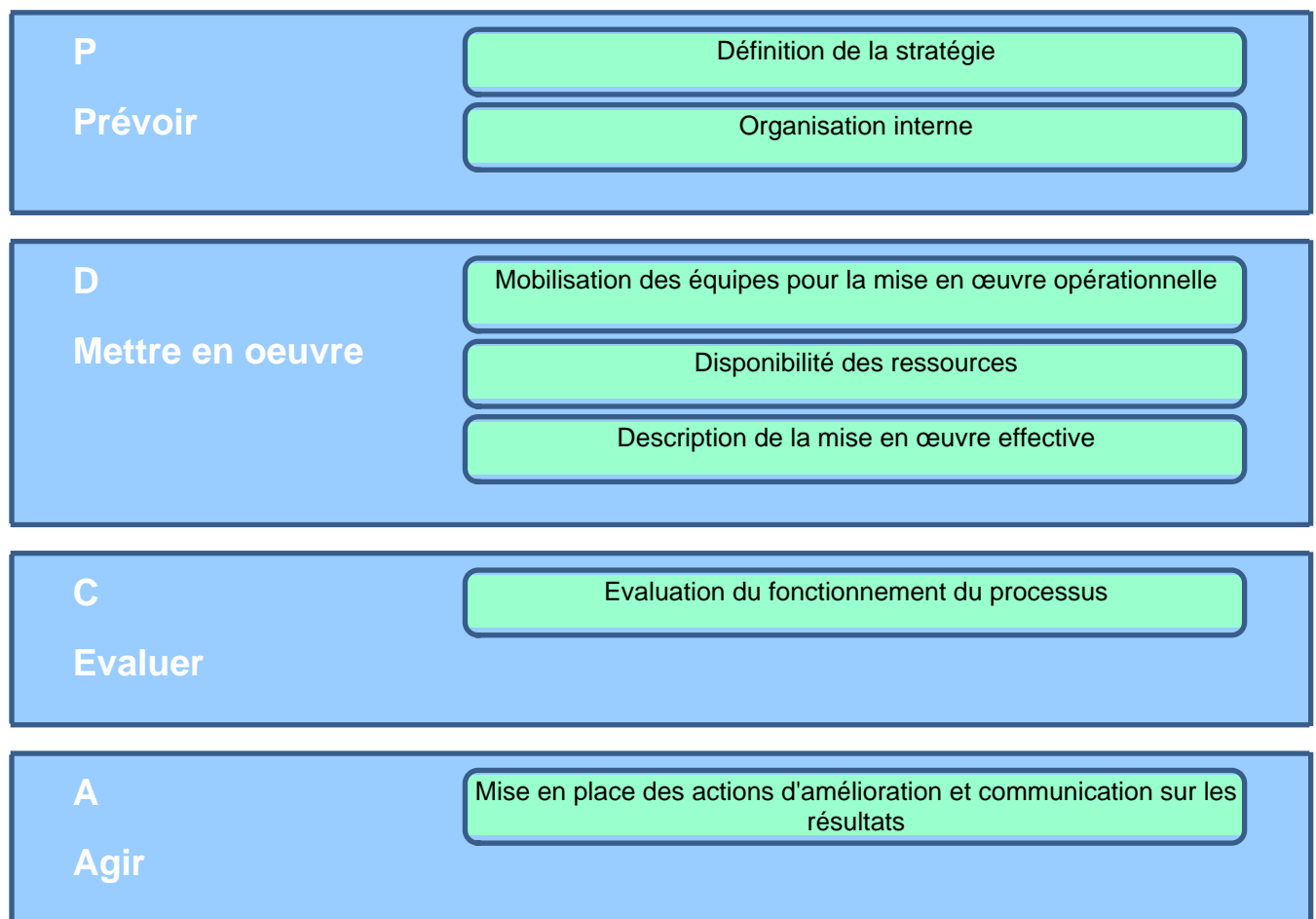
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le centre hospitalier d'Auch est l'établissement pivot du territoire de santé du Gers. Le service des urgences intègre une activité SAMU / SMUR identifiant une antenne avec le CH de Condom. Le projet médical 2015-2019 formalise les axes stratégiques de l'établissement relatifs à la prise en charge des urgences, intégrant notamment les filières neurologiques (AVC), cardiologiques ainsi que la structuration des filières Pédiatriques et Gériatriques. Il existe une offre spécifique pour la prise en charge des soins non programmés en services d'obstétrique, en court séjour gériatrique et en cardiologie. Une permanence d'accès aux soins de santé est définie.

La cartographie des risques repose sur un audit de processus conduit en 2015, l'analyse des indicateurs d'activité, le taux d'occupation des postes de travail médicaux et paramédicaux, les résultats des questionnaires de satisfaction des patients, le nombre d'évènements indésirables et le résultat des précédentes procédures de certification.

11 risques sont priorisés dans le compte qualité selon la méthodologie de la HAS ; ils concernent les différents domaines de la coordination du parcours, de l'accueil initial, du temps de passage, de la prise en charge de la douleur, de la confidentialité, de la transmission des informations écrites et du lien avec l'entourage.

Les objectifs sont définis. Le plan d'action comporte la désignation des responsables et le calendrier de mise en œuvre des axes de travail.

La stratégie a été validée par le COPIL qualité et la CME. Le plan d'action est intégré au PAQSS de l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilotage repose sur un groupe de travail pluriprofessionnel composé des responsables du service (chef de service, médecin responsable du service d'urgence, encadrement supérieur et de proximité) accompagné par l'ingénieur qualité. Les missions des pilotes sont définies au plan institutionnel.

La Commission des Consultations et des Admissions Non Programmées (CCANP), réactivée en 2017, est engagée dans le pilotage institutionnel des différents circuits des patients requérant une prise en charge en urgence ; le rôle pivot de la CCANP dans l'organisation des prises en charge et dans l'amélioration des circuits patients en aval du service d'urgence (SU) est défini dans son règlement intérieur de janvier 2018.

Au regard de ses missions et des risques identifiés l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés.

