



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



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

Allee marie clarac
Bp 80382
32008 Auch

AVRIL 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	22
DOSSIER PATIENT	27
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	30
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	34
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	37
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	41
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	45

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire qui intervient périodiquement tous les 4 ans.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

2. La certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Ce double regard permet à la certification de s'adapter aux diverses situations des établissements et offre à ces derniers un diagnostic régulier favorisant l'actualisation des plans d'actions d'amélioration, tant sur les aspects managériaux que sur les aspects opérationnels.

Pour la V2014, la HAS a choisi une approche par thématique. Une liste de thématiques a été établie qui fait la correspondance avec les critères du Manuel de certification.

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé établit un programme de visite comprenant :

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
- des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.

• et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

2. Des investigations selon la méthode du patient-traceur : cette dernière permet d'évaluer la prise en compte des critères de la certification dans le registre de la prise en charge réelle d'un patient.

Le présent rapport rend compte de l'évaluation réalisée par les experts-visiteurs sur l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité (avec une obligation de résultat sur des critères jugés prioritaires - les PEP) ainsi que sur la maturité des démarches qualité risques, en particulier leur déploiement au plus près des équipes et de la prise en charge des patients.

Etabli après une phase contradictoire avec l'établissement, le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle. Il est rendu public.

3. Les niveaux de certification

Sur chaque thématique investiguée en visite, la Haute Autorité de santé peut prononcer :

- des recommandations d'amélioration,
- des obligations d'amélioration,
- des réserves.

Les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves traduisent le niveau de maturité de chaque thématique évaluée c'est-à-dire la capacité de l'établissement à maîtriser les risques identifiés, à atteindre les objectifs de la thématique et à fonctionner selon un dispositif d'amélioration continue. La maturité de chaque thématique est fondée sur les conformités et écarts identifiés au cours de la visite de certification, pour chaque sous-étape du « PDCA » ; l'ensemble répondant à la définition d'un niveau de maturité objectivé dans une grille de maturité établie par la HAS.

Dans certaines situations, les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves peuvent traduire l'existence d'une situation à risque pour les personnes non maîtrisée par l'établissement.

Au final, la HAS décide, les niveaux de certification suivants :

- une décision de certification (A),
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration (B) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration (C) (et d'éventuelles recommandations d'amélioration) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de non-certification (E).

La HAS peut également décider de surseoir à statuer pour la certification (D) en raison de réserves sur les thématiques investiguées en visite, ou d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux rendu par la commission qui en est chargée dans chaque département.

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> - P = Plan : prévoir - D = Do : réaliser - C = Check : évaluer - A = Act : agir ou réagir
Objectifs et programme de visite	Les objectifs de visite, établis en amont de la visite par la HAS, consistent à contextualiser les audits sur des thématiques communes à tous les établissements, motiver le choix des audits sur des thématiques spécifiques à l'établissement (1 à 3 audits) et définir les investigations selon la méthode du patient-traceur. Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite.
Patient traceur : <i>Sigle PT</i>	Méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.
Preuve	Justification de l'écart, c'est-à-dire ce qui a été observé ou entendu au travers des différents entretiens, visites terrain ou patient traceur.
Qualification des écarts	Niveau de criticité de l'écart identifié et conformité en synthèse collective. Il existe en 3 niveaux de qualification : <ul style="list-style-type: none"> - <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels. o Ou, écart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système (par exemple, par manque d'antériorité, de structuration et/ou d'appropriation). - <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels o Ou, écart indiquant une rupture du système. - <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	
Adresse	Allee marie clarac 32008 Auch
Département / région	GERS / MIDI-PYRENEES/LANGUEDOC-ROUSSILLON
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	320784069	CH D'AUCH-SLD	Allee marie clarac 32008 Auch
Etablissement de santé	320000086	CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	Allee marie clarac Bp 80382 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

Biologie médicale / hématologie COFRAC

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Convention avec l'ADUM 32 Réalisé : 26/06/2014 Domaine : régulation de la permanence des soins ambulatoire au sein du centre de réception et de régulation du Gers - Convention de partenariat avec l'association des Soins Palliatifs 32 Réalisé : 02/08/1999 - Convention avec le CH du Gers (psychiatrie) Réalisé : 18/12/1995 et avenant le 02/02/2001 Domaine : accueil urgences psychiatriques - Convention avec le CH du Gers (psychiatrie) Réalisé : 02/01/2013 Domaine : suivi des résidents de l'USLD - Convention avec le CHU de Toulouse Réalisé : 01/10/2002 Domaine : coordination du réseau d'accueil des urgences - Convention constitutive du Réseau Midi Pyrénées de Prélèvement d'organes et de tissus avec le CHU de Toulouse Réalisé : 14/03/2008 - Convention de site associé en Chimiothérapie dans le cadre du Réseau Hémato-Oncologie Pédiatrique de Midi-Pyrénées avec le CHU de Toulouse Réalisés : 29/05/2012 et avenant le 17/04/2014 - Convention avec le CHU de Toulouse Réalisé : 12/11/2012 et avenant le 01/04/2014 Domaine : transfert de patients relevant d'une prise en charge spécifique en cardiologie - GCS avec le CHU de Toulouse Réalisé : 12/06/2009 Domaine : cancérologie - Convention avec le CHU de Toulouse Réalisé : 20/10/2013 Domaine : accès des patients au laboratoire de la marche du CHU (MPR) - Convention avec le CHU de Toulouse Réalisé : 08/03/2013 Convention cadre de coopération - Convention avec la Polyclinique de Gascogne (Auch) Réalisé : 2015 Domaine : Permanence des soins - Convention avec la Clinique Pasteur (Toulouse) Réalisé : 17/10/2012 Domaine : transfert de patients relevant d'une prise en charge spécifique en cardiologie - GIE IMEGA associant le Centre Hospitalier d'Auch, la Polyclinique de Gascogne (Auch) et le cabinet IMLG (Auch) Réalisé : 27/05/2005 (convention constitutive) Domaine : Exploitation d'équipements d'imagerie médicale (scanner et IRM) Sous quelles modalités, avec qui ? - Convention constitutive avec le Centre Hospitalier de Condom (Gers) Réalisé : 01/09/2014 Domaine : Fédération Médicale Interhospitalière de Médecine d'Urgence du Gers - Convention avec les Centres Hospitaliers du Territoire du Gers Réalisé : 01/01/2011 Domaine : Equipe Opérationnelle départementale d'Hygiène Hospitalière - Convention avec les Centres Hospitaliers du Territoire du Gers Réalisé : 02/01/2001 Domaine : Lutte contre la douleur et les soins palliatifs - Convention avec le Centre de Rééducation Fonctionnelle de Saint Blancard (Gers) Réalisé : 05/09/2011 Domaine : Pathologies neuro-vasculaires - Convention de collaboration avec les Centre Hospitalier de Vic-Fezensac et de Mirande (Gers) Réalisé : 30/11/2012 Domaine : MCO-SSR et USLD
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	Chirurgie carcinologique gynécologique depuis le 16/07/2014 (décision ARS du 30/09/2014).

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 obligations d'amélioration (C).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
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

Recommandations d'amélioration

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 n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité de santé.

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

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

5. Suivi de la décision

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois (novembre 2017), indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Pole medico-chirurgical/Endoscopies	Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	Programmé	Simple, ambulatoire	MCO
2	Adulte	Pole médecine maladies métaboliques/Nephrologie-Hé	Dialyse Traitement de l'insuffisance rénale chron	Programmé	Simple, ambulatoire	MCO
3	Enfant	Pole médico-chirurgical/Chirurgie générale et dige	urgences + intervention chirurgicale, type appendi	Urgences	Complexe, hospitalisation complète	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
4	Adulte	Pole médico-chirurgical/Chirurgie orthopédique et	Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	Programmé	Simple, ambulatoire	MCO
5	Femme	Pôle mère enfant/Gynécologie-obstétrique / salle d	Césarienne ou accouchement par voie basse	Urgences	Complexe, hospitalisation complète	MCO
6	Personne âgée	Pole gériatrie/soins de suite et réadaptation	Affections de l'appareil locomoteur	Programmé	Simple, hospitalisation complète avec balnéothérapie	SSR
7	Personne âgée	Pole gériatrie/unité de soins de longue durée	Troubles mnésiques et du comportement	Programmé	Complexe, hospitalisation complète en provenance d	SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

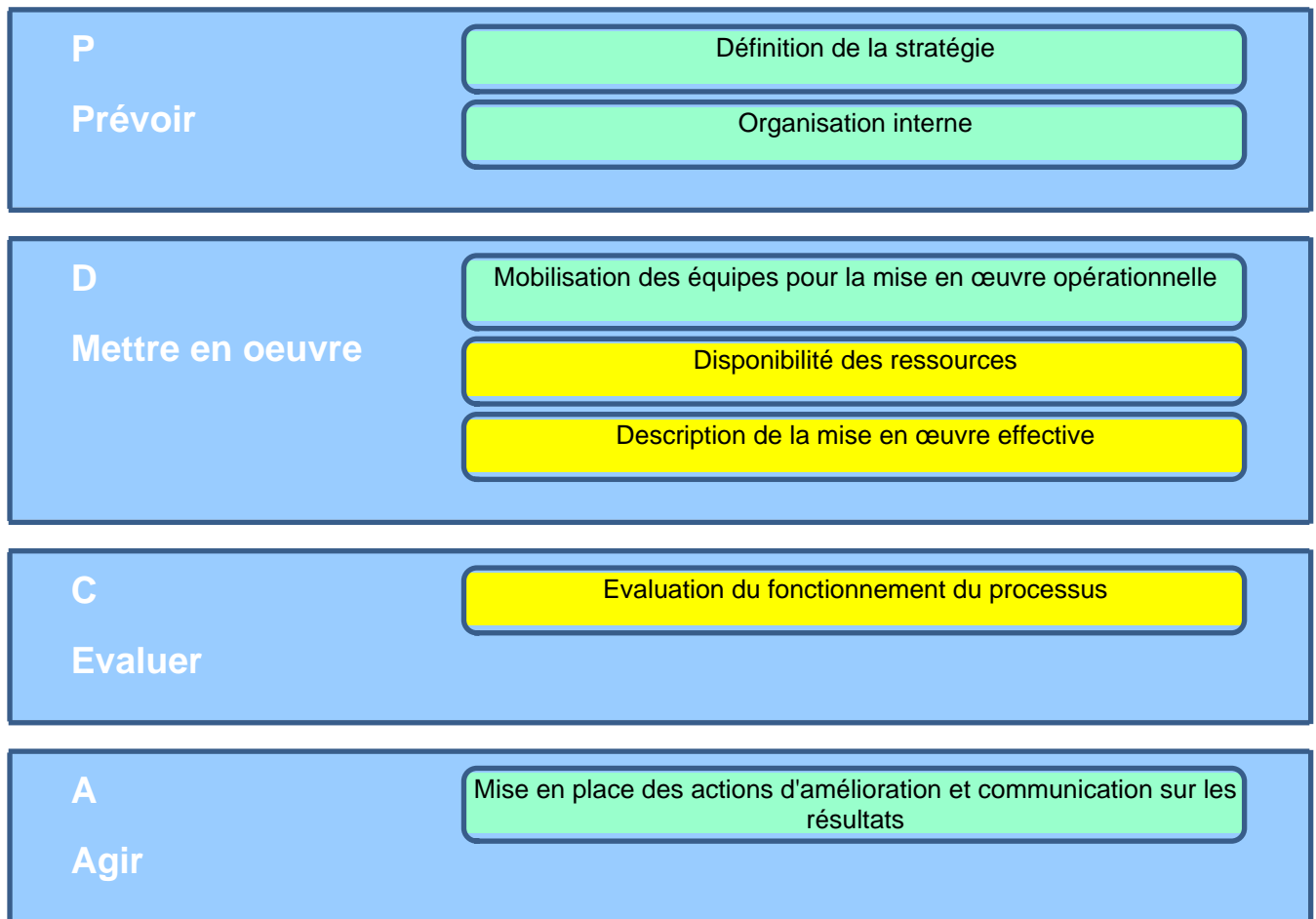
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a rédigé son projet d'établissement 2015-2019. La direction qualité gestion des risques étant rattachée à la direction des soins, le centre hospitalier a fait le choix d'inclure dans le projet d'établissement un volet projet de soins et qualité gestion des risques. Le document précise la stratégie et les objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse de ses risques propres. La stratégie EPP y est intégrée. Elle fait l'objet d'une procédure intitulée " Politique évaluation des pratiques professionnelles et développement professionnel continu". Elle prend en compte les obligations légales et réglementaires, ainsi que la gestion de crise. Elle est validée par la CME et la CRU. Elle est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Les risques prioritaires identifiés dans le PAQSS, sont intégrés au compte qualité.

Pour l'élaboration du compte qualité, des responsables par service ont été formés et accompagnés à l'audit de processus et à l'identification des risques pour le parcours patient. Ils ont été chargés d'identifier les risques de les prioriser et de définir les plans d'actions. Les résultats, collectés par le service qualité ont été croisés avec les risques et plan d'actions déjà identifiés dans le PAQSS. La priorisation a été validée par le COPIL qualité et la CME. Des pilotes ont été identifiés par processus et leurs missions formalisées.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus. L'instance de pilotage est le COPIL qualité qui se réunit 4 fois par an. Le management du processus est assuré par la Directrice qualité gestion des risques assistée d'un ingénieur qualité et de deux assistantes : qualité communication et relation avec les usagers. Leurs missions sont formalisées dans des profils de poste.

