



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DE
L'AIGLE**

10 rue du docteur frinault
61305 L'Aigle
FÉVRIER 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	22
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	31
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	35
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	41
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	48
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	54
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	59
ANNEXE	66

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE L'AIGLE	
Adresse	10 rue du docteur frinault 61305 L'Aigle
Département / région	ORNE / NORMANDIE
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	610780074	CENTRE HOSPITALIER DE L'AIGLE	10 rue du docteur frinault 61305 L'Aigle
Etablissement de santé	610787319	CH DE L'AIGLE - SLD	10 r docteur frinault 61305 L'Aigle
Etablissement de santé	610000044	CENTRE HOSPITALIER DE L'AIGLE	10 rue du docteur frinault 61305 L'Aigle

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Chirurgie	28	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	17	/
MCO	Médecine	56	5
SLD	SLD	30	/
SSR	SSR	29	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	Maison Blanche à Vernouillet CH de Lisieux CH de Verneuil CH de Caen santé mentale avec CPO de l'Orne, CH FLERS, CH ARGENTAN CHICAM à Alençon EPS de Basse-Normandie APPSUM 61 HAD CARSAT / CRAM à Alençon Réseau de Périnatalité à Caen KORIAN LE DOYENNE DE LA RISLE Maison de retraite Brière-Lempérière
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Demande de Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP) Depuis 16/12/2015 Hospitalisation de Médecine à temps partiel Depuis quand 25/03/2015

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligation d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
Droits des patients

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en 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	Sujet âgé	Médecine HC	Œdème aigu pulmonaire, artériopathie membre inf.	Non programmée	Complexe	MCO
2	Adulte	Médecine HDJ	Colonoscopie pour rectocolite hémorragique	Programmée	Simple	MCO
3	Adulte	Chirurgie orthopédique	fracture poignet	Non programmée en urgence	Simple	MCO
4	femme enceinte	Gynéco-Obstétrique	césarienne	Non programmée en urgence	Simple	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
5	Adulte	SSR	fracture col du fémur engrênée	Programmée	Complexe	SSR
6	Sujet âgé	SLD	Insuffisance rénale, hypertension artérielle	Programmée	Complexe	SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

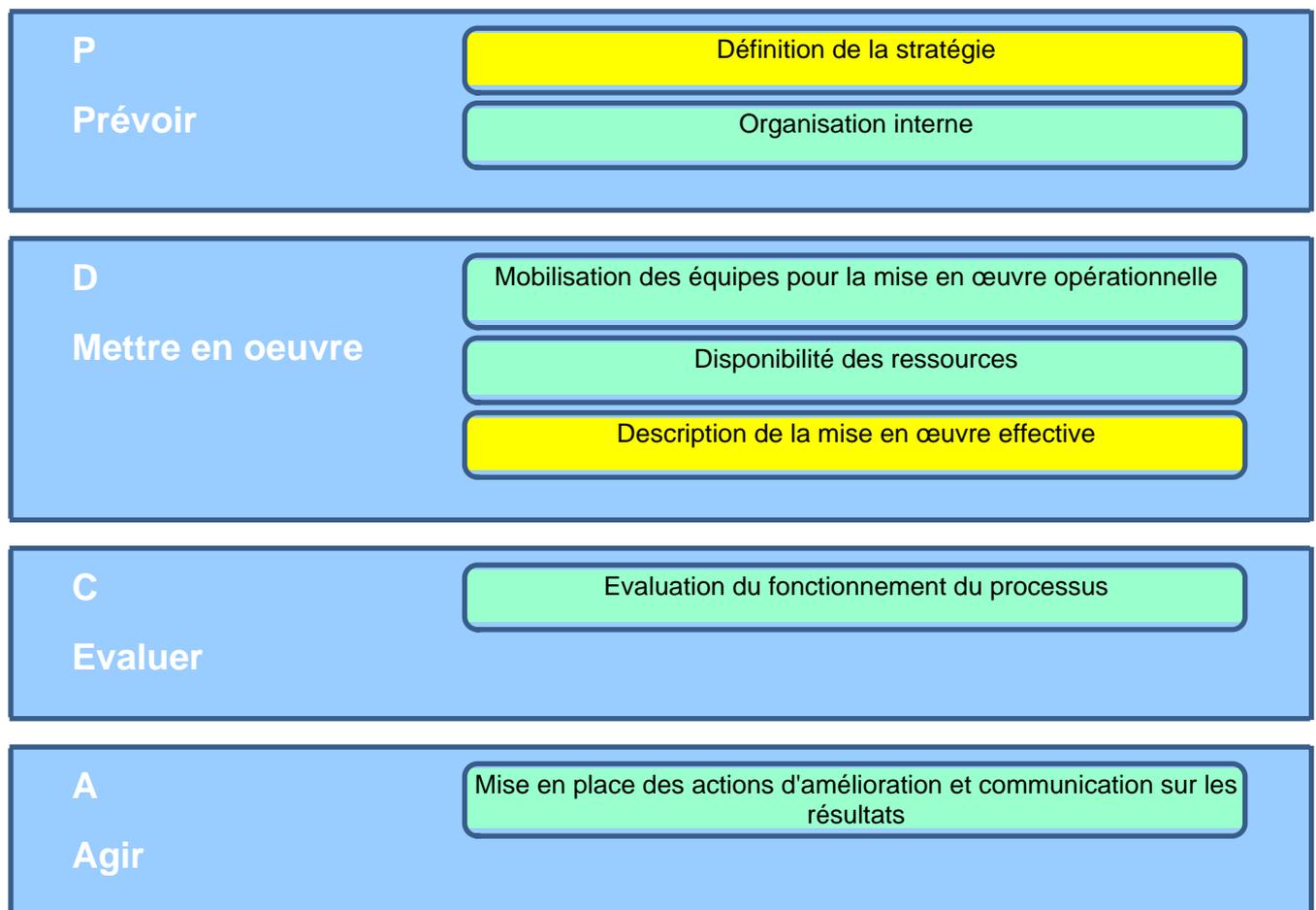
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La démarche de certification V2014 du centre hospitalier de L'Aigle concerne un établissement de type pavillonnaire de 160 lits (MCO, SSR et SLD) et 5 places de médecine de jour, sur un même site.