L'organisation du service des urgences, comprenant tous les secteurs le constituant, est formalisée dans le règlement intérieur des urgences actualisé en février 2018. Le projet de service, décrivant l'orientation des patients dans les différents circuits identifiés et la répartition des ressources médicales, est en cours de consolidation.

La complémentarité entre les équipes du service d'urgences (SU) et du SMUR est définie. 5 postes de médecins urgentistes sont identifiés, assurant la permanence des soins au SU, au centre 15 et au SMUR. L'intervention des médecins spécialistes repose sur l'appel direct de l'urgentiste. Plusieurs équipes mobiles interviennent au besoin : Gériatrie, Psychiatrie, Douleur / Soins palliatifs, Addictologie.

Les ressources paramédicales permettent l'occupation des postes d'IDE, d'AS et d'ASH en réponse aux besoins.

Le plan de formation spécifique au service est défini. Il intègre notamment des modules relatifs à l'organisation de l'accueil, aux gestes d'urgence en pédiatrie, à la prévention des erreurs médicamenteuses, à la gestion des situations de violence et d'agressivité. L'intégration des nouveaux arrivants est organisée.

Les locaux répondent à l'organisation des circuits définis selon le degré d'urgence et la typologie des patients. Les locaux se répartissent en 3 zones : une zone d'accueil, une zone d'examen et de soins, une zone d'hospitalisation de courte durée.

La zone d'accueil comprend dans un espace limité un lieu d'attente, le poste administratif et le bureau de l'infirmière d'orientation et d'accueil (IOA) ; la zone d'examen et de soins se décompose en 7 boxes : 4 sont polyvalents, 1 est réservé à la prise en charge de l'urgence vitale (SAUV), 1 est réservé à l'accueil de la pédiatrie, 1 box permet l'accueil de la psychiatrie. L'unité d'hospitalisation de courte durée comporte 6 lits dont 4 partagés avec l'unité de surveillance continue. Une unité d'hospitalisation de post urgence médicale, participant à la fluidification des parcours est définie. Une salle d'attente destinée aux familles et aux patients en attente de sortie est identifiée. L'équipement répond aux besoins des différents secteurs ; la maintenance du matériel est assurée par un système de GMAO.

Le dossier médical des urgences est informatisé ; il permet l'enregistrement des différentes étapes du parcours des patients dont les heures d'accueil et de prise en charge et la saisie des observations et prescriptions médicales ainsi que des soins réalisés.

Les ressources documentaires sont organisées ; elles sont accessibles sur le logiciel informatisé de gestion documentaire de l'établissement. De nombreux documents d'information des patients et de leur entourage sont actualisés et accessibles.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée avec les services médico-techniques, avec les services d'aval et par filière de prise en charge. La procédure Hôpital en tension, intégrant le dispositif d'évaluation de la disponibilité des lits, est définie.

L'établissement participe à l'observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées (ORU-MIP).

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. La charte d'accueil aux urgences et la charte des admissions non programmées sont définies. La déclinaison du plan d'action issu du compte qualité est assuré par le groupe de pilotage. Plusieurs groupes de travail pluriprofessionnels, associant les professionnels du SU sont activés depuis 2016: groupes SMUR, IOA, SAUV, filière gériatrique.

Le management s'assure de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration ; elles participent à l'élaboration des procédures et documents d'organisation propres au service. Elles participent à la déclaration des événements indésirables, à la gestion des plaintes et réclamations. Elles contribuent au traitement des événements indésirables graves par la conduite de RMM.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans le secteur.

Les effectifs médicaux et soignants, intégrant la polyvalence des professionnels, permettent l'occupation des postes de travail définis.

L'organisation médicale, comprenant l'intérim, supplée le déficit des urgentistes de l'établissement qui répond en 2017 à 46% des postes requis. Les 5 postes de travail sur une amplitude de 24h assurent la permanence au SU, à l'UHCD et au SMUR. Le poste de régulation au SAMU est partagé la nuit avec le SAMU 31.

Le nombre d'IDE, d'AS et d'ASH répond aux besoins identifiés. Le poste d'Infirmier d'Organisation de l'Accueil est occupé de 10h à 22h, 7 jours / 7 par un professionnel formé. L'IDE affecté aux sorties du SMUR renforce au besoin le poste de l'IOA. La participation des professionnels aux actions de formation proposées au plan institutionnel et en interne est effective. L'intégration des nouveaux agents est assurée par compagnonnage. L'occupation des différents postes de travail est graduée au regard des compétences acquises. L'accueil administratif est assuré sur une permanence H24.

La documentation nécessaire aux équipes est disponible. Les circuits de prise en charge, formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients, sont précisés dans le règlement intérieur du SU. Des échelles de tri sont disponibles au poste de l'IOA ; la procédure d'accueil et de prise en charge des enfants est assortie des critères de gravité et des modalités de prise en charge de la douleur ; les astreintes des spécialistes et les numéros d'appel correspondants sont affichés.

Les modalités d'accueil et d'orientation des patients relevant d'une affection digestive ou orthopédique sont définies et regroupent les documents d'information destinés aux patients.

Les locaux et leur équipement répondent aux différents circuits définis. Leur maintenance est effective.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des urgences connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

L'accueil répond aux modalités définies; cependant les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient ne sont pas toutes respectées. Durant la visite, il a été constaté que le poste d'accueil administratif des patients restait ouvert et accessible au public, en l'absence du professionnel. De même, l'entretien conduit par l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IOA) des patients en attente sur des brancards dans le hall, était réalisé avec un seul paravent de protection. Ce risque a été identifié dans le compte qualité initié en 2015 ; l'établissement prévoit la formalisation d'une charte de bonnes pratiques soignantes.

Les circuits AVC, infarctus du myocarde, patients couchés, pédiatriques, obstétricaux sont respectés. Une organisation est en place permettant la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits d'hospitalisation en temps réel. 3 évaluations de la disponibilité des lits sont réalisées chaque jour. La procédure Hôpital en tension et la charte des admissions non programmées précisent les modalités de gestion des lits en cas de saturation des lits d'aval, dans le respect des décisions validées par la CCANP.