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 sous-commissions et le COPIL. La coordination des vigilances est organisée. Une organisation du système documentaire est en place.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Dans le cadre de l'élaboration du compte qualité, les responsables de service formés à l'audit de processus et à l'identification des risques a priori, ont identifié les risques du parcours patient. Ils ont sensibilisé les professionnels à l'identification des risques propres à leur secteurs d'activité dans les staffs et réunions de service.

Un accompagnement des professionnels pour la mise en œuvre de l'EPP est en place. Des RMM et des RCP sont réalisées dans les secteurs concernés. Les professionnels sont sensibilisés et informés par les cadres de santé en réunions de service et par le journal interne "le lien". Les représentants des usagers sont informés via la CRU, ils sont associés à la conduite d'actions d'amélioration.

Les responsables du service s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Toutefois, le PAQSS n'est pas décliné en plans d'actions opérationnels dans les secteurs d'activité. Le suivi des plans d'actions n'est pas structuré par secteur d'activité, l'établissement ne dispose pas de contractualisation interne intégrant les plans d'actions qualité-gestion des risques aux objectifs du contrat de pôle.

Des actions correctives sont conduites dans les services suite à des constats de dysfonctionnement. Elles ne sont pas systématiquement rattachées au PAQSS.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en effectifs et en compétences sont adaptées aux besoins des secteurs d'activité. Des actions de formation sont proposées et leur mise en œuvre est effective. Les ressources matérielles sont adaptées.

Le dispositif de gestion documentaire est connu des professionnels, cependant, le système de mise à jour des documents intégrés dans la gestion documentaire n'est pas opérationnel. La procédure de gestion documentaire prévoit une révision et actualisation systématique des documents dépassant un délai de 5 ans. Les experts visiteurs ont constaté que plusieurs documents référencés dans la gestion documentaire n'ont pas fait l'objet de cette actualisation, dont plusieurs dans des secteurs à risque (Bloc, endoscopie, salle de naissance...).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est diffusée.

Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont opérationnelles. Les vigilances sont coordonnées avec le dispositif global de gestion des risques. Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les représentants des usagers et en impliquant les professionnels concernés.

Toutefois, la démarche d'identification des risques a priori initiée dans les secteurs d'activité n'est pas exhaustive. Les experts visiteurs ont constaté au décours des audits de processus "bloc opératoire" et "dossier patient", des risques potentiels en lien avec les pratiques observées, non identifiés, tels que : non identification de risques liés à la cohabitation d'un dossier patient partiellement informatisé avec des volets sur supports papiers et l'utilisation d'un chariot lève-malade pour transfert du patient en interne au bloc opératoire.

La déclaration des événements indésirables n'est pas appropriée dans tous les secteurs d'activité. Les experts visiteurs ont pu constater un faible nombre de déclaration des événements indésirables dans les secteurs : endoscopie, bloc opératoire, néonatalogie, salle de naissance.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation de la satisfaction des usagers en lien avec la CRU. Le service qualité réalise un rapport d'activité annuel où il rend compte de la réalisation des actions prévues au PAQSS, qu'il présente aux instances : CME, CRU, CSIRMT. Il propose les réajustements nécessaires pour l'année à venir et communique auprès des professionnels concernés.

Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés et rendus publics par l'établissement.

Cependant, l'évaluation du système de management de qualité/gestion des risques n'est pas réalisée en fonction des résultats de suivis d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés. L'établissement ne dispose pas de tableaux de bord de suivi d'indicateurs qualité croisés avec des indicateurs d'activité et de ressources, lui permettant d'évaluer l'efficacité du processus.

A / AGIR

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

Le réajustement du programme et de la politique Qualité Gestion des Risques repose sur des évaluations et sur les résultats obtenus. En effet, le dispositif de réajustement repose effectivement sur l'état d'avancement du PAQSS, mais également sur les résultats des indicateurs nationaux (IQSS, LIN, HNUM, E-SATIS...), les résultats des audits, des EPP, des inspections, des bilans annuels (événements indésirables, questionnaire de sortie) et des analyses de causes (RMM, CREX).

L'ensemble de ces éléments sont repris dans un rapport d'activités annuel, toutefois, l'ensemble des actions d'amélioration mises en œuvre dans les secteurs d'activité, n'est pas intégré et/ou articulé avec le PAQSS.

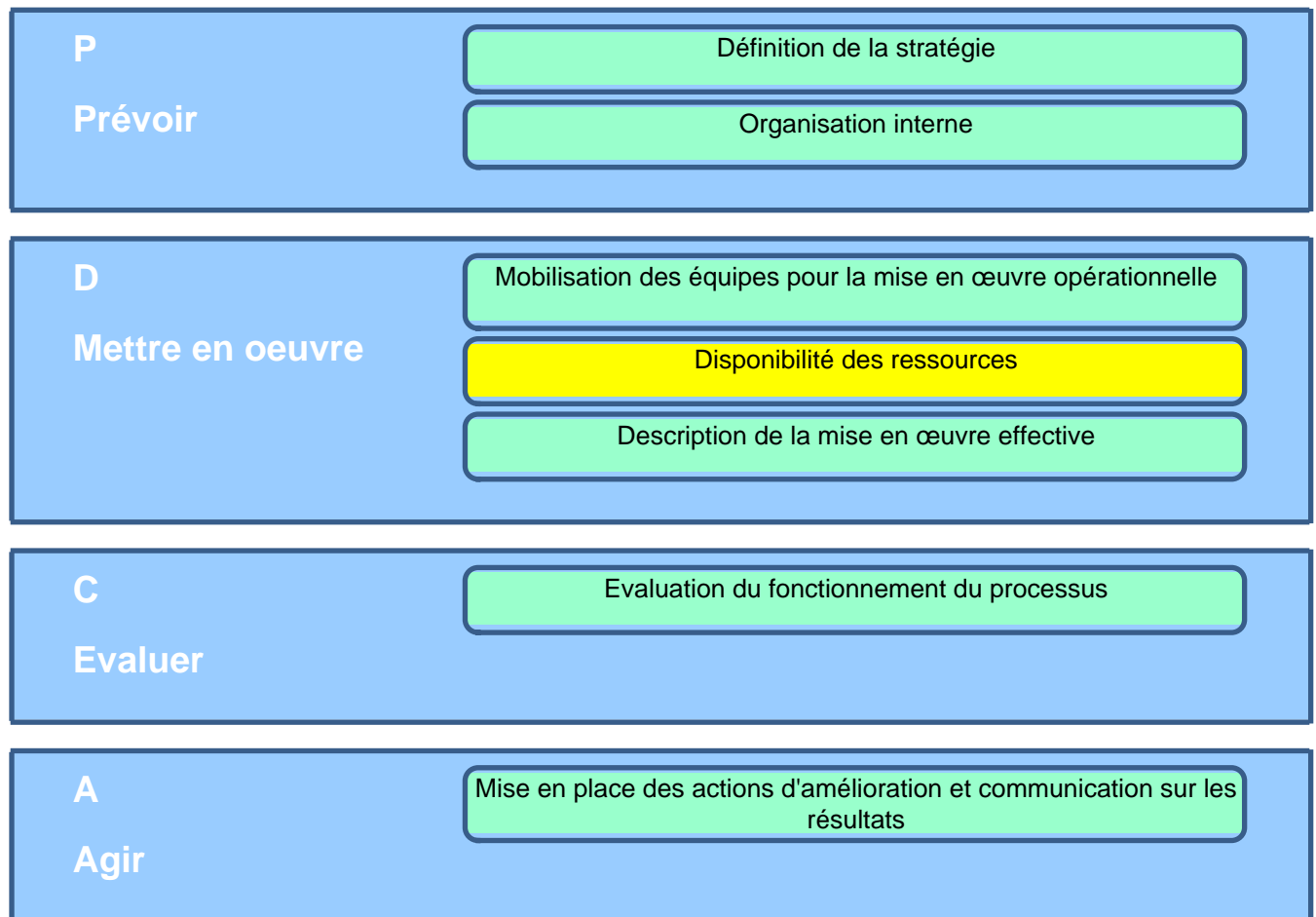
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique validée concernant les risques infectieux, la maîtrise des antibiotiques, la gestion de l'environnement et le bionettoyage. Cette stratégie est basée sur les analyses des risques a posteriori, les indicateurs de lutte contre l'infection nosocomiale (ICALIN, ICSHA, ICATB, SARM, BN), les résultats des audits ou analyses environnementales et les EPP.

Les risques intégrés au compte qualité sont priorisés. Le programme du CLIN est validé annuellement en CME, CSMIRT, il est présenté au CHSCT, des objectifs sont fixés. Les modalités de suivi, les responsables et l'échéancier de ce plan d'action sont prévus.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes en charge du processus sont identifiés. L'instance reconnue est le CLIN. Il existe des fiches de poste ou de mission concernant le praticien hygiéniste mais tous les responsables du processus n'en disposent pas : celles du président du CLIN, du vice président et de l'infectiologue ne sont pas écrites.

L'infectiologue dispose d'un temps dédié (0.3ETP) pour la maîtrise de l'antibiothérapie. Les pilotes identifiés sont : le pharmacien hygiéniste, un pharmacien, un infectiologue, un microbiologiste, un réanimateur.

Il existe un plan de formation concernant les thématiques du risque infectieux et du bionettoyage. Des formations en interne sont aussi proposées à l'ensemble des professionnels dont les médecins et les nouveaux internes, comme par exemple : des formations hygiène pour IDE, AS, ASH, et une soirée spécifique DPC pour les médecins avec thème particulier.

Une organisation est en place pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, des formations et des avis spécialisés de traitement sont régulièrement mis en place au sein de l'établissement.

La gestion documentaire est accessible par intranet, elle permet l'accès à tous les protocoles validés et actualisés dont ceux ayant trait au bionettoyage.

Il existe un plan de maintenance des matériels et équipements en accord avec le praticien hygiéniste.

Les interfaces avec le laboratoire et les services logistiques sont définies, toutefois les interfaces des pilotes du risque infectieux avec les services techniques ou les responsables de la santé au travail ne sont pas clairement définies. C'est le cas en balnéothérapie où il n'y a pas d'identification formalisée des interfaces entre les services techniques, l'hygiène hospitalière, le responsable du bassin : les professionnels ne disposent pas des renseignements minimum pour ouvrir la séance de balnéothérapie. De même l'interface avec le responsable de la santé au travail n'est pas formalisée, les responsables du risque infectieux ne peuvent disposer d'indicateurs fiables sur les risques infectieux professionnels.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables des secteurs déclinent le plan d'action global au sein de leur unité. Les professionnels participent aux EPP en phase avec le risque infectieux. Des audits concernant l'antibiothérapie, l'hygiène des mains, les précautions standard ou complémentaires avec retour des résultats sont effectués régulièrement. Les événements indésirables permettent de mettre en place des actions correctives et préventives. Des informations lors des réunions de service sont organisées. Il existe un suivi du risque infectieux post opératoire dans le cadre d'un réseau national, les résultats sont communiqués aux chirurgiens et aux équipes. L'audit récurrent SPA (national) avec retour des résultats concernant l'usage des antibiotiques ou encore le suivi des consommations en DDJ permettent à l'établissement de se comparer aux résultats nationaux.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les formations des professionnels au risque infectieux et au bionettoyage sont suivies, cependant au regard des activités de l'établissement, les effectifs ne répondent pas au cadre réglementaire. Le PH en hygiène est à 0.8ETP, il dirige l'équipe départementale d'hygiène. Il n'y a pas d'IDE hygiéniste. Il manque un ETP d'IDE hygiéniste (1 ETP IDE pour 400 lits dans la circulaire de 2000). Ce temps est insuffisant pour amplifier les actions de formation, audit, analyse.

La majorité des locaux dont ceux de la balnéothérapie sont conformes aux attentes, toutefois certains locaux et équipements ne permettent pas d'assurer la maîtrise du risque infectieux. Les DASRI et DAOM du bloc opératoires ne sont pas stockés dans des locaux intermédiaires conformes, le dé-cartonnage se fait dans l'entrée du bloc. Il n'y a pas de contrôle de la suppression des salles du bloc. Il existe des seaux d'eau sous les auges chirurgicales qui fuient.

Les conditions matérielles de la désinfection des endoscopes en réanimation ne sont pas conformes (local du vide bassin, pas de ventilation).

Les locaux intermédiaires DASRI des services de soins ne sont pas munis de dispositif de verrouillage.
Le linge est entreposé dans la majorité des secteurs sur des étagères en bois.
La documentation concernant le risque infectieux et le bionettoyage est à disposition sur l'intranet de l'ES. Les procédures actualisées dans leur majorité sont diffusées sur intranet.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Il existe une surveillance des BMR et des alertes sont données lors de l'admission ou de la découverte d'un patient porteur de BMR.
Les procédures concernant les précautions standard ou complémentaires sont en place. Le signalement des infections nosocomiales interne ou externe est effectué.
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 48 et 72 heure est tracée dans plus de 60% lors du dernier audit. Le logiciel de prescription permet depuis cet audit d'assurer cette traçabilité dans la très grande majorité des cas.
Le CLIN se réunit 3 fois par et valide les projets et bilans. Les réunions sont tracées.
Cependant l'établissement ne dispose pas d'une visibilité actualisée sur le taux de vaccinations. Des solutions de contournement sont trouvées par le pharmacien (nombre de vaccins distribués) et l'infectiologue sans pouvoir garantir ces chiffres. Une action d'amélioration validée en juin 2015 par le CHSCT va permettre une meilleure déclaration du nombre d'AES.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les professionnels audient leurs pratiques en ce qui concerne l'hygiène des mains, le bionettoyage, le port de bijoux, le taux d'infection du site opératoire, la consommation d'antibiotiques, la qualité du bionettoyage en particulier réalisé par un prestataire. Le suivi des antibiotiques permet à l'établissement de se comparer au niveau national. Une évaluation des antibioprofylaxies est réalisée conjointement avec le suivi du risque infectieux post opératoire dans le cadre d'un réseau. Des indicateurs spécifiques (taux d'ISO, consommation en DDJ pour 1000 jours, consommation de SHA par secteur) sont suivis en plus des indicateurs nationaux.
Les résultats sont rendus lors des réunions du CLIN , en CME et lors de réunions de service.