Le projet d'établissement 2017-2021 validé en avril 2017, est structuré selon 4 axes stratégiques majeurs : une offre de soins de qualité et sécurisée, un management et un fonctionnement rénové, une ouverture sur la médecine de ville et enfin une coopération dans le cadre du GHT Eure-Seine-Pays d'Ouche. Il intègre notamment le projet qualité centré sur la prise en charge optimale des usagers, la réponse aux exigences en matière de certification ou autres évaluations externes réglementaires, la prévention des événements indésirables liés aux soins, le développement de la culture de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité dans tous les secteurs.

La « Politique Qualité et Sécurité des Soins » est le document de référence du Centre Hospitalier de L'Aigle, approuvé par le Président de CME en juin 2017 et validé par le Directeur en août dernier. Ce document a été élaboré en cohérence avec les orientations stratégiques et le Projet d'Etablissement 2017-2021, en s'appuyant sur les directives de l'ARS. L'organisation décrite prend en compte les résultats de la visite de certification précédente et le bilan des contrôles de sécurité sanitaire. Il précise en outre la nécessité d'adaptation régulière en fonction des résultats de recommandations, des évaluations internes et externes, des indicateurs et des recommandations de la Commission des Usagers.

Ces orientations stratégiques sont portées par le management et la CME. Celle-ci est constituée de 2 sous-commissions :

- La sous-commission « qualité et sécurité des soins » notamment en charge des thématiques antérieurement examinées par les comités tels que CLIN, CLAN, CLUD réactivés en 2017
- La sous-commission « conditions d'accueil et de prise en charge des usagers » centrée sur l'organisation des parcours de soins, sur l'évaluation de la prise en charge des patients en particulier aux urgences ainsi que celle de la mise en œuvre de la politique des soins palliatifs.

Le Comité Qualité, Vigilances et Gestion des Risques (COQUAVIRIS) assure la coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques. Il pilote notamment par l'intermédiaire de la gestionnaire des risques, la démarche de gestion des situations de crise (plan blanc, plans d'urgence...).

Il est en charge de l'élaboration du rapport annuel d'activité. Il assure par ailleurs la communication correspondante dans les instances, dans le journal interne et dans les réunions de service.