Le code de gravité du patient et le niveau d'avancement de sa prise en charge sont intégrés au logiciel DPI du service, permettant la visualisation des flux des personnes accueillies. La traçabilité des observations, des actes et des soins réalisés est assurée. Une édition des documents renseignés est transmise lors des transferts vers les services d'aval.

Les interfaces entre les secteurs cliniques et médico-techniques sont opérationnelles, telles que l'accès aux résultats des examens de biologie et d'imagerie.



## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Le groupe de travail du service des urgences, en lien avec le service qualité gestion des risques, assure le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs : les indicateurs d'activité et de délais d'attente de l'ORU-MIP, le nombre de déclarations d'évènements indésirables, le nombre de plaintes et réclamations, la satisfaction des patients, le taux de formation au poste IOA, le taux d'occupation des postes médicaux et paramédicaux. Le suivi du plan d'action issu du compte qualité est assuré lors des réunions mensuelles du groupe de pilotage. La traçabilité en est assurée.

## A / AGIR

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

Plusieurs actions sont finalisées : la CCANP est réactivée depuis 2017, son règlement intérieur et la traçabilité des 3 réunions réalisées au moment de la visite sont tracées ; le médecin chef de service et les responsables du SU, de l'UHCD et du SAMU sont désignés ; la fiche de poste de l'IOA et l'échelle de tri sont actualisées ; la création d'une unité de post urgence médicale renforce les capacités d'accueil en aval. L'avancée du plan d'action est intégrée au PAQSS institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. Les compte-rendu des réunions sont accessibles aux professionnels. La communication des résultats et actions est réalisée en COPIL qualité, à la CCANP, en CME et à la CDU.

### c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient ne sont pas toutes respectées. Durant la visite, il a été constaté que le poste d'accueil administratif des patients restait ouvert et accessible au public, en l'absence du professionnel. De même, l'entretien conduit par l'IOA des patients en attente sur des brancards dans le hall, était réalisé avec un seul paravent de protection. Ce risque a été identifié dans le compte qualité initié en 2015 ; l'établissement prévoit la formalisation d'une charte de bonnes pratiques soignantes.	25a

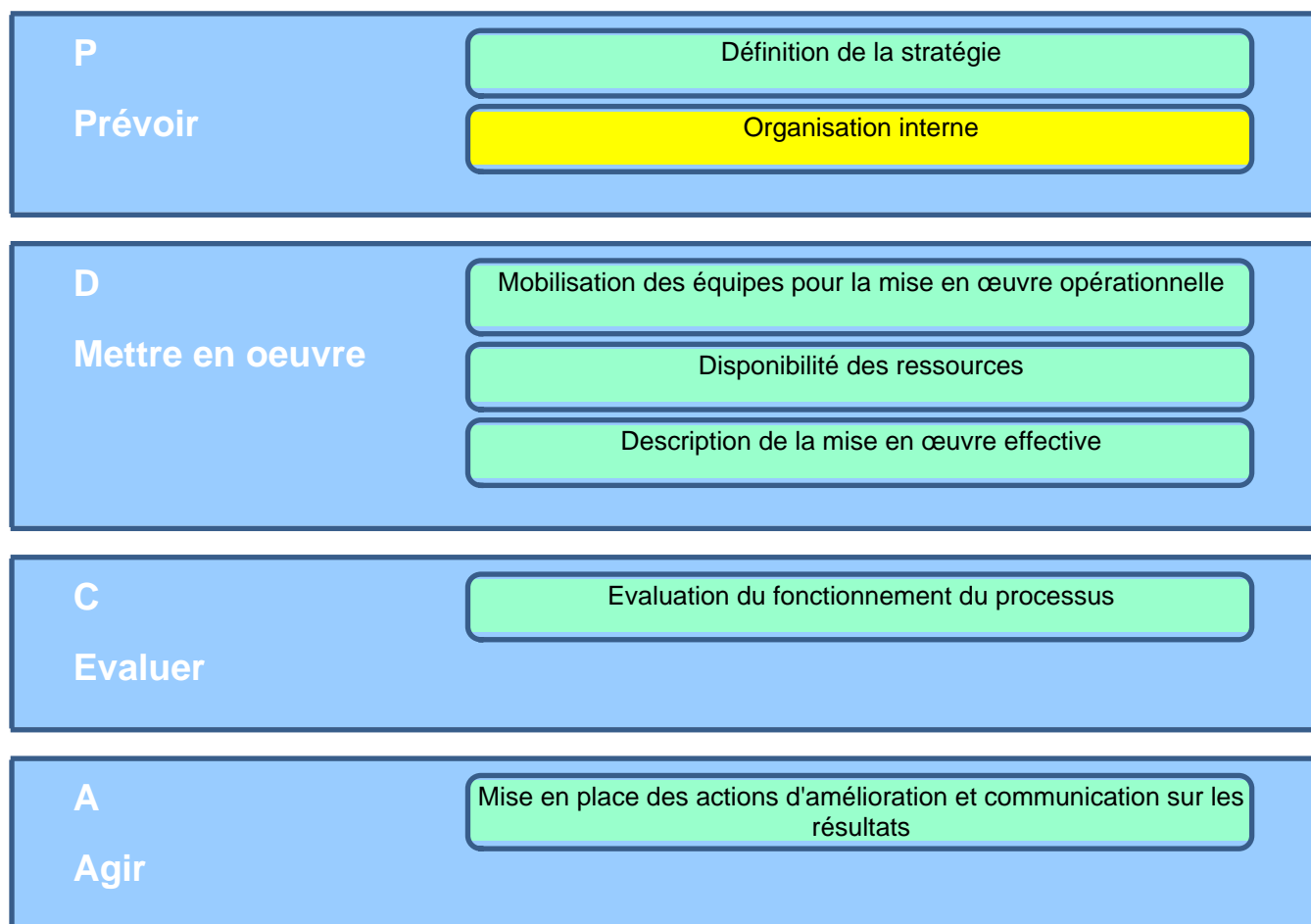
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATEUR

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le service a élaboré une stratégie et des objectifs sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement.