A / AGIR

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

Les résultats des audits,, des indicateurs recensés servent à constituer les objectifs du CLIN et de l'EOH pour l'année suivante.
Les résultats des surveillances épidémiologiques permettent des actions d'amélioration rapides, prioritaires.
Ces résultats et les actions d'amélioration sont communiqués aux professionnels par plusieurs moyens: affichage dans le secteurs, réunion de l'institution ou des secteurs.

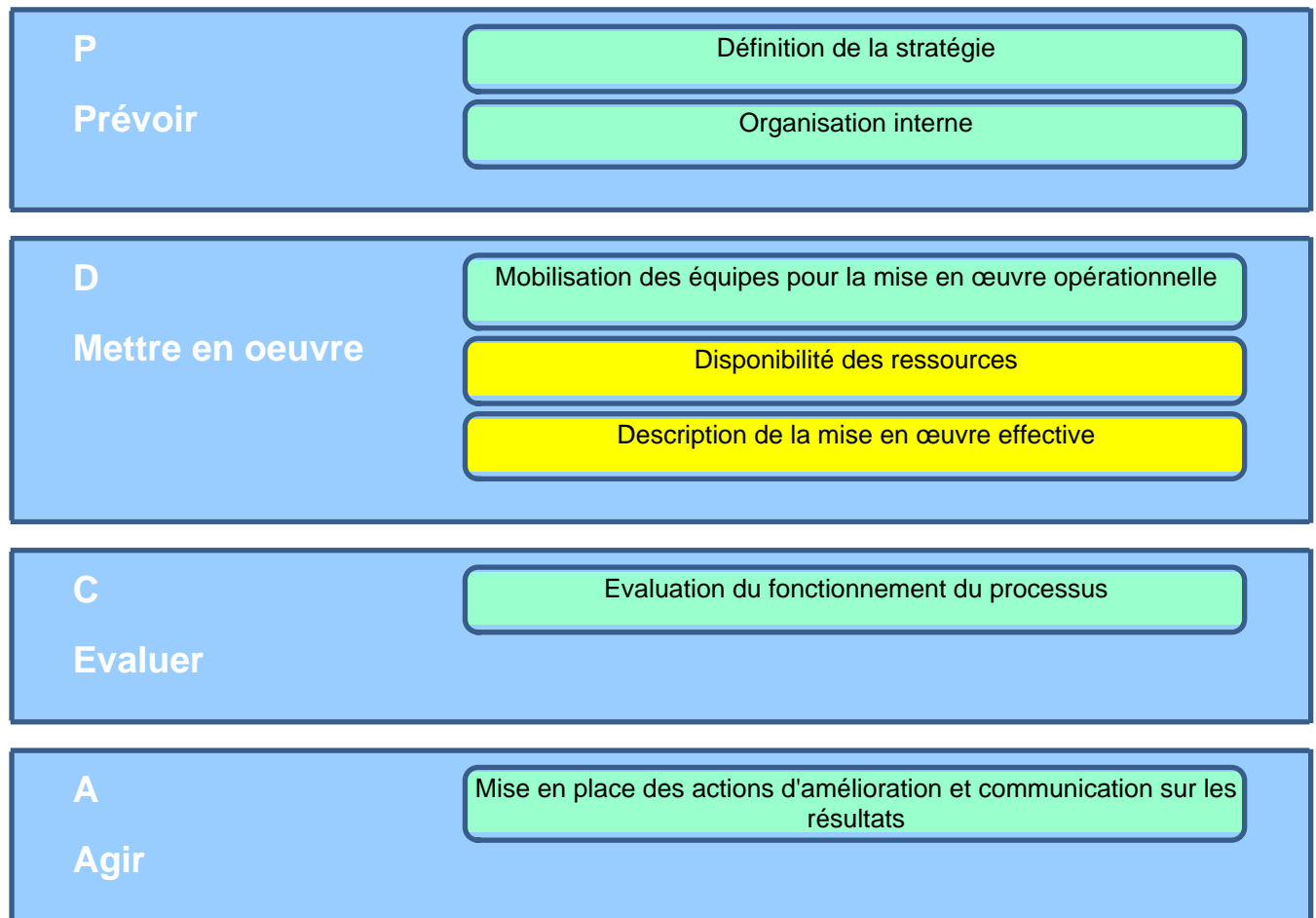
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques du projet d'établissement 2015-2019 et plus particulièrement dans les objectifs du projet de soins et du projet qualité. Les objectifs de cette politique sont déclinés dans un document annexe en date de décembre 2015. Les données utilisées par l'établissement pour identifier les risques liés à ce processus émanent de différentes sources : l'analyse des plaintes et recommandations, le suivi des événements indésirables, les recommandations de la V2010, les résultats des questionnaires de satisfaction, les échanges avec les représentants des usagers. Le processus droit des patients a donné lieu à une cartographie des risques élaborée en collaboration avec les membres de la CRU-QPC. Les risques hiérarchisés selon la grille de la HAS sont identifiés dans le compte qualité et intégrés dans le programme pluriannuel d'amélioration de la qualité et sécurité des soins. Ce programme est présenté et validé en CME, CSIRMT, CRU-QPC.

ORGANISATION INTERNE

Sous l'égide de la direction des soins chargée de la qualité, de la communication et des relations avec l'usager, le pilotage et la mise en œuvre de la politique de bientraitance et de promotion des droits du patient sont assurés par la comité de pilotage parcours du patient en collaboration avec les membres de la CRU-QPC. Les rôles et responsabilités sont définis dans le document "politique des droits du patient au centre hospitalier d'AUCH". Le plan de formation pluriannuel prévoit plusieurs actions de formation : bientraitance et droits des patients, information du patient en cas de dommage lié aux soins, relation soignant-soigné... Les ressources documentaires sont sous la responsabilité de la direction qualité et intégrées dans l'intranet de l'établissement. Des procédures sont formalisées sur la thématique : signalement des cas de maltraitance, organisation et information donnée au patient, annonce d'un dommage lié aux soins, accès du patient à son dossier. Il existe une procédure dégradée pour l'accès aux documents papier en cas d'interruption du système d'information informatisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels sont sensibilisés sur les objectifs et informés des résultats de leur secteur par l'intermédiaire de l'encadrement soit au sein des réunions mensuelles de pôle soit lors des réunions hebdomadaires de service. Des actions d'amélioration sont identifiées dans les secteurs grâce au suivi des résultats des questionnaires de satisfaction du patient, des CREX issues des déclarations d'évènement indésirables, des recommandations de la CRU-QPC.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les actions de formation prévues dans le plan institutionnel sont effectives plus particulièrement en matière de bientraitance, d'accueil du patient, d'information en cas de dommage liés aux soins. Les journées du nouvel arrivant intègrent une information sur les droits des patients.

Une ergothérapeute de l'établissement est sollicitée pour le choix des dispositifs de contention ou du mobilier médical. Des professionnels référents en soins palliatifs et pour la prise en charge de la douleur sont identifiés dans tous les services.

Les professionnels ont mis en place une organisation afin de respecter l'intimité et la dignité des patients (utilisation de paravents dans les chambres à deux lits, dans la salle d'hémodialyse), toutefois la vétusté de certains locaux et les conditions d'hébergement ne permettent pas partout de respecter la dignité et l'intimité du patient pour les soins d'hygiène, ni de faciliter l'accès aux personnes à mobilité réduite :

- Dans le service d'hémodialyse, l'étroitesse de la porte du vestiaire ne permet pas à une personne en fauteuil roulant d'accéder à ce local.

- En médecine cardiologique, en chirurgie, les cabinets de toilette des chambres sont uniquement équipés d'un lavabo.

- La salle de bain du service est dotée d'une douche très exiguë.

- L'espace d'attente à l'arrivée et au départ des patients couchés aux urgences est trop restreint pour permettre le respect de l'intimité des patients, il en est de même pour le sas d'attente du secteur d'orthopédie du bloc, lieu où sont réalisées les anesthésies loco-régionales.

Les ressources documentaires accessibles en ligne sont connues des professionnels, et en particulier les modalités de signalement de la maltraitance, toutefois, le système de mise à jour des documents n'est pas opérationnel, par exemple la procédure de contention n'a pas été revue depuis 2007.

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la CRU au moyen de différents supports :

livrets d'accueil, site internet de l'établissement, affichage de la charte de la personne hospitalisée et de la personne accueillie, de la charte de bientraitance, semaine sécurité des patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les recommandations de bonnes pratiques relatives à la contention sont mises en œuvre, mais la confidentialité des données n'est pas toujours respectée. Des planifications murales non anonymisées sont installées dans les postes de soins. La fermeture des portes de ces salles n'est pas sécurisée. Les dossiers patients ne sont pas tous contenus dans des chariots fermant à clef.

La fiche de recueil du consentement éclairée est retrouvée dans le dossier du patient.

Le patient est associé à l'élaboration de son projet thérapeutique. Il existe des supports spécifiques d'information en maternité, en hémodialyse, en cardiologie, en SSR, en USLD.

Le recueil de la personne de confiance est systématique et une fiche de recueil des directives anticipées est à disposition des usagers. L'équipe de soins palliatifs apporte son expertise et son soutien psychologique dans les services requérants.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi du processus par le recueil annuel des questionnaires de satisfactions, les enquêtes I-Satis, les indicateurs issus du rapport annuel de la CRU-QPC.

Toutefois, l'unique EPP sur la thématique qui concerne la contention n'a pas été réactivée depuis 2012. Le programme institutionnel 2015 mentionne que la réactivation de cette EPP n'est pas initiée à ce jour.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont intégrées au programme d'actions institutionnel en lien avec les préconisations de la CRU. La réalisation des actions est communiquée par les membres de la CRU-QPC au sein des instances, par l'encadrement lors des réunions de service et auprès des usagers par l'intermédiaire de leurs représentants présents dans l'établissement.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

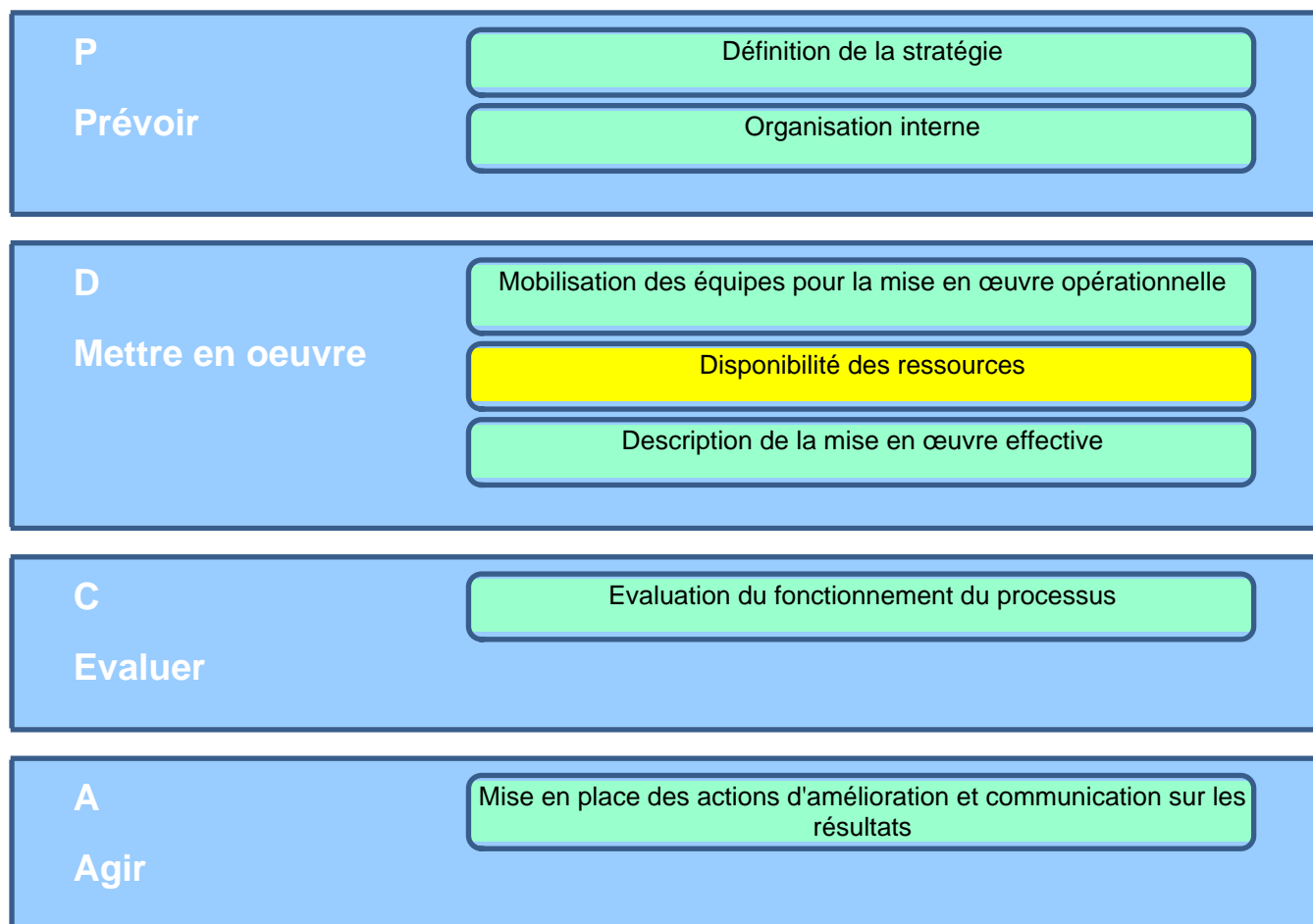
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a formalisé la politique du parcours patient au sein du projet d'établissement 2015-2019 et plus particulièrement dans le projet médical et le projet de soins. Le diagnostic des besoins spécifiques à l'établissement a été réalisé au regard de son positionnement sur le territoire de santé, des besoins spécifiques de la population, des schémas de la planification et des axes du CPOM.