Les représentantes des usagers sont membres du COQUAVIRIS et ont participé aux groupes de travail concernant les thématiques telles que Droits des patients, Parcours patient et Fin de vie, ce qui a été confirmé lors de la rencontre de l'une d'elles au cours de la visite.

Certains plans d'actions par thématique ont été élaborés à partir de l'identification et de l'analyse de besoins et des risques propres à l'établissement, en s'appuyant sur des cartographies des risques a priori. Ces plans d'actions par thématique ont été repris dans le compte qualité de l'établissement après validation par le COQUAVIRIS et présentation aux instances.

La démarche d'évaluation des risques a priori n'est pas opérationnelle car la criticité des risques identifiés n'a pas été évaluée. La méthode d'évaluation de la criticité des risques est connue de l'établissement mais n'a pas été appliquée.

Le PAQSS ne prend pas en compte l'ensemble des éléments attendus, les actions retenues ne sont pas priorisées et n'intègrent pas les actions issues des résultats péjoratifs aux indicateurs nationaux ou aux évaluations internes. Les actions principales du tableau de bord des EPP ne figurent pas dans le PAQSS. Le programme d'actions issu des processus Gestion du risque infectieux, Droits des patients et Parcours patient n'est pas intégré dans le PAQ institutionnel.

L'intégralité du Compte Qualité constitue le Programme d'actions Qualité Sécurité des Soins (PAQSS) du Centre Hospitalier de L'Aigle.

ORGANISATION INTERNE

Le Centre Hospitalier de L'Aigle a mis en place une organisation pour assurer le déploiement de la démarche qualité et gestion des risques liés aux soins ainsi que de la sûreté, des plans d'urgence et des risques professionnels avec d'une part une structure de pilotage, le COQUAVIRIS (2 réunions par an) et d'autre part une structure opérationnelle de coordination, la Cellule QUALité, VIGilances et gestion des RISques (CEQUAVIRIS) qui se réunit toutes les semaines et assure notamment le suivi des événements indésirables. Celle-ci est composée de la directrice des soins et de la Qualité, du Président de CME, médecin coordinateur qualité, de la gestionnaire des risques, de la responsable Qualité et de son assistante. Leurs rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans la Politique Qualité et sécurité des soins et dans les fiches de poste des professionnels concernés. Le Plan Blanc a été mis à jour en 2017

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'est assuré de l'existence des ressources humaines nécessaires : coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, vigilants, pilotes de processus de la certification....

La production et le circuit des documents sont maîtrisés et décrits dans une procédure de gestion

documentaire.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité notamment à partir des sous commissions de la CME. Le système de gestion des vigilances sanitaires est organisé. La gestion des événements indésirables est opérationnelle. Le plan de formation n'est pas formalisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des pôles médico-chirurgical et gériatrique a organisé la déclinaison de la démarche qualité institutionnelle en cohérence avec le projet médical et le projet de soins.

Les résultats des IQSS sont diffusés et accessibles par tous les professionnels. Les indicateurs de suivi d'activité et de ressources et les indicateurs qualité et gestion des risques sont diffusés aux équipes paramédicales. Les professionnels des différents secteurs sont informés des actions du programme institutionnel à l'occasion du bilan annuel et des réunions de services.

Des actions visant l'implication des professionnels sont mises en œuvre: participation à des groupes de travail et de communication. Des informations sont mises en ligne dans l'intranet telles que les comptes-rendus de réunions des instances et des différents groupes de travail.

Le responsable de pôle s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux procédures, protocoles, consignes, etc. : mise en place d'audits ou suivi d'indicateurs. Des actions correctives, identifiées à cette occasion, sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Les résultats en sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines et les compétences pour la qualité et les risques sont définies, formées, présentes et opérationnelles : formation continue en lien avec les priorités institutionnelles, formations aux outils/méthodes de la qualité et de la gestion des risques par des organismes externes ou par la directrice des soins et de la qualité, la gestionnaire des risques ou la responsable qualité en interne.

La documentation est informatisée, accessible, actualisée et connue par les professionnels rencontrés. Elle est disponible facilement et utilisée par la grande majorité des professionnels des secteurs d'activité.

Le matériel nécessaire aux situations de crise est opérationnel et vérifié. Le plan Blanc a été mis à jour récemment.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents services mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Les projets de service traduisent les objectifs institutionnels en plans d'actions d'amélioration spécifiques à leur secteur. Les interfaces entre le secteur qualité/risque et les services cliniques ou fonctionnels sont opérationnelles. Les acteurs (équipes, instances, patients) sont associés à la mise en place des actions et/ou à l'analyse des événements indésirables.