Le bloc opératoire comporte six salles, adossées à neuf boxes de SSPI disponibles 24/24. L'organisation du service est placée sous le contrôle du conseil de bloc réactivé depuis janvier 2016 dont le règlement intérieur définit la composition, le fonctionnement et les missions.

La cartographie des risques a été réalisée avec les professionnels. Les sources de données sont issues des résultats des indicateurs QSS concernant la tenue du dossier d'anesthésie, des deux inspections de l'ARS du bloc opératoire, de la visite d'analyse des risques de la SHAM, du benchmark bloc et de l'UCA mené avec l'ARS en octobre 2015, des résultats de la V2014 initiale.

21 risques sont priorisés selon la méthodologie de la HAS et intégrés au compte qualité.

Les objectifs sont identifiés ; le plan d'action est défini, les responsables d'axes sont nommés, les échéances sont identifiées.

Cette stratégie est validée par le conseil de bloc, le COPIL qualité, la CME et la CSIRMT. Les risques identifiés dans le compte qualité sont intégrés au PAQSS de l'établissement. La communication vers les professionnels est assurée par l'encadrement.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus repose sur un groupe composé du médecin chef des anesthésistes, du cadre supérieur de santé du pôle de chirurgie et du cadre de santé du bloc. Les fiches de mission sont validées par le directeur de l'établissement.

La charte du bloc définit les organisations en termes de ressources humaines et documentaires. Elle définit les missions du chef de bloc, du coordonnateur médical et du conseil de bloc ; elle intègre les modalités de fonctionnement de la cellule de supervision en charge de la régulation de planification opératoire. La charte de l'unité de chirurgie ambulatoire est formalisée.

Les ressources humaines sont en adéquation avec les besoins au bloc opératoire, en SSPI et à l'UCA. Des formations internes sont organisées : gestes d'urgence, chirurgie de l'épaule, hypnose ; des soirées thématiques sont organisées.

Les professionnels nouvellement recrutés participent à la journée des nouveaux arrivants, des tuteurs sont désignés au sein du bloc. Le livret d'accueil de l'établissement leur est remis.

Les circuits des patients, des visiteurs, du matériel, du linge et des déchets sont définis. Les ressources matérielles répondent aux besoins des utilisateurs. Le service technique assure le suivi de la maintenance préventive et curative des matériels et équipements. Les ressources documentaires sont en cours d'actualisation par 2 IBODE identifiées et dédiées, en lien avec le service qualité.

Toutefois, une démarche qualité documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, comprenant l'ensemble des dimensions y compris la gestion des locaux et des équipements, n'est pas totalement finalisée. Le circuit des personnels n'est pas totalement structuré, la marche en avant est imprécise impliquant une confusion sur l'équipement des professionnels au niveau des vestiaires ; le dé-cartonnage s'effectue à l'entrée du bloc, un local dédié est prévu pour le mois de septembre ; un arsenal stérile fermé n'est pas identifié dans les locaux du bloc. L'établissement a identifié ces dysfonctionnements et les prend en compte ; la création en février 2018 du Groupe d'Analyse et d'Action du bloc opératoire (GAABO) a pour mission d'impulser une démarche d'analyse et de qualité du bloc, en prenant appui sur l'analyse de fiches d'anomalies créées par les pilotes du processus.

Les interfaces sont définies dans la charte de bloc et le règlement intérieur : l'ensemble des prescriptions médicales est réalisé sur le DPI, une fiche de liaison service-bloc est en place, une fiche navette vers la stérilisation est disponible ; les interfaces avec le service d'urgences, le laboratoire, l'EFS, l'EOH et le service biomédical sont structurées.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Les actions issues du compte qualité sont accompagnées dans le service par le groupe de pilotage. Le chef de bloc et le cadre de l'UCA sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Les équipes sont sensibilisées à la déclaration des événements indésirables. Une augmentation progressive de leur nombre est constatée depuis 2016. 1 RMM et 1 CREX ont été réalisées en collaboration avec les professionnels. Des audits sont réalisés : Zéro bijou, Utilisation de la check-list HAS, Tenue du dossier de chirurgie.