Une cartographie des risques a priori a été effectuée sur l'ensemble du parcours intra-hospitalier du patient en prenant en compte la coordination en aval et en amont, les hospitalisations programmées ou en urgence, l'hospitalisation complète et partielle, la chirurgie ambulatoire, l'accès aux consultations et les prises en charge spécifiques. La hiérarchisation des risques a été réalisée avec les professionnels concernés et selon la méthode de la HAS.

Les objectifs sont déclinés dans les fiches action du projet médical et du projet de soins, dans les plan d'actions issues des cartographies des risques. Ces actions sont déclinées dans le PAQSS institutionnel et celles qui sont prioritaires sont identifiées dans le compte qualité. Ce programme est validé par les instances : CME, CSRIMT et CRU-QPC.

ORGANISATION INTERNE

Placé sous la double responsabilité du directeur de l'établissement et de la présidente de la CME, un groupe pluridisciplinaire constitué de membres de la direction, de professionnels médicaux et non médicaux et de l'ingénieur qualité pilote le processus. Les rôles et missions sont définies dans un document annexe intitulé "politique du parcours patient au CH d'AUCH" à disposition des professionnels dans les unités de soins.

Le plan global de formation prend en compte les orientations en matière de parcours du patient, le développement des compétences spécifiques (hémodialyse, réanimation en néonatalogie, neurologie), les thématiques liées au processus : accueil et écoute du patient, identification des populations vulnérables, urgences vitales.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines.

La permanence des soins est organisée.

L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est définie.

Les procédures sont intégrées dans le système de gestion documentaire : prise en charge des urgences vitales, de l'AVC, accueil du patient en unité de soins.

Le processus parcours du patient est formalisé et à disposition des professionnels dans toutes les unités de soins.

La coordination du parcours du patient est assurée au sein de chaque pôle entre les services cliniques, médicotехniques et logistiques.

L'établissement a défini des parcours prioritaires pour les populations spécifiques : personnes âgées, enfants, personnes en situation de précarité. Une équipe mobile de gériatrie, de soins palliatifs, et une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) sont opérationnelles.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement supérieur et de proximité s'est saisi des enjeux liés à la politique du parcours patient et communique sur les objectifs auprès des professionnels au sein des conseils et des bureaux de pôle, lors des réunions de service et des staffs pluridisciplinaires. Dans chaque unité de soins, la cartographie des risques et les plans d'actions associés sont connus des professionnels. Ces plans d'actions reprennent les thématiques concernant l'accueil du patient, l'évaluation initiale et continue du patient, le projet de soins personnalisé (PPS), la prise en compte du risque suicidaire, l'évaluation nutritionnelle, la prise en charge des urgences vitales, la coordination avec les plateaux techniques, la sortie du patient.

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques : remise du livret d'accueil à l'arrivée, recueil des données pour les check lists d'entrée et sortie, conformité des bons de demande d'examen, participation aux staffs.

Les professionnels participent à l'élaboration des procédures et protocoles dans leur secteurs d'activité.

Des RCP sont organisées en cancérologie, des RMM et des CREX en neurologie, réanimation, chirurgie-anesthésie, maternité. Des patients traceurs sont réalisés dans plusieurs services.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs. Au regard des tableaux d'astreinte, la continuité de la prise en charge est assurée 24h sur 24h y compris au sein

d'activités spécifiques : cardiologie, neurologie, hémodialyse, mais les règles de présence et de sécurité concernant la permanence des soins ne sont pas toujours respectées. Le matin de 7h à 8h30, la seule infirmière en poste en UCA assure le transfert des patients au bloc opératoire. Il n'y a donc plus de professionnels au chevet des autres patients.

Les ressources sont ajustées en fonction des modifications d'activités. En cardiologie, le départ récent de deux médecins cardiologues a amené l'établissement à revoir la capacité d'accueil du service, l'organisation des soins et l'adéquation des ressources humaines. Des avis spécialisés sont recherchés dans et hors l'établissement.

Les professionnels sont formés à la prise en charge des urgences vitales, à la prise en charge de la personne âgée, à la réanimation en néonatalogie, à l'éducation thérapeutique. Certains professionnels sont titulaires de DU (stomathérapie, plaies et cicatrisation, éducation thérapeutique).

Les procédures et protocoles sont disponibles et accessibles aux professionnels. Des supports d'informations sont remis au patient en fonction de prises en charge spécifiques ou d'actions d'éducation thérapeutique.

Les chariots d'urgences sont conformes et vérifiés périodiquement dans tous les secteurs de l'établissement, en revanche, la disponibilité des ressources nécessaires à la mise en œuvre du dispositif de prise en charge des urgences n'est pas totalement assurée. Du fait de l'absence d'agrément CESU jusqu'en 2015, l'ensemble des professionnels n'a pas bénéficié de la formation aux gestes d'urgence.

Le matériel destiné à la prise en charge des urgences vitales est incomplet en USLD. Le site distant de l'hôpital, n'est pas équipé d'un défibrillateur.

La procédure de prise en charge de l'urgence vitale n'est pas opérationnelle pour les unités de soins. Elle ne fait pas référence à un numéro d'appel unique. La procédure décrit en 1° intention l'appel au 15, puis en cas de non réponse oriente vers un appel au réanimateur de garde. Le SAMU ne dispose pas d'une salle d'attente virtuelle, par conséquent en cas d'afflux massif d'appels, les professionnels ne peuvent obtenir une réponse rapide à leur demande. Le bilan 2014 des FEI et le contenu de la procédure elle-même en témoignent.

En USLD, cette procédure affichée dans le poste de soins ne correspond pas à la réalité de la prise en charge décrite par les professionnels rencontrés : médecin, cadre de santé, infirmière. Les professionnels appellent en 1° intention le médecin d'astreinte de leur secteur puis le 15.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes mettent en œuvre l'organisation des parcours patients et la prise en charge des patients pour l'ensemble des étapes de la prise en charge. L'identification des patients à risque suicidaire, la coordination des acteurs et le suivi des patients sont organisés : identification du risque à l'entrée, suivi psychologique en interne, convention avec la psychiatrie.

La prise en charge nutritionnelle des patients est effective. Elle est suivie par les professionnels concernés et le CLAN.

La coordination des professionnels de soins, de rééducation et psychosociaux est effective. Les réunions de concertation et les staffs font l'objet d'un règlement intérieur et sont tracés dans tous les secteurs.

L'accueil de l'usager dans le service est prévu dans une procédure. Il est réalisé par une personne référente et personnalisé en fonction des unités. Une organisation est prévue pour l'accueil et le soutien de l'entourage dans tous les services.

Les procédures de sécurisation de l'identification des patients sont mises en œuvre.

L'évaluation initiale a fait l'objet d'un plan d'actions au regard des résultats des IQSS de 2014. Elle est réalisée et tracée dans l'observation médicale d'entrée et dans la macro cible paramédicale.

Le projet de soins personnalisé est ajusté en fonction d'une évaluation continue et fait l'objet d'un support spécifique dans certains secteurs : maternité, hémodialyse, SSR, USLD. Il prend en compte la réflexion-bénéfice risques et le consentement du patient.

L'établissement met en œuvre un programme d'éducation thérapeutique autorisé par l'ARS en diabétologie. Il a développé en interne un programme relatif à la PTH avec le service de rééducation.

Les délais de transmissions des résultats de laboratoire et d'imagerie sont compatibles avec la prise en charge du patient. Les résultats sont visibles sur le serveur dédié et retrouvés dans les dossiers.

Au regard du résultat des IQSS 2014 en MCO (DEC), l'établissement a mis en place des actions d'amélioration pour la sortie du patient. Une check list de sortie a été intégrée au dossier patient, elle permet de vérifier l'exhaustivité des documents remis au patient et aux professionnels de l'aval à la sortie. Elle y inclut le courrier médical de sortie. Les questionnaires de sortie sont remis au patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue le fonctionnement du processus sur la base du recueil des indicateurs QSS, des patients traceurs, d'audits, des résultats des questionnaires de satisfaction et du bilan d'activité et de gestion.

Des actions d'amélioration sont identifiées.

La communication des résultats est réalisée au sein des instances, des réunions de service et auprès de la CRU-QPC.

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

De nombreuses actions d'amélioration ont été mises en œuvre : identification des parcours au sein de l'établissement, amélioration de l'accueil aux urgences, macrocibles d'entrée et sortie avec évaluation des risques. Ces actions sont intégrées au programme qualité et gestion des risques. La communication des résultats est réalisée au sein des instances, des réunions de service et auprès de la CRU-QPC.

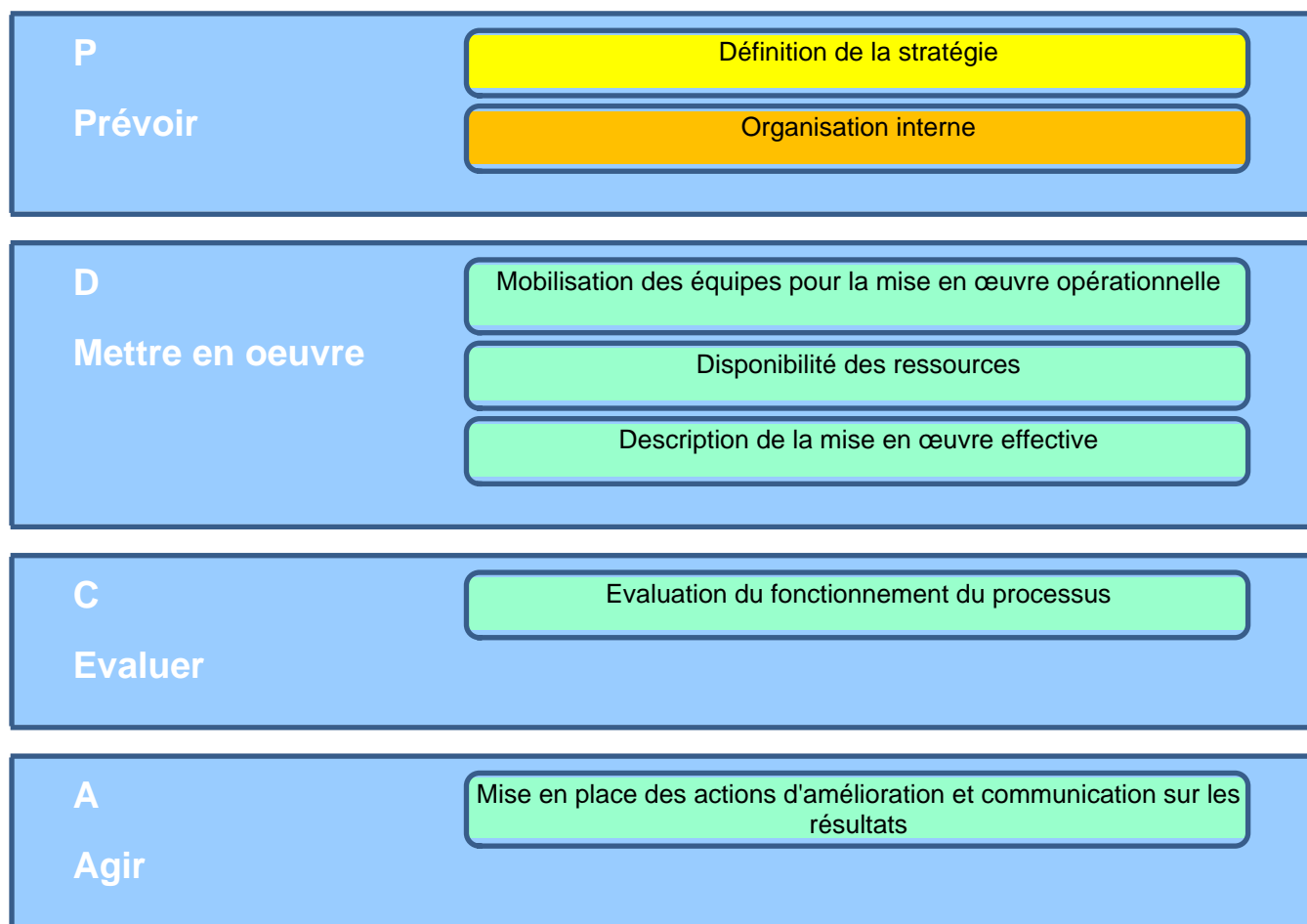
DOSSIER PATIENT

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

L'établissement a formalisé et intégré dans sa gestion documentaire en décembre 2015 un document intitulé "politique de gestion du dossier patient au centre hospitalier d'Auch". Il dispose également des procédures relatives à l'accès au dossier médical par le patient ou ses ayants droits et transmission du dossier au patient.

L'informatisation du dossier patient est en cours de déploiement. Une partie du dossier n'est pas informatisée entraînant la cohabitation des deux supports pour un même dossier patient.

Le PAQSS intègre des actions d'amélioration relative au dossier patient, mais l'établissement n'a pas identifié de risque lié à la gestion simultanée de deux supports pour un même dossier patient.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement n'a pas établi une organisation pour piloter l'ensemble du processus dossier patient. L'établissement ne dispose pas de structure pilote chargée de piloter et mettre en œuvre la politique du dossier patient à l'échelle de l'établissement. Les rôles et les responsabilités ne sont pas formalisés dans des fiches de poste. Les règles de gestion du dossier patient incluant les données informatisées et non informatisées, et précisant : les responsabilités, la tenue, la confidentialité, la composition, l'utilisation, l'accessibilité en temps utile et l'archivage, ne sont pas formalisées.

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

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables de service s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues dans les procédures et protocoles institutionnels existants. Ils sensibilisent et informent les professionnels des résultats et mettent en place des mesures correctives en cas de non maîtrise des pratiques. Les professionnels sont associés aux évaluations des indicateurs nationaux, à la déclaration des événements indésirables à leur analyse et traitement ainsi qu'à celui des plaintes et réclamations.

Cependant, les objectifs du PAQSS relatifs au processus dossier patient n'ont pas fait l'objet d'une déclinaison par secteur d'activité. Le PAQSS est piloté par le service qualité. Il n'est pas décliné en plans d'actions par secteur d'activité. Il n'existe pas de plan d'actions spécifique au dossier patient dans les secteurs d'activité, les professionnels rencontrés par les experts visiteurs font part de risques rencontrés et de mesures de maîtrise propres à chaque professionnel ou service.

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 locaux d'archives 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.

Deux procédures sont disponibles dans la gestion documentaire : gestion des dossiers médicaux demande d'emprunt et gestion des dossiers médicaux classement et toilettage.

Une formation à l'utilisation du dossier informatisé est assurée pour les nouveaux arrivants et au fur et à mesure du déploiement des applications, mais les règles de tenue et d'accès au dossier du patient ne sont pas formalisées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Au moment de la visite de certification le déploiement du dossier patient informatisé est en cours. Des logiciels métiers sont en place aux urgences et en secteur de naissance.

Les prescriptions médicamenteuses, validation et administration, prescription des actes de soins et traçabilité des surveillances, des régimes alimentaires, traçabilité de la douleur, de l'IMC des constantes et "mesures" adaptées au service, des déclarations de chutes sont informatisées en MCO (sauf réanimation, hémodialyse, néonatalogie) en SSR et en USLD.

Les applications : compte-rendu de radiologie, intégration des images PACS, intégration des comptes-rendus médicaux depuis le logiciel du secteur de naissance, les prescriptions d'examen de laboratoire, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles et d'avis de spécialistes, sont en test dans les services de SSR et de gastroentérologie. Les comptes-rendus et courriers de sorties sont intégrés au dossier informatisé.

Les résultats de laboratoire sont consultables via un serveur résultats de biologie.

Le dossier papier est constitué : des données administratives, des observations médicales, des

prescriptions multi modales, des observations infirmières, du recueil de données, des transmissions ciblées, de la fiche de liaison, de la fiche inventaire, des fiches spécifiques diététicienne, assistante sociale, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue...

Les pièces du dossier patient sont datées et comportent l'identité du patient, son numéro d'identification ainsi que l'identité du professionnel qui a recueilli ou produit les informations, cependant, les règles de tenue du dossier patient ne sont respectées dans l'ensemble des services investigués. Les experts visiteurs ont constaté dans un service, des dossiers patients dont les pièces constitutives ne sont pas classées ni identifiées avec date, identité du patient : nom prénom, date de naissance, numéro d'identification.

La communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge et les correspondants est assurée en temps utile.

L'archivage est sécurisé.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis à la réglementation : le délai moyen, toutes demandes confondues, est de 5 jours.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

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

A / AGIR

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

L'efficacité du processus dossier patient est évalué par le suivi de la progression d'indicateurs ciblés : les IQSS, les audits du partogramme (3 évaluations), l'exhaustivité des données des dossiers par le DIM, les audits réguliers sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur et des troubles nutritionnels (Poids, IMC), les audits identitovigilance et le suivi des événements indésirables.

Au vu des résultats lors du suivi de ces indicateurs, l'établissement note une amélioration de ses résultats.

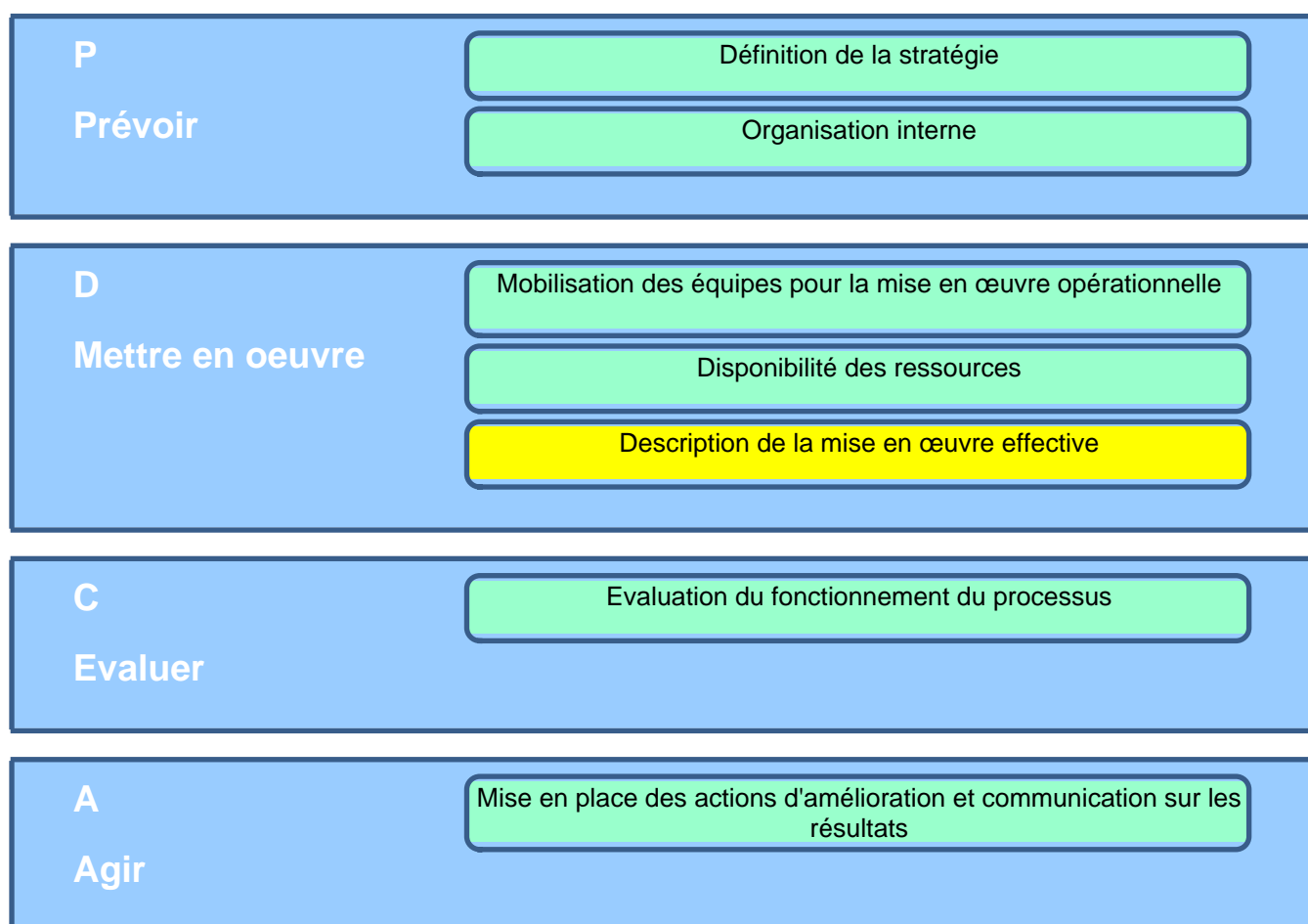
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie basée sur les analyses de risques de 2011 et 2015, sur la dernière inspection de la tutelle (juin 2014), sur les résultats du Contrat de Bon Usage des médicaments, sur la recommandation de la dernière certification et sur les Indicateurs Qualité Sécurité des Soins.

Une politique et des objectifs sont validés par les instances (CME, CSMIRT, COMEDIMS). Ces objectifs sont repris dans le programme d'amélioration de l'établissement. Les risques et ce programme sont intégrés dans le compte qualité après un changement d'échelle.

Le manuel d'assurance qualité validé est en place et connu des professionnels de la PUI. Il définit 4 axes, eux mêmes ventilés en objectifs. Des indicateurs sont définis. On retrouve dans le PAQSS institutionnel ces actions, elles sont priorisées, les responsabilités et les échéances sont définis. Il y a 30 actions dans le PAQSS.

Cependant, l'établissement n'a pas formalisé sa stratégie concernant la prescription médicamenteuse chez les sujets âgés. On ne trouve pas de disposition ou de données spécifiques à la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé quelle que soit la prise en charge tant dans le manuel d'assurance qualité que dans les cartographies des risques.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus de prise en charge médicamenteuse.

Il existe une description des missions et responsabilités des différents pilotes ou intervenants dans la prise en charge médicamenteuse dans le manuel qualité (pharmaciens, médecins, responsable du management de la qualité de la PEC médicamenteuse) ainsi que des instances de validation de la politique du médicament.

Des fiches de postes sont en place pour les autres professionnels (préparateurs, cadre de la pharmacie).

L'établissement dispose des ressources humaines (effectif de la PUI) et matérielles (locaux, maintenance) nécessaires pour les activités actuelles.

La permanence pharmaceutique est organisée et répond aux besoins urgents. Il existe une astreinte des pharmaciens pour répondre aux urgences. La dotation pluri-hebdomadaire des armoires à pharmacie permet de répondre aux demandes urgentes.

L'analyse pharmaceutique des prescriptions est engagée. La prescription informatisée est développée sur plus de 80% des lits ce qui permet une analyse pharmaceutique partielle.

La rétrocession est organisée.

Il y a une dispensation globale sur l'ensemble de l'ES sauf en USLD ou elle est nominative et mensuelle. Il existe une procédure concernant la prescription et l'administration et le stockage des médicaments à risque.

Le plan de formation inclut le thème du risque lié aux médicaments. Des actions de sensibilisation ont été mises en place après analyse d'événements indésirables.

La procédure de gestion documentaire concernant la prise en charge médicamenteuse est inscrite dans le manuel d'assurance qualité. Il existe dans le MAQ une description des moyens de communication entre les différents services et la PUI afin d'assurer la gestion des interfaces, en particulier les transports.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des secteurs d'activité informe sur la démarche institutionnelle mais il n'y a pas de déclinaison dans les secteurs du plan d'action global.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et les actions d'amélioration mises en place par l'établissement en particulier lors des réunions de service et quotidiennement lors des soins.

Les cadres et certains professionnels ont participé à l'identification des risques, certains participent aux évaluations de la conformité des pratiques et aux actions d'amélioration mises en place (RMM, REX, audits, signalement des erreurs médicamenteuses). Les dysfonctionnements du circuit des médicaments sont signalés par l'intermédiaire du logiciel institutionnel.