2 EPP sont conduites : Pratiques de la préparation cutanée de l'opéré, Antibio prophylaxie en chirurgie.

Des actions correctives sont identifiées, elles sont intégrées au programme d'actions du service.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs. Les effectifs des professionnels au sein du bloc et de la SSPI sont conformes à la réglementation. La présence d'anesthésistes intérimaires amène l'établissement à formaliser les protocoles d'anesthésie au sein du bloc pour sécuriser les pratiques. Des formations sont organisées : IBODE, gestes d'urgence, AFGSU, hypnose, manutention, tutorat... Des professionnels référents sont identifiés dans différents domaines : la douleur, l'hypnose, l'hygiène, l'hémovigilance, l'identitovigilance, le médicament, les DMI, le dossier informatisé. Les nouveaux arrivants reçoivent le livret d'accueil de l'établissement, ils participent à la journée d'intégration, des tuteurs leur sont désignés (IDE, IBODE, IADE). Les professionnels ont accès à l'ensemble des procédures, soit dans des classeurs, soit dans la base documentaire informatisée de l'établissement. La mise à jour des documents est en cours, assurée par 2 IBODE dédiées. Le taux d'actualisation est suivi ; au moment de la visite, 65% des documents nécessaires sont actualisés, mis aux normes qualité et accessibles sur la base documentaire. La salle de transfert est équipée de brancards, de rollboard et d'un système d'alerte. Les salles d'opération sont toutes équipées d'un témoin de surpression. Un changement des auges a été réalisé dans les suites du plan d'actions défini. Le circuit des déchets est défini, un local de stockage des déchets est identifié. Le service biomédical assure le suivi de la maintenance préventive et curative des équipements et matériels. Les prélèvements environnementaux sont assurés selon la planification définie par le praticien hygiéniste. Les résultats sont colligés dans le carnet sanitaire, placé sous la surveillance du service biomédical.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le pré programme opératoire est validé chaque jeudi par la cellule de supervision regroupant le chef de bloc, un anesthésiste, le cadre de santé de l'UCA, 1 IBODE, 1 IADE, la secrétaire du bloc opératoire. Il est diffusé chaque jour pour le lendemain avec l'intégration des urgences. Les circuits formalisés dans la charte de bloc sont respectés. Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient : bonnes pratiques de préparation du matériel en vue d'une intervention, bonnes pratiques d'installation sur la table d'intervention. La surveillance des patients en attente d'intervention en salle de transfert, est assurée en journée jusqu'à 17h par un IADE et un AS, dont les fiches de postes sont définies. Le relai est pris par les IADE de SSPI situés à proximité immédiate. La mise en œuvre de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est assurée et fait l'objet d'un accompagnement spécifique par le cadre de santé du bloc. Le dossier patient informatisé est l'outil de coordination entre les professionnels. La traçabilité des éléments de surveillance du patient, des DMI et des prescriptions est assurée. La présence du dossier d'anesthésie et du compte rendu opératoire sont effectives comme le montrent les résultats des IQSS 2016. L'audit du dossier d'anesthésie réalisé par le chef de bloc en 2017 souligne la poursuite des axes de travail relatifs à la traçabilité de l'indication opératoire, de la consultation de pré-anesthésie et du marquage du côté à opérer. En post opératoire la surveillance en SSPI est tracée, le score d'Aldrete est réalisé, la validation de la sortie de SSPI par l'anesthésiste est bloquante dans le DPI. En ambulatoire, l'appel de la veille et du lendemain sont assurés. En post-opératoire, le score de CHUNG est réalisé, permettant le retour au domicile. La traçabilité des ouvertures de salle et du bionettoyage est assurée informatiquement. Les interfaces entre le bloc et les secteurs cliniques, médicotechniques, techniques et logistiques, administratifs sont opérationnels. Le conseil de bloc est opérationnel ; les réunions bimensuelles sont tracées.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Il recueille l'IQSS « tenue du dossier d'anesthésie ». Les programmes EPP " bonnes pratiques d'hygiène des mains", « Antibio prophylaxie en chirurgie », « préparation cutanée de l'opéré » sont en place. Un suivi d'indicateurs d'activité quantitatifs est assuré depuis 2016 : Nombre d'interventions, taux d'interventions programmées, taux d'occupation des salles, taux d'ouverture, taux de débordement d'activité programmée. Un suivi mensuel des indicateurs par spécialité, avec comparaison annuelle, est réalisé. Les indicateurs sont regroupés dans un tableau de bord.

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

Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre avec les professionnels suite aux RMM en 2015 : formation aux gestes d'urgence, mise à disposition des opérateurs de l'instrumentation adaptée à leur besoins, amélioration de la formalisation du programme opératoire, formalisation du livret des anticoagulants. Dans les suites de la visite V2014 initiale, le règlement intérieur des réunions de programmation a été actualisé en mai 2018, le GAABO a été créé, des indicateurs de suivi de l'activité ont été identifiés.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. Le plan d'action du bloc opératoire est actualisé par le groupe de pilotage lors des réunions « certification » associant le service qualité. Le tableau de bord des indicateurs est présenté au conseil de bloc.

La communication des résultats et actions est réalisée vers les professionnels lors des réunions de service.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	<p>Une démarche qualité documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, comprenant l'ensemble des dimensions y compris la gestion des locaux et des équipements, n'est pas totalement finalisée.</p> <p>Le circuit des personnels n'est pas totalement structuré, la marche en avant est imprécise impliquant une confusion sur l'équipement des professionnels au niveau des vestiaires ; le décartonnage s'effectue à l'entrée du bloc, un local dédié est prévu pour le mois de septembre ; un arsenal stérile fermé n'est pas identifié dans les locaux du bloc.</p> <p>L'établissement a identifié ces dysfonctionnements et les prend en compte ; la création en février 2018 du Groupe d'Analyse et d'Action du bloc opératoire (GAABO) a pour mission d'impulser une démarche d'analyse et de qualité du bloc, en prenant appui sur l'analyse de fiches d'anomalies créées par les pilotes du processus.</p>	26a

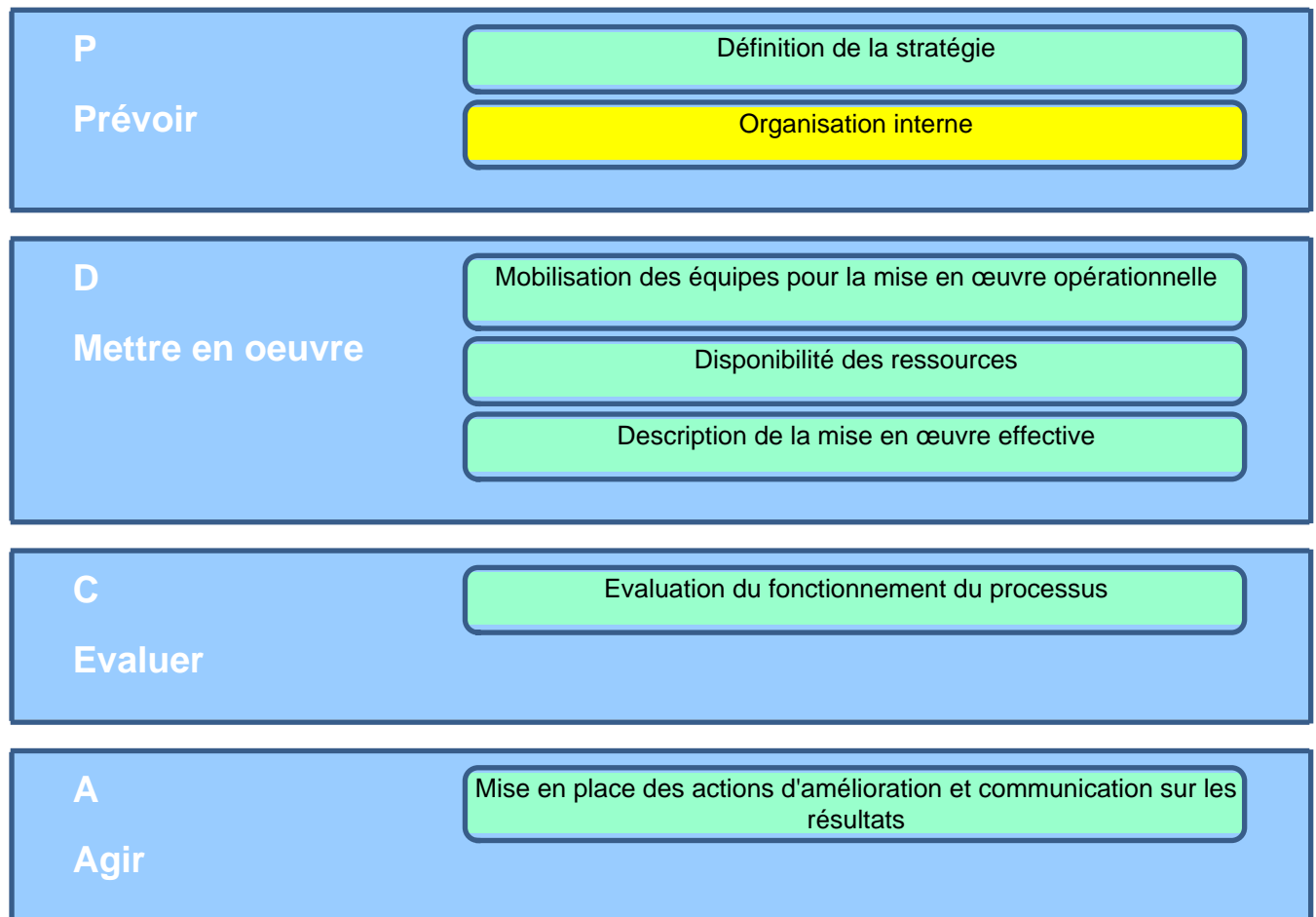
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement.

L'activité d'endoscopie est réalisée sur 3 sites : le bloc opératoire, le service de réanimation, le secteur des explorations fonctionnelles. Elle est soutenue par un axe du projet médical 2015-2019. L'activité est placée sous la supervision du comité de pilotage de l'endoscopie, associant le directeur des soins / directeur de la qualité, les médecins et l'encadrement des services concernés, le médecin Hygiéniste, l'ingénieur qualité gestionnaire des risques et l'ingénieur biomédical. Les activités d'endoscopies, majoritairement programmées, répondent également aux besoins de prise en charge en urgence.

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques en endoscopie avec les professionnels concernés. Les sources de données utilisées par l'établissement pour l'analyse des risques sont :

- le contexte médical local, la diminution de l'activité médicale libérale de ville induisant une augmentation de l'activité d'endoscopie, avec un potentiel important en matière de dépistage,
- l'évaluation de la gestion des risques liés au traitement des endoscopes souples non autoclavables réalisée par l'ARLIN Midi Pyrénées et CCLIN Sud ouest en 2012,
- le contrat d'objectif et de moyens qui envisage une augmentation de l'activité ambulatoire,
- les différents lieux où les endoscopies sont réalisées,
- le suivi des précédentes procédures de certification.

10 risques sont identifiés et priorisés selon la méthodologie de la HAS ; ils concernent les différents domaines relatifs à la pertinence des demandes, la programmation, le risque infectieux, le matériel, la confidentialité, le suivi de la prise en charge. Les objectifs sont posés, les responsables d'axes sont nommés, le calendrier est défini.

Cette stratégie est validée en COPIL endoscopie, en COPIL qualité et en CME. La communication vers les professionnels est assurée par l'encadrement. Les actions du compte qualité sont interfacées avec le PAQSS institutionnel.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage opérationnel du processus repose sur l'encadrement du secteur d'endoscopie digestive, un médecin gastroentérologue, le médecin hygiéniste, le service qualité. Les missions des pilotes sont formalisées dans un document institutionnel de janvier 2018.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

L'organisation du service d'endoscopie est formalisée dans la charte de fonctionnement du service, actualisée dans sa deuxième version en mai 2018. La charte indique les lieux de réalisation des différents examens, décrit l'engagement du secteur dans le management de la qualité (centralisation de l'activité d'entretien des dispositifs médicaux, identification et missions du praticien référent, dispositif de gestion documentaire, formation des professionnels, démarche d'évaluation des pratiques). Toutefois une démarche qualité documentée et actualisée assurant la sécurité de la prise en charge du patient n'est pas totalement définie. Le circuit des patients admis dans le cadre d'une hospitalisation en ambulatoire n'est pas formalisé. Il existe 2 lieux d'accueil : l'UCA et le secteur d'HJ de gastroentérologie. Les recommandations d'appel des patients à J-1 et à J+1, appliquées à l'UCA, ne sont pas réalisées par l'équipe de l'HJ ; le score de CHUNG validant la mise à la rue n'est pas mesuré et signé en HJ, ce qui entraîne un risque relatif à la sécurité des patients.

5 postes d'IDE et 1 poste d'AS sont identifiés, permettant de répondre à l'activité d'endoscopie réalisée sous AG et sous AL. La permanence des soins est organisée.

Le plan de formation permet aux professionnels de participer à des congrès, des formations en hygiène pour l'endoscopie, des formations sur les principes d'assurance qualité de désinfection des endoscopes. Des actions d'accompagnement spécifique au matériel sont proposées en interne par les fournisseurs.

Une organisation pour l'accueil des nouveaux professionnels est en place : mise à disposition du livret d'accueil du personnel, compagnonnage durant plusieurs semaines permettant une adaptation aux différents postes de travail dont l'entretien des endoscopes.

Les endoscopies effectuées sous anesthésie générale sont réalisées dans une salle dédiée au bloc opératoire. 2 laveurs désinfecteurs d'endoscopes sont disponibles dans un local dédié situé à proximité de la salle d'examen. Le parc des endoscopes a été renouvelé en décembre 2017. Le circuit de traitement des endoscopes et des bronchoscopes est défini. La maintenance préventive et curative est organisée.