Dans les services rencontrés, chacun des cadres responsable du déploiement opérationnel du programme, prend en compte le programme institutionnel sans pour autant fixer des objectifs spécifiques ni des plans d'actions spécifiques au secteur, hormis l'USLD qui a mis en place des actions spécifiques (pommade et poudre pour les patients).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources nécessaires en compétences, formations et matériels sont disponibles tant à la PUI que

dans les secteurs de soins.
L'analyse pharmaceutique engagée n'est pas exhaustive et n'inclut pas le traitement complet du patient. L'analyse pharmaceutique est développée grâce à l'outil informatique, elle porte sur plus de 80% des lits, le pharmacien a accès aux données du laboratoire mais n'a pas accès au dossier du patient et ne peut donc connaître le traitement personnel du patient en particulier lors de sa sortie, l'ordonnance étant au format papier.
Certains services ont mis en place des référents circuit du médicament qui ne disposent toutefois pas de fiche de mission ni de temps alloué.
Des formations sur les erreurs médicamenteuses sont en place et récurrentes. Une information sur le circuit des médicaments est effectuée pour les nouveaux arrivants (2 fois par an).
La reconstitution et la dispensation des cytostatiques sont effectives et répondent aux bonnes pratiques. Les locaux de la PUI et de l'URC sont conformes adaptés, contrôlés, la maintenance est effective. Les bonnes pratiques de préparation sont en place.
Des formations pour les préparateurs en pharmacie concernant le risque lié aux médicaments ou aux manipulations des cytostatiques sont en place tout comme pour les sages-femmes qui prennent exceptionnellement en charge la reconstitution d'un cytostatique spécifique en urgence.
Toutefois, le système de mise à jour des protocoles n'est pas opérationnel. Des protocoles de la base de données de l'établissement datent de 2002 ou 2008, il n'y a pas de trace de leur révision tous les 5 ans comme prévu dans le manuel qualité et il coexiste dans les secteurs des protocoles papiers et informatiques.
Les locaux de rétro-cession permettent une certaine confidentialité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles de prescription sont validées et connues des professionnels, elles sont respectées dans tous les secteurs dont ceux qui ne sont pas encore informatisés.
Le logiciel de prescription mis en place permet la sécurisation des prescriptions, il permet une analyse pharmaceutique non exhaustive. Il permet aux professionnels de tracer en temps réel l'administration sur le même document pour une grande majorité d'entre eux mis à part les services non ou partiellement informatisés (REA, Hémodialyse, néonatal non informatisés, USLD non totalement informatisée).
Un préparateur référent est désigné pour les secteurs de soins, il effectue sous la responsabilité du pharmacien et annuellement le contrôle des armoires des services.
Les règles de sécurité concernant le transport (bac fermés nettoyés) sont en place et respectées.
Le transport des médicaments thermosensibles est organisé et permet de garantir la maîtrise de la chaîne du froid : sacoches spécifiques, procédure, traçabilité des enceintes réfrigérées tant à la PUI (surveillance H24) que dans les salles de soins (surveillance manuelle effective).
Toutefois, la dispensation nominative journalière n'est pas mise en œuvre en USLD et le projet de conciliation médicamenteuse de l'ARS n'a pas débuté.
Une identification de 3 catégories de médicaments à risque (anticoagulants oraux, KCl, MTX) et une procédure de gestion (identification) sont en place, toutefois la maîtrise des risques liés à certains médicaments dont ceux identifiés à risque n'est pas toujours en place. Dans certains services visités les experts visiteurs ont constaté que les médicaments à risque étaient rangés pour le KCl avec les autres électrolytes, pour les anticoagulants sans que l'étiquette d'identification institutionnelle soit collée sur la boîte.
La continuité du traitement de sortie des patients est assurée ordonnance de sortie ou documents de liaison.
L'établissement dispose de deux autorisations d'éducation thérapeutique (diabète et cardiologie) permettant la sensibilisation des patients au bon usage des médicaments, cependant, en dehors de ce cadre, l'information sur le bon usage des médicaments n'est pas formalisée et la PUI ne met pas à disposition les moyens d'information sur le bon usage des médicaments.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le recueil des erreurs médicamenteuses et leur analyse, les audits et EPP sont en place : audit annuel sur les armoires à pharmacie, sur l'administration, la préparation des piluliers, le déconditionnement des médicaments, les transports des médicaments, les chariots d'urgence, la perfusion, le stockage des médicaments, et participent à l'amélioration du circuit. Le CBUM, les IQSS sont d'autres moyens d'évaluation du circuit du médicament.
Les professionnels sont impliqués dans ces évaluations et l'analyse des événements indésirables. Les pilotes disposent d'indicateurs de résultats : il y a des indicateurs qualitatifs et quantitatifs, mais pas de tableau de bord global permettant une vue synthétique de ces indicateurs. Un CREX est en place et fonctionne.

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

Les pilotes disposent d'un plan d'amélioration intégrant les actions issues des analyses des risques identifiés a posteriori et a priori. Ce plan est intégré au PAQSS institutionnel et aussi dans le CQ. La communication est réalisée par plusieurs moyens : réunions, instances, journal interne (peu utilisé) et indicateurs nationaux sur le site internet.

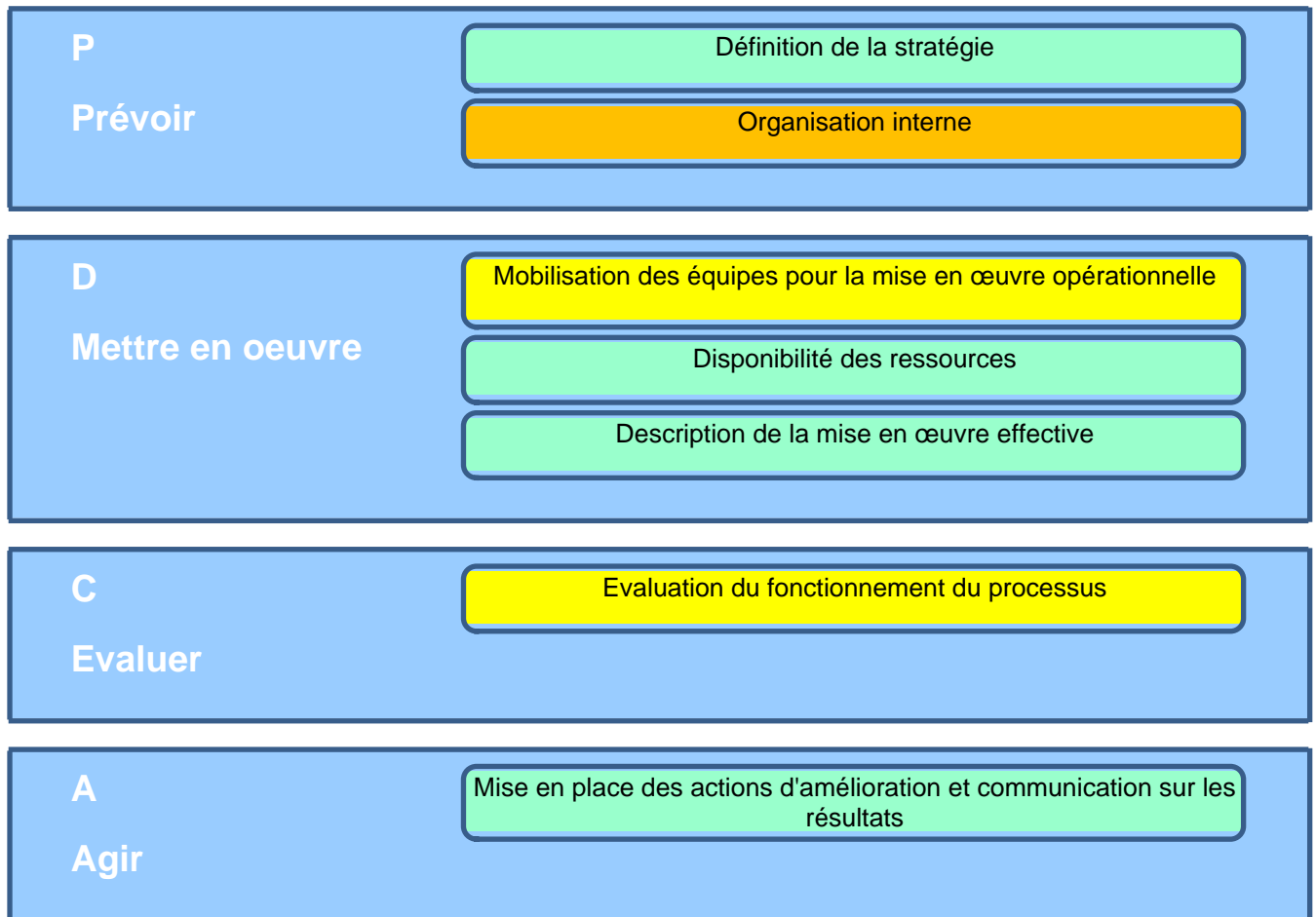
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a identifié des axes stratégiques relatifs à la prise en charge des urgences et des soins non programmés, dans le projet médical. Ils prennent en compte l'identification du contexte, les missions et l'analyse des données qui lui sont propres. Le projet médical a été validé par les instances. La stratégie est déclinée en objectifs intégrés au PAQSS.

L'organisation du service des urgences est formalisée dans le règlement intérieur des urgences. Une charte de fonctionnement de l'UHCD est en place, ainsi qu'une charte d'accueil aux urgences.

ORGANISATION INTERNE

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. 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, ainsi qu'avec les partenaires extérieurs. Il est inscrit dans le réseau observatoire régional des urgences Midi-Pyrénées (ORUMIP)

Toutefois, l'établissement ne dispose pas d'un pilotage institutionnel identifié de la prise en charge des urgences et soins non programmés. Il n'y a pas d'organisation ou structure de pilotage et de coordination, la commissions des admissions et consultations non programmées (CCANP) ne s'est pas réunie depuis deux ans. Les rôles et les responsabilités ne sont pas formalisées.

Le médecin chef de service et responsable du SAMU a démissionné de la chefferie de service en décembre 2015. Il est resté responsable du SAMU.

En absence d'un médecin chef de service, le management et les responsabilités médicales sont organisés provisoirement par répartition des principales activités : un médecin responsable pour les urgences et l'UHCD, un médecin responsable SMUR Auch et CH de Condom.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

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 CREX et de RMM.

Cependant, le pilotage des plans d'actions propres aux urgences identifiés dans le compte qualité n'est pas opérationnel. L'absence de pilotage organisé de l'ensemble du processus et l'organisation provisoire du management médical du service, ne permettent pas le suivi des plans d'actions propres aux urgences.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en matériel et compétences sont disponibles, les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation et disposent d'outils adaptés : échelles de tri. Des modalités d'accueil et d'intégration des nouveaux agents sont définies. Les circuits de prise en charge sont formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients. Une organisation est en place permettant la connaissance et l'analyse de la disponibilité en lits d'hospitalisation en temps réel. Une procédure Hôpital en tension : gestion des lits précise les modalités de gestion des lits en cas de saturation des lits d'aval. La documentation prend en compte les besoins du service dont la coordination avec les services médico-techniques, les structures d'aval et les partenaires.

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. Les circuits AVC, infarctus du myocarde, patients couchés, pédiatriques, obstétricaux sont respectés. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, l'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé.

Cependant, l'absence de réunions de la commission des admissions et consultations non programmées ne permet pas la concertation régulière entre services d'aval et d'urgences. Les interfaces sont opérationnelles, toutefois le suivi et la gestion de ces interfaces n'est pas assurée par une structure pilote réglementairement requise.

La diminution du nombre de médecins généralistes et spécialistes libéraux ainsi que les prévisions de départs sur le territoire, entraînent une augmentation du nombre de passages aux urgences ; il existe une offre spécifique pour la prise en charge des soins non programmés directement dans les services de soins en court-séjour gériatrique mais aussi en cardiologie, prise en charge des AVC et en gynécologie

obstétrique. Elle permet un accès direct aux spécialistes pour éviter un passage systématique par le service des urgences. Un annuaire distribué aux médecins traitants indique les numéros de téléphone directs pour chacune de ces prises en charge.

Cela permet à l'établissement d'avoir une majorité de ses hospitalisations provenant des entrées directes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le service des urgences, en lien avec le service qualité gestion des risques assure régulièrement le suivi de nombreux indicateurs : les indicateurs d'activité et de délais d'attente de l'ORUMIP, le suivi de la disponibilité en lits, le nombre de déclarations d'évènements indésirables, le nombre de plaintes et réclamations, la satisfaction des patients.

Toutefois, les indicateurs suivis ne permettent pas l'évaluation de l'ensemble des étapes du processus et de son efficacité. Le dispositif d'évaluation du processus ne repose pas sur un suivi régulier d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs adaptés. Le service des urgences ne dispose pas de tableaux de bord croisant les résultats de suivi d'indicateurs activité, ressources et qualité.

A / AGIR

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

La stratégie de prise en charge des urgences et des soins non programmés n'est pas ajustée en fonction de données ciblées d'évaluation. Les indicateurs suivis ne permettent pas l'évaluation de la stratégie définie ni son réajustement au regard des résultats obtenus. L'ensemble des actions d'amélioration conduites n'est pas intégré au PAQSS.