Les documents nécessaires à la réalisation des activités sont accessibles aux professionnels sur la base documentaire de l'établissement. Les procédures « circuit des endoscopes », « désinfection des endoscopes », « contrôles microbiologiques des endoscopes », « stockage des endoscopes » formalisent les différentes conduites à tenir.

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

secteurs d'activité : équipe opérationnelle d'hygiène, bloc opératoire, laboratoire, service biomédical, service administratif.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Le plan d'action est accompagné par l'encadrement et l'EOH.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats.

Des actions d'évaluation associant les professionnels sont conduites ; un audit sur la désinfection des endoscopes souples a été réalisé en 2016 ; la traçabilité de l'évaluation du risque de transmission des Prions et la traçabilité du consentement éclairé du patient ont été évaluées en 2017 ; une EPP est en cours «Organisation, pratiques et gestion du risque infectieux "patient" en endoscopie. Les professionnels sont sensibilisés à la déclaration des évènements indésirables.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. L'équipe soignante du secteur a participé à la réorganisation du secteur accompagnant le changement du matériel et la définition des circuits. L'analyse en équipe d'un dysfonctionnement organisationnel a conduit à la réorganisation de la permanence des IDE.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs.

L'équipe des IDE et AS répond aux besoins de l'activité d'endoscopie réalisées sous AG et AL, selon la programmation définie. Le planning des IDE intègre le dispositif d'astreinte en semaine de 18h à 24h et les week-end et fériés de 12h à 24h.

Les professionnels ont tous participé aux actions de formation dispensées sur site par les fournisseurs du nouveau matériel. Les IDE participent au congrès du Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie, aux journées nationales d'endoscopie digestive, d'hygiène en endoscopie ...

L'intégration des nouveaux agents est assurée par formation interne et par compagnonnage.

Les locaux sont adaptés et opérationnels. L'approvisionnement en matériel d'endoscopie et en consommables est assuré. Le suivi du parc des endoscopes est assuré sur un tableau intégrant pour chaque appareil : le type, le fournisseur, les dates de mise en service, du dernier contrôle microbiologique, de la dernière maintenance préventive et de la dernière réparation.

Le matériel de protection des personnels est disponible en termes de gants, masques, tabliers, lunettes.

Les supports de traçabilité des actes et de l'entretien des endoscopes sont à la disposition des professionnels.

La documentation actualisée et validée est accessible sur l'outil informatisé de gestion documentaire, telles que les procédures d'entretien des endoscopes et du laveur désinfecteur. Les professionnels disposent des documents nécessaires à la prise en charge du patient : dossier patient, prescriptions, préparation, résultats d'exams.

Des documents d'information dédiés aux patients sont disponibles à l'UCA : recueil du consentement et de la personne de confiance, informations relatives à la préparation et au type d'examen qui sera pratiqué.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

La réservation des plages interventionnelles au bloc opératoire est assurée par les médecins sur une salle identifiée et dédiée, dans le respect de l'organisation définie au bloc et sous le contrôle de la cellule de supervision des programmations. L'organisation définie dans la charte du service est mise en œuvre.

L'intimité et la dignité du patient sont respectées, lors du transport, dans le secteur interventionnel et en SSPI.

Le statut ATNC du patient est renseigné. La traçabilité du dépistage du risque ATNC, des paramètres de surveillance des patients, de l'acte endoscopique et des dispositifs médicaux utilisés est intégrée en temps réel au dossier du patient. La sortie de la SSPI répond aux critères définis.

Un cahier de salle d'endoscopie est renseigné, portant l'étiquette du patient, l'identité des intervenants et les paramètres relatifs au matériel utilisé. Le suivi des endoscopes utilisés est assuré et archivé. Le nettoyage, la désinfection et le stockage des endoscopes sont réalisés selon les règles définies. Le stockage des endoscopes est individualisé. Le carnet de vie de chaque appareil est actualisé.

Les professionnels respectent les mesures de protections individuelles : lunettes, masque, gants, tablier. En service de réanimation, les bronchoscopes utilisés sont essuyés puis amenés au local de traitement dans un contenant hermétique dédié, conformément au circuit défini.

L'entretien des locaux est assuré entre chaque patient, et tracé informatiquement, permettant le contrôle de son effectivité. Les contrôles microbiologiques sont réalisés.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles avec le bloc, le laboratoire, l'EOH, le service biomédical.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de son plan d'actions relatif à l'audit de processus et aux audits réalisés.

Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont identifiés :

- Nombre d'interventions pour endoscopie / Nombre total d'intervention au bloc,
- Nombre d'hospitalisations à l'UCA et en HJ,
- Nombre de transformation d'hospitalisation ambulatoire en hospitalisation conventionnelle,
- Nombre de plaintes et réclamation,
- Nombre d'évènements indésirables déclarés et analysés,
- Nombre d'évaluations / EPP réalisées,
- Nombre de réunion du COPIL endoscopie.

2 audits sont prévus pour 2018 : Respect du port des équipements protecteurs individuels et Qualité du renseignement des bons de demande de consultation.

Le plan d'action issu du compte qualité est suivi par le groupe de pilotage. En avril 2018, 50% des actions programmées sont abouties, 44% sont en cours.

Le tableau de bord est en cours de consolidation.

## A / AGIR

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

Plusieurs actions d'amélioration sont finalisées : Création d'une fiche type d'entretien téléphonique à conduire par le secrétariat pour la prise de RDV, Renouvellement du parc des endoscopes, Actualisation les protocoles d'endoscopie, Formalisation du protocole médical de prescription d'anesthésie locale gastroscopie, Systématisation du compte rendu dans l'observation médicale à l'issue de l'examen, Organisation du bionettoyage entre deux patients de la salle d'endoscopie au sein du bloc opératoire.

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les résultats sont communiqués au COPIL Endoscopie et en réunion de service.