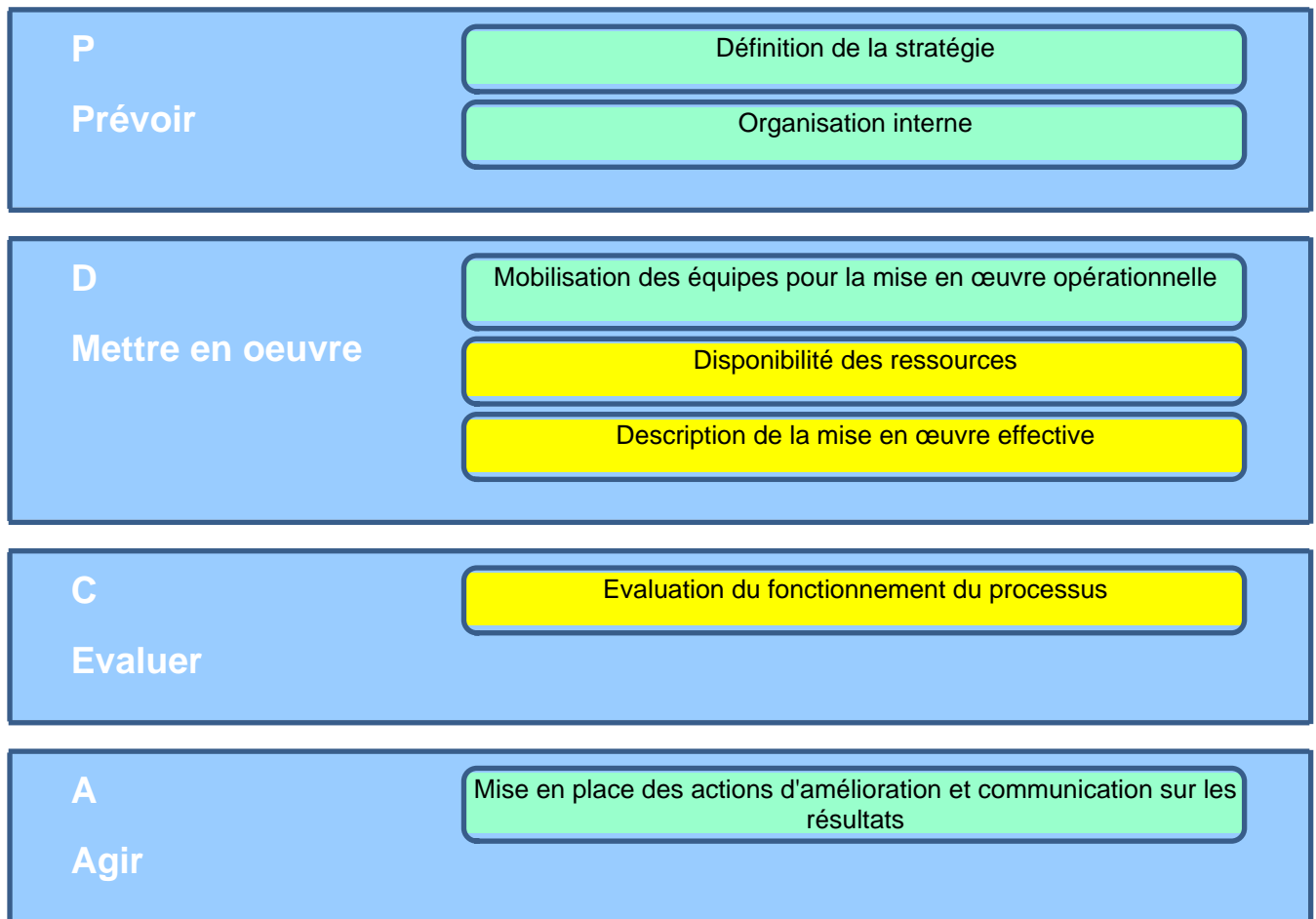
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le 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 (deux pour l'obstétrique, deux pour la chirurgie viscérale et vasculaire et deux pour l'orthopédie et la traumatologie), adossées à neuf salles de SSPI disponibles 24/24.

Les sources de donnée 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-UCA mené avec l'ARS en octobre 2015.

Les risques sont identifiés et hiérarchisés avec les professionnels.

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

La cartographie des risques est validée par le conseil de bloc.

Les objectifs, les actions, les pilotes, les échéances sont identifiés.

Les risques identifiés dans le compte qualité sont intégrés au PAQSS de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus.

Les rôles et responsabilités sont identifiés.

Le conseil de bloc est réactivité, la réunion de programmation a lieu tous les jeudis.

Sont formalisés dans la charte de bloc qui reste à valider :

- Les différents secteurs opératoire, orthopédie, viscérale, gynécologie- obstétrique, endoscopie,
- Les différents circuits patients, ambulatoire, hospitalisation conventionnelle, urgence,
- L'organisation du service,

L'organisation de l'UCA est formalisée dans la charte du service en cours de validation.

Des formations internes sont organisées : gestes d'urgence, chirurgie de l'épaule, hypnose...

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'ES leur est remis.

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

Actuellement, seule la prescription médicale vers les services d'hospitalisation est informatisée, les prescriptions médicales pour la SSPI sont faites sur le dossier papier d'anesthésie.

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

Les interfaces sont définies dans la charte de bloc et le règlement intérieur :

- Fiche de liaison service-bloc,
- Fiche navette pour l'instrumentation vers la stérilisation,
- Demandes d'exams de laboratoire,
- EFS,
- Urgences,
- Service biomédical,
- CLIN,
- Etc...

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Un plan d'actions opérationnel est établi en UCA en déclinaison de la démarche institutionnelle. Le plan d'actions du bloc opératoire, formalisé pendant la visite, reste à valider par le conseil de bloc. Des actions sont intégrées au PAQSS.

La chef de bloc et le cadre de l'UCA sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés lors des démarches "patient traceur".

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

Lors des audits qui sont menés ("zéro bijou", Benchmark bloc dans le cadre de l'ARS midi-pyrénées), les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats lors des réunions de service.

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

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs des professionnels au sein du bloc et de la SSPI sont conformes à la réglementation. Le nombre important d'anesthésistes intérimaires oblige l'ES 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...

Les nouveaux arrivants reçoivent le livret d'accueil de l'établissement, ils participent à la journée d'intégration, des tuteurs leur sont désignés.

Les professionnels ont accès à l'ensemble des procédures, soit dans des classeurs, soit dans la base documentaire de l'ES, cependant, le système de mise à jour des documents est partiellement opérationnel. La gestion documentaire est en cours de mise en œuvre, des procédures sont à mettre en format qualité et d'autres sont à évaluer et à actualiser.

Le service biomédical assure le suivi de la maintenance préventive et curative des équipements et matériels. Les prélèvements environnementaux sont assurés, toutefois les locaux ne sont pas conformes ; le bloc ne dispose pas d'un arsenal stérile fermé, les salles d'opération ne sont pas équipées d'un témoin de surpression, les DASRI sont stockés dans des bennes dans le couloir d'entrée du bloc, le dé-cartonnage s'effectue aussi dans l'entrée du bloc. L'ES a présenté aux EV un plan d'actions en cours de visite pour la mise en place de témoins de surpression.

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 :

- Tenue de la check list HAS,
- Bonnes pratiques de préparation du matériel en vue d'une intervention,
- Bonnes pratiques d'installation sur table d'intervention.

Le dossier patient papier est l'outil de coordination entre les professionnels.

Les RMM sont mises en œuvre, elles donnent lieu à des actions d'amélioration :

- Amélioration de la gestion des anticoagulants,
- Respect des bonnes pratiques d'antibioprophylaxie péri opératoire,
- Projet de refonte du dossier d'anesthésie,
- Harmonisation des pratiques en anesthésie,

Le fonctionnement du secteur est formalisé dans le règlement intérieur qui est validé.

Le pré programme opératoire est validé chaque jeudi avec la chef de bloc, un anesthésiste et un opérateur de chaque spécialité. Il est diffusé chaque jour pour le lendemain avec l'intégration des urgences.

Les circuits qui sont formalisés dans la charte de bloc, sont respectés. Les interfaces sont opérationnelles avec :

- Les services de soins,
- Le CLIN,
- L'EFS,
- La pharmacie,
- Le laboratoire,
- La stérilisation,
- Le service biomédical,

Le conseil de bloc est réactivé, le comité de programmation se réunit tous les jeudis. Les comptes-rendus des réunions sont formalisés et mis à disposition des professionnels.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée : ouverture de salle, DMI, identitovigilance, check list...

Les prescriptions médicamenteuses sont faites sur le dossier papier d'anesthésie pour la SSPI et sur le logiciel informatique pour les services d'aval.

Toutefois, les pratiques professionnelles ne respectent pas toujours les bonnes pratiques de sécurité du patient :

En zone d'accueil, les patients attendent sans surveillance et sans appel malade leur passage en salle.

Les transferts des patients au sein du bloc opératoire :

- de la zone d'attente jusqu'en salle d'opération de chirurgie viscérale, gynécologie obstétrique, et retour
- du sas d'orthopédie (où sont effectuées les ALR) jusqu'en salle d'opération et retour se font patient suspendu à un dispositif médical : lève-malade de type "araignée », ce qui ne permet pas de faire face à des problèmes hémodynamiques ou respiratoires et oblige à garder le patient intubé jusqu'en SSPI. Ces risques n'ont pas été identifiés dans le compte qualité de l'ES. L'ES a présenté aux EV en cours de visite un projet d'acquisition de brancards, et d'un appel malade.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement recueille l'IQSS, tenue du dossier d'anesthésie.

Un programme EPP " bonnes pratiques d'hygiène des mains" est en place, un quick-audit "zéro bijou" a été réalisé en janvier 2015.

L'établissement a participé au benchmark : bloc-UCA organisé par l'ARS en janvier 2015.

Des RMM sont menées, des audits sont prévus : tenue de la check-list, tenue du DPA, respect des bonnes pratiques d'antibioprophylaxie.

Cependant, le suivi d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs n'est pas assuré. L'ES n'a pas mené d'audit de la tenue de la check-list, la responsable du bloc opératoire ne suit pas d'indicateurs pour piloter son activité.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre avec les professionnels suite aux RMM, les CR des RMM comprenant le plan d'actions associé sont transmis au service qualité et gestion des risques pour intégration au « PA RMM institutionnel » dont le suivi est assuré en sous-commission des EPP et qui est articulé avec le PAQSS institutionnel :

- 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,...

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

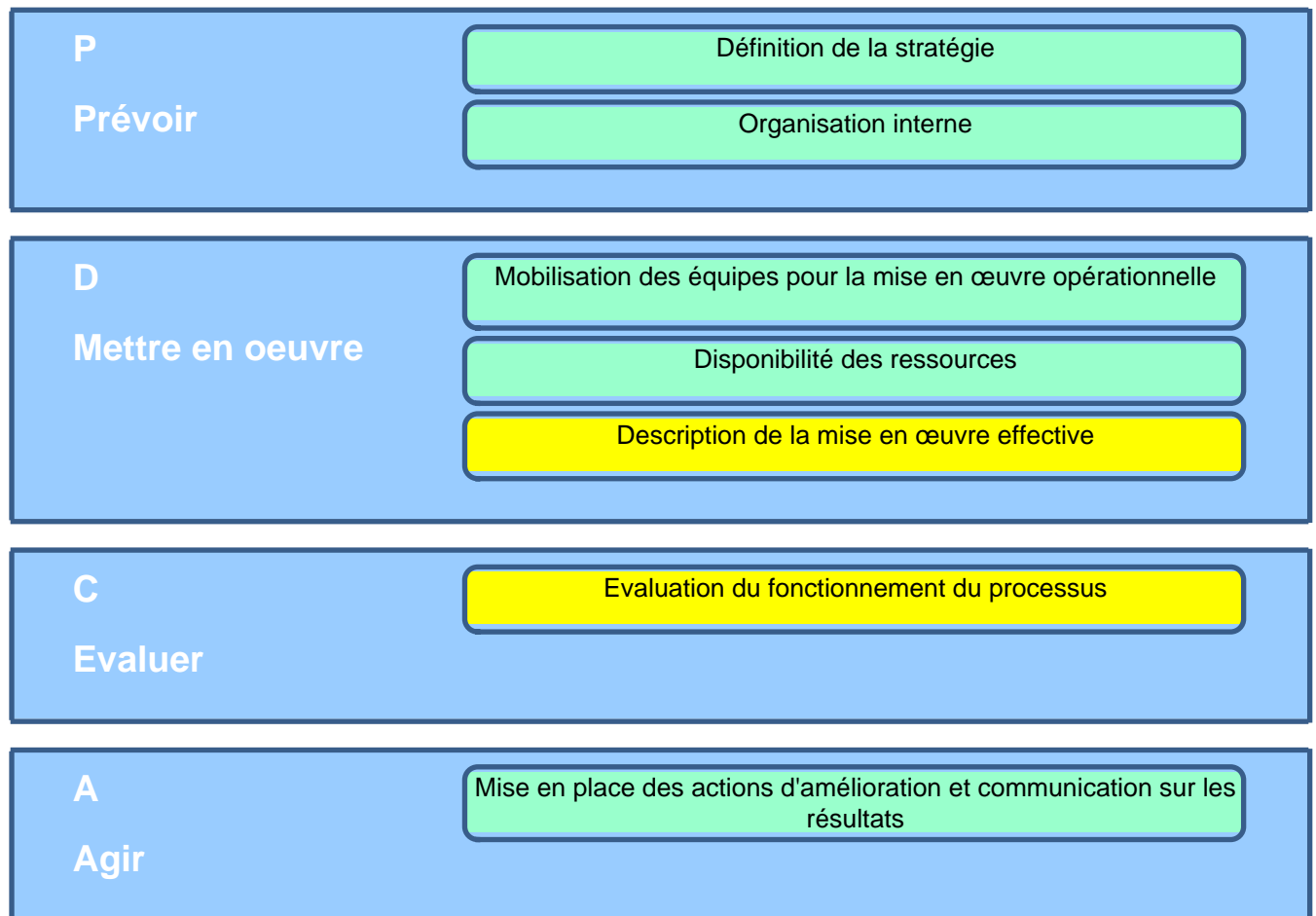
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

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, diminution de l'activité médicale libérale de ville qui a pour conséquence une augmentation de l'activité d'endoscopie, avec un potentiel important en matière de dépistage.
- Le recrutement médical en cours et l'intégration d'internes dans l'équipe,
- 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 de UCA,
- Le renouvellement du parc des endoscopes qui est programmé,
- Les différents lieux où les endoscopies sont réalisées : bloc opératoire, consultations, réanimation.

Les risques identifiés :

- Mise à jour des protocoles,
- Renouvellement du parc des endoscopes,
- Audit sur la connaissance des protocoles par les professionnels,

sont hiérarchisés selon une méthode définie. Les objectifs et priorité d'actions sont identifiés. Cette stratégie est validée en Directoire, en CME, en réunions de cadres. Elle est déclinée dans un programme d'améliorations qui est intégré au PAQSS de l'établissement. Les modalités du programme sont définies : objectifs, actions, pilotes, échéances, modalités de suivi, état d'avancement.

ORGANISATION INTERNE

Les rôles et responsabilités sont définis, les pilotes sont identifiés, leurs missions sont définies. L'organisation du service d'endoscopie est formalisée dans la charte de fonctionnement du service. La permanence des soins est organisée. Il existe un plan de formation permettant 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.

L'établissement est en cours d'informatisation du dossier patient. Des moyens informatiques concernant le traitement des endoscopes et la planification des examens sont en place. Une solution dégradée est formalisée en cas de panne de l'informatisation de la paillasse de traitement des endoscopes. Une organisation pour l'accueil des nouveaux professionnels est en place (livret d'accueil du personnel). La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité :

- CLIN,
- Bloc opératoire,
- Laboratoire,
- Service biomédical,
- Service administratif.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le plan d'actions du service est une déclinaison du PAQSS. La cadre du service d'endoscopie est chargée de son déploiement. Les responsables et les deux correspondantes en hygiène du service sensibilisent les professionnels sur les objectifs lors des réunions de service. Des actions correctives sont identifiées :

- Mettre à jour les fiches de poste,
- Prévoir l'acquisition de bacs de transport étanches,
- Mettre en place une désinfection de surface et l'ajouter au protocole de traitement des endoscopes,
- Actualiser les protocoles.

Cependant, le recueil et l'analyse des événements indésirables ne permettent pas la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Le retour d'expérience aux professionnels n'est pas organisé, le secteur n'a mené ni EPP, ni RMM ni CREX.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs du personnel médical et paramédical étaient conformes lors de la visite des experts. Des formations sont organisées pour les nouveaux personnels. Les IDE participent au congrès du Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie, aux journées nationales d'endoscopie digestive, d'hygiène en endoscopie,...

Les professionnels disposent des informations nécessaires à la prise en charge du patient dans son dossier. Le programme d'endoscopie est accessible aux professionnels.

Chaque endoscope possède son cahier de vie où sont tracées toutes les opérations de maintenance.

Le renouvellement du parc des endoscopes est prévu.

Toutefois, les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence non actualisés et non validés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les listes des opérateurs et les planning des professionnels sont disponibles.

L'organisation définie dans la charte du service met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnels avec :

- Le bloc,
- Le laboratoire,
- Le CLIN,
- Le service biomédical.

La traçabilité des actions est assurée :

- Tenue de la check-list,
- Ouverture de salle,
- Tenue du dossier,
- Cahier de vie des endoscopes,
- Traitement des endoscopes,
- Recherche de la MCJ.

Toutefois, les pratiques professionnelles ne respectent pas les procédures ou recommandations d'hygiène :

Lors du passage des experts en salle de traitement des endoscopes, les professionnelles ne portaient pas la tenue réglementaire : pas de port de lunettes, pas de gants avec manchettes, pas de tablier de protection.

La hotte n'était pas allumée, et elles travaillaient fenêtre ouverte.

Par ailleurs, le circuit des endoscopes n'est pas formalisé : la salle de traitement des endoscopes est située au 4ème étage, les endoscopies réalisées sous anesthésie générale, se font au bloc opératoire qui est située au 1 er étage. Le chariot transportant les endoscopes propres ou sales rentre dans le bloc et emprunte l'ascenseur patients. Le personnel qui assure le transport des endoscopes de la salle de traitement vers de bloc et du bloc vers la salle de traitement, est celui qui est en salle de traitement des endoscopes, ce qui a pour conséquence l'interruption du travail de traitement des endoscopes et donc un non respect des temps de traitement.

En réanimation, le traitement du fibroscope est fait dans la salle où se trouve le lave-bassins, l'eau utilisée pour les rinçages intermédiaires est l'eau du réseau.

Le bio-nettoyage entre deux patients de la salle d'endoscopie au sein du bloc opératoire n'est pas assuré.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

En 2012, une évaluation a été menée par le CCLIN sur "l'évaluation de la gestion des risques liés au traitement des endoscopes souples non autoclavables". L'audit du Groupe Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière est en cours, mais l'analyse des dysfonctionnements n'a pas eu d'impact sur la conformité des pratiques. Un audit de dossier patient est en cours sur la traçabilité du consentement éclairé du patient.

A / AGIR

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

Quelques actions d'amélioration identifiées sont mises en place :

- Création d'une fiche type d'entretien téléphonique à conduire par le secrétariat pour la prise de RV,
- Actualisation les protocoles d'endoscopie,

- Formalisation du protocole médical de prescription d'anesthésie locale gastroscopie, etc...
Les résultats sont communiqués en réunion de service.

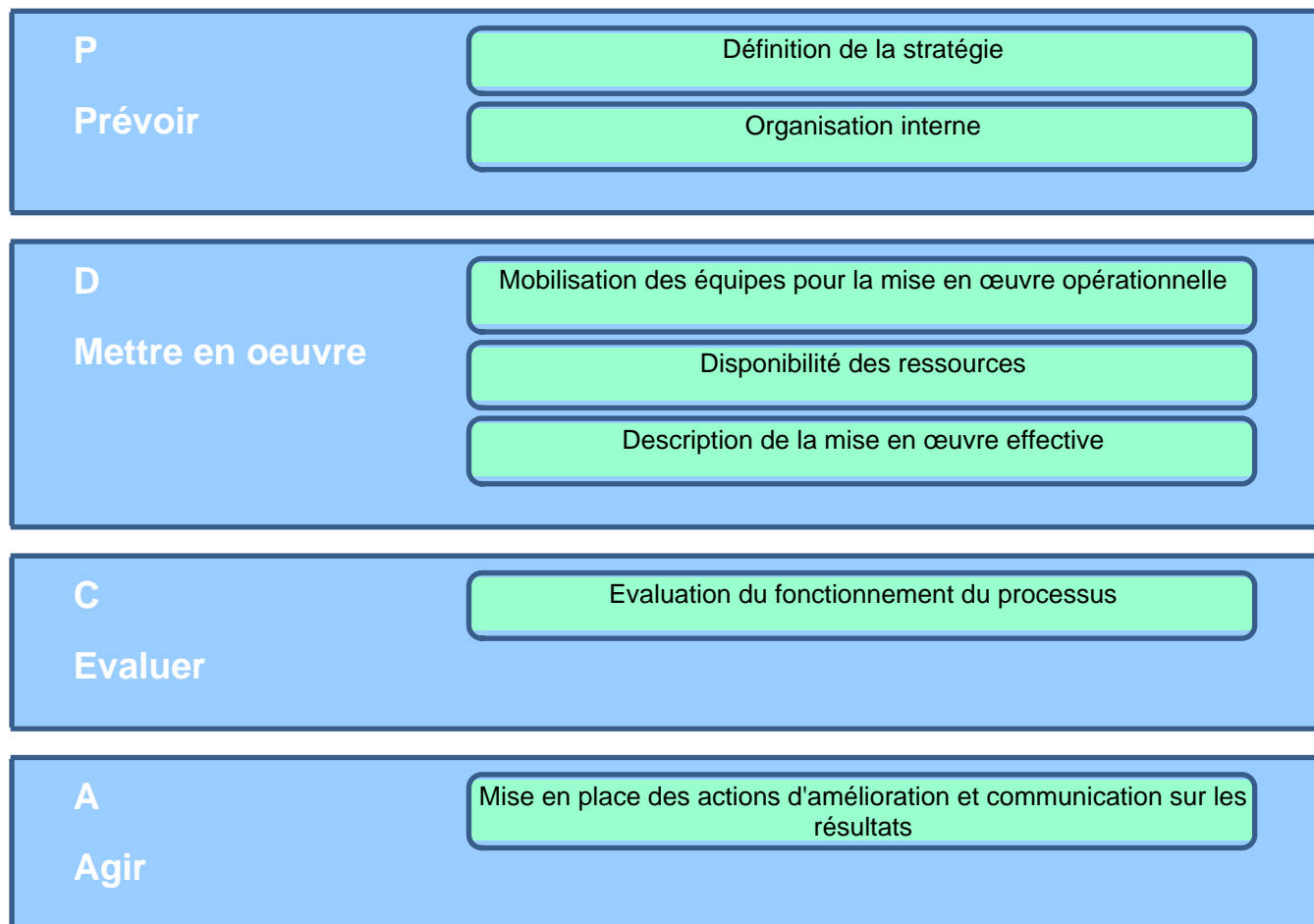
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le secteur de la salle de naissance a élaboré sa stratégie en prenant en compte le niveau de risque foeto-maternel pour la maternité de niveau II A, en formalisant les collaborations au sein du réseau de périnatalité de Midi-Pyrénées.

Les sources de données sont :

- Le projet médical 2015-2019 dont l'objectif général est de conforter le positionnement de l'obstétrique sur le bassin de population,
- L'amélioration des résultats de l'IQSS Hémorragie du Post Partum.
- Un projet de restructuration du pôle mère-enfant qui est en cours de réflexion.
- les résultats des RMM dont les plans d'action sont intégrés au PAQSS.

Les risques sont identifiés et hiérarchisés dans la cartographie des risques du secteur avec l'ensemble des professionnels selon la méthode HAS.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation pour piloter le processus est en place. Les rôles et responsabilités sont identifiés.

Les astreintes ou gardes des obstétriciens, anesthésistes, pédiatres sont organisées.

Les plannings des sages-femmes, des auxiliaires de puériculture sont mis à disposition des professionnels

Des formations sont organisées :

- DU d'échographie pour les sages-femmes,
- Formation à la réanimation du nouveau-né assurée pour l'ensemble du pôle,
- L'allaitement maternel.

Le service travaille avec le réseau de périnatalité de Midi-Pyrénées et communique ses données via un logiciel spécifique.

Comme dans l'ensemble des services, le dossier patient est en cours d'informatisation avec coexistence de supports papier et informatique.

Les circuits sont formalisés dans la charte du bloc obstétrical.

La gestion des interfaces permettant l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels particulièrement en cas d'urgence obstétricale est assurée avec :

- Le bloc opératoire,
- Le laboratoire (dépôt de sang),
- La réanimation adulte
- La néonatalogie,
- Le service biomédical,
- Le SAMU,
- Les secteurs d'aval.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et des plans d'actions opérationnels propres à la salle de naissance sont établis lors de l'analyse des RMM puis intégrés à la démarche institutionnelle.

Lors des staffs hebdomadaires et lors de l'analyse des RMM et EPP, les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur.

Les cadres s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (audit de tenue du partogramme, audit qualité gestion des risques en salle de naissance..) et informent les professionnels des résultats lors des staffs.

Des actions correctives sont identifiées :

- Formalisation d'une check-list de liaison salle de naissance-suites de couches,
- Check-list d'entrée en salle de naissance.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences sont conformes aux recommandations.

Des actions de formation sont mises en œuvre en interne (lors des staffs), des formations sont inscrites au plan de formation :

- Allaitement maternel,
- Peau à peau, etc...

Le classeur de présentation du service et de l'ES est remis aux nouveaux arrivants.

Un dossier facilitant l'intégration des internes leur est remis à leur arrivée dans le service.

Les équipements et matériels sont disponibles, adaptés. La maintenance préventive et curative est assurée par le service biomédical.

Le réseau informatique permet d'avoir une surveillance centralisée, continue de toutes les patientes soit dans le bureau des sages-femmes, soit en salle d'accouchements.

Cependant la gestion documentaire n'est pas totalement opérationnelle. La gestion documentaire est en cours de mise en œuvre, des procédures ne sont pas au format qualité, d'autres n'ont pas été évaluées ou actualisées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité pour les césariennes programmées est organisée en concertation avec la responsable du bloc opératoire. Le processus de prise en charge des césariennes en urgence est formalisé en fonction de l'urgence (code couleur).

Le fonctionnement du bloc obstétrical est formalisé dans la charte, la mise en œuvre est opérationnelle : les circuits sont formalisés, les gardes des professionnels sont effectives, la surveillance des parturientes est assurée et centralisée.

Les circuits sont respectés et les interfaces avec les autres secteurs sont opérationnels. Les femmes qui le désirent ont la possibilité d'accoucher dans la salle d'accouchement " physiologique ".

Les RCP du collège d'obstétrique sont déclinées en procédures locales qui sont à mettre en format qualité.

Les réunions périodiques sont mises en œuvre : staff de service, réunions de pôle. Les CR sont tracés.

Toutefois, la traçabilité des actes et des vérifications est inégalement assurée. Lors du passage des EV, il a été noté que :

- La traçabilité du cahier d'ouverture des salles d'accouchement était inégalement assurée,
- La vérification des incubateurs n'était pas tracée,
- La vérification du défibrillateur n'était pas tracée,
- La vérification de la salle de réanimation bébé au bloc opératoire était inégalement assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation périodique de l'ensemble du processus est engagée comme le montrent différents audits :

- Un audit de mesure de la culture sécurité chez les soignants en milieu hospitalier mené en 2013,
- Un audit sécurité en salle de naissance mené en mai 2015,
- Plusieurs réunions RMM menées en 2015 (8 cas ont été analysés),
- Un audit de l'évaluation de la tenue du partogramme.

Les indicateurs permettant le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés sont en place :

- Nombre de naissances,
- Nombre de césariennes code rouge,
- Taux de césariennes,
- Taux de péridurales,

Les résultats des évaluations sont communiqués aux professionnels lors des staffs de service.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration suite à l'analyse des RMM sont mises en œuvre, intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel :

- Création et mise en place d'un kit embolie amniotique,
- Formalisation du règlement intérieur du staff hebdomadaire,
- Mise en œuvre d'une salle d'accouchement physiologique.

La communication des résultats et actions est réalisée, lors des staff de service.