### c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	<p>Une démarche qualité documentée et actualisée assurant la sécurité de la prise en charge du patient n'est pas totalement définie.</p> <p>Le circuit des patients admis dans le cadre d'une hospitalisation en ambulatoire n'est pas formalisé. Il existe 2 lieux d'accueil : l'UCA et le secteur d'HJ de gastroentérologie. Les recommandations d'appel des patients à J-1 et à J+1, appliquées à l'UCA, ne sont pas réalisées par l'équipe de l'HJ ; le score de CHUNG validant la mise à la rue n'est pas mesuré et signé en HJ, ce qui entraîne un risque relatif à la sécurité des patients.</p>	26b

## ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	<p>Les secteurs d'activité à risque : chirurgie, anesthésie, réanimation, endoscopie, ne conduisent pas de RMM dans le cadre d'une organisation intégrée à leur pratique.</p> <p>Dans ces services d'activité à risque il n'existe pas d'organisation fonctionnelle prévoyant la conduite de RMM à périodicité définie. Des RMM peuvent être conduites en cas d'événements indésirables graves. Dans ce cas, la RMM est organisée avec l'assistance et l'accompagnement méthodologique de l'ingénieur qualité/CGRAS. L'établissement a identifié, dans son CQ supplémentaire, l'objectif de renforcer la gestion des risques dans l'ensemble des secteurs d'activité, notamment dans les secteurs à risques. En 2016, 17 médecins ont participé à une action de formation relative à la méthode RMM. Des chartes de fonctionnement des RMM pour les services de réanimation, pour le pôle mère-enfant, pour le SAU, ainsi que pour la conduite d'une RMM institutionnelle, ont été rédigées en 12/2015 et 01/2016, elles sont disponibles dans la GED. Au moment de la visite, seul le pôle mère-enfant à mis en œuvre l'organisation ainsi définie.</p>	28a
	D / Disponibilité des ressources	PS	<p>Le système de mise à jour de la gestion documentaire n'est pas totalement opérationnel.</p> <p>La GED, accessible aux professionnels sur l'intranet, fait l'objet d'une procédure des procédures, qui prévoit son actualisation tous les 5 ans. Au jour de la visite, le suivi des échéances des documents présents dans la GED, fait l'objet d'un tableau de bord suivi par le responsable qualité. Il fait apparaître que 32% des documents ne sont pas actualisés. D'autre part, lors des investigations terrain, il a été constaté l'utilisation de documents qualité, propres au service, qui ne sont pas validés ou des documents validés mais non référencés ni intégrés à la GED. Cela représente un risque de non conformité des pratiques à des références communes validées et actualisées.</p> <p>L'établissement a identifié ce risque dans son CQ supplémentaire, avec l'action d'amélioration suivante: mettre en place une gestion électronique des documents qualité. Il a procédé à l'acquisition du logiciel, une assistante qualité a été recrutée et formée à son utilisation. Le paramétrage doit être engagé puis suivi de l'intégration et actualisation des documents le nécessitant. L'échéance précisée dans le CQ est fixée en décembre 2018.</p>	5c
Dossier patient	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>Les règles de tenue du dossier patient ne sont pas respectées dans l'ensemble des services investigués.</p> <p>Le dossier patient utilisé en néonatalogie est entièrement sur support papier,</p>	14a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			les éléments qui le composent sont regroupés dans un classeur. L'utilisation du support de prescription médicamenteuse ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques : le mon du prescripteur n'est pas systématiquement retrouvé, ni la date et l'heure de la prescription ainsi que sa durée et le mode d'administration. Ce qui représente un risque d'erreur dans l'exécution de la prescription. L'établissement a identifié ce risque dans son CQ supplémentaire. Il a conduit des actions de sensibilisation puis un audit sur la tenue du dossier patient et un audit patient traceur, qui confirment ces dysfonctionnements. Ces audits font aussi apparaître un défaut d'identification de certaines fiches, ainsi que des fiches d'observations médicales non utilisées ou incomplètes. Un plan d'action a été défini, il préconise un passage rapide au DPI avec prescription médicale informatisée en néonatalogie. Le paramétrage est fait et l'organisation du déploiement planifiée. Cependant des résistances à ce changement n'ont pas permis sa mise en œuvre au moment de la visite.	
Prise en charge des urgences et des soins non programmés	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient ne sont pas toutes respectées. Durant la visite, il a été constaté que le poste d'accueil administratif des patients restait ouvert et accessible au public, en l'absence du professionnel. De même, l'entretien conduit par l'IOA des patients en attente sur des brancards dans le hall, était réalisé avec un seul paravent de protection. Ce risque a été identifié dans le compte qualité initié en 2015 ; l'établissement prévoit la formalisation d'une charte de bonnes pratiques soignantes.	25a
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire	P / Organisation interne	NC	Une démarche qualité documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, comprenant l'ensemble des dimensions y compris la gestion des locaux et des équipements, n'est pas totalement finalisée. Le circuit des personnels n'est pas totalement structuré, la marche en avant est imprécise impliquant une confusion sur l'équipement des professionnels au niveau des vestiaires ; le décartonnage s'effectue à l'entrée du bloc, un local dédié est prévu pour le mois de septembre ; un arsenal stérile fermé n'est pas identifié dans les locaux du bloc. L'établissement a identifié ces dysfonctionnements et les prend en compte ; la création en février 2018 du Groupe d'Analyse et d'Action du bloc opératoire (GAABO) a pour mission d'impulser une démarche d'analyse et de qualité du bloc, en prenant appui sur l'analyse de fiches d'anomalies créées par les pilotes du processus.	26a
Management de la prise en charge du patient en endoscopie	P / Organisation interne	NC	Une démarche qualité documentée et actualisée assurant la sécurité de la prise en charge du patient n'est pas totalement définie. Le circuit des patients admis dans le cadre d'une hospitalisation en ambulatoire n'est pas formalisé. Il existe 2 lieux d'accueil : l'UCA et le secteur d'HJ de gastroentérologie. Les recommandations d'appel des patients à J-1 et à J+1, appliquées à l'UCA, ne sont pas réalisées par l'équipe de l'HJ ; le score de CHUNG validant la mise à la rue n'est pas mesuré et signé en HJ, ce qui entraîne un risque relatif à la sécurité des patients.	26b