Le programme d'amélioration de la qualité est constitué d'actions récemment identifiées par thématiques.

Les réponses aux plaintes sont effectuées avec les professionnels concernés. Elles sont présentées à la CDU. L'exploitation et l'analyse des plaintes et réclamations a contribué à mettre en œuvre des actions visant à améliorer la prise en charge aux urgences par exemple.

Il existe un dispositif de gestion des événements indésirables informatisé. Tous les événements indésirables sont analysés une fois par semaine par la CEQUAVIRIS.

Toutefois, les événements indésirables graves ou récurrents ne font pas l'objet d'analyse des causes profondes. De plus, le règlement intérieur de la commission EPP/RMM n'est plus d'actualité. 1 RMM en 2015, 1 RMM en 2016 et pas en 2017.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de la politique qualité et de son programme sont assurés régulièrement par le COQUAVIRIS et la CEQUAVIRIS sur la base d'outils identifiés. Par exemple : indicateurs nationaux, suivi des réponses des questionnaires de satisfaction, actions réalisées, nombre de plaintes, nombre de déclaration d'événements indésirables...

L'évaluation de la satisfaction des usagers est effectuée par le biais des questionnaires de sortie et par les enquêtes ISATIS.

Le bilan complet des actions réalisées, en cours ou non débutées est effectué une fois par an et fait

l'objet d'un compte rendu diffusé et présenté aux différentes instances.
Cependant, le dispositif d'évaluation n'est pas opérationnel. Le nombre de déclarations est suivi à l'échelle de l'établissement par la gestionnaire de risques et il diminue depuis deux ans. Les responsables des secteurs à risque rencontrés n'utilisent pas ces données comme indicateur qualité pour leur service.

A / AGIR

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

Le bilan annuel du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est prévu ainsi que les modalités de diffusion, en interne via les réunions, par intranet et par le journal interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers (semaine de la sécurité des patients).
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins n'a pas encore été évaluée par le COQUAVIRIS afin de compléter, de synthétiser et de prioriser ses plans d'actions. La démarche Qualité et Sécurité des Soins a été relancée en janvier 2017, suite à l'arrivée du nouveau directeur ce qui a permis la réactivation des Comités et des groupes de travail ainsi que la validation de la politique qualité et sécurité en mars 2017 mais pas l'évaluation de cette nouvelle organisation.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	NC	Le PAQSS ne prend pas en compte l'ensemble des éléments attendus, les actions retenues ne sont pas priorisées et n'intègrent pas les actions issues des résultats péjoratifs aux indicateurs nationaux ou aux évaluations internes. Les actions principales du tableau de bord des EPP ne figurent pas dans le PAQSS. Le programme d'actions issu des processus Gestion du risque infectieux, Droits des patients et Parcours patient n'est pas intégré dans le PAQ institutionnel.	8a
	PS	La démarche d'évaluation des risques a priori n'est pas opérationnelle car la criticité des risques identifiés n'a pas été évaluée. La méthode d'évaluation de la criticité des risques est connue de l'établissement mais n'a pas été appliquée.	8d
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les événements indésirables graves ou récurrents ne font pas l'objet d'analyse des causes profondes. De plus, le règlement intérieur de la commission EPP/RMM n'est plus d'actualité. 1 RMM en 2015, 1 RMM en 2016 et pas en 2017.	8f
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Le dispositif d'évaluation n'est pas opérationnel. Le nombre de déclarations est suivi à l'échelle de l'établissement par la gestionnaire de risques et il diminue depuis deux ans. Les responsables des secteurs à risque rencontrés n'utilisent pas ces données comme indicateur qualité pour leur service.	8f
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins n'a pas encore été évaluée par le COQUAVIRIS afin de compléter, de synthétiser et de prioriser ses plans d'actions. La démarche Qualité et Sécurité des Soins a été relancée en janvier 2017, suite à l'arrivée du nouveau directeur ce qui a permis la réactivation des Comités et des groupes de travail ainsi que la validation de la politique qualité et sécurité en mars 2017 mais pas l'évaluation de cette nouvelle organisation.	8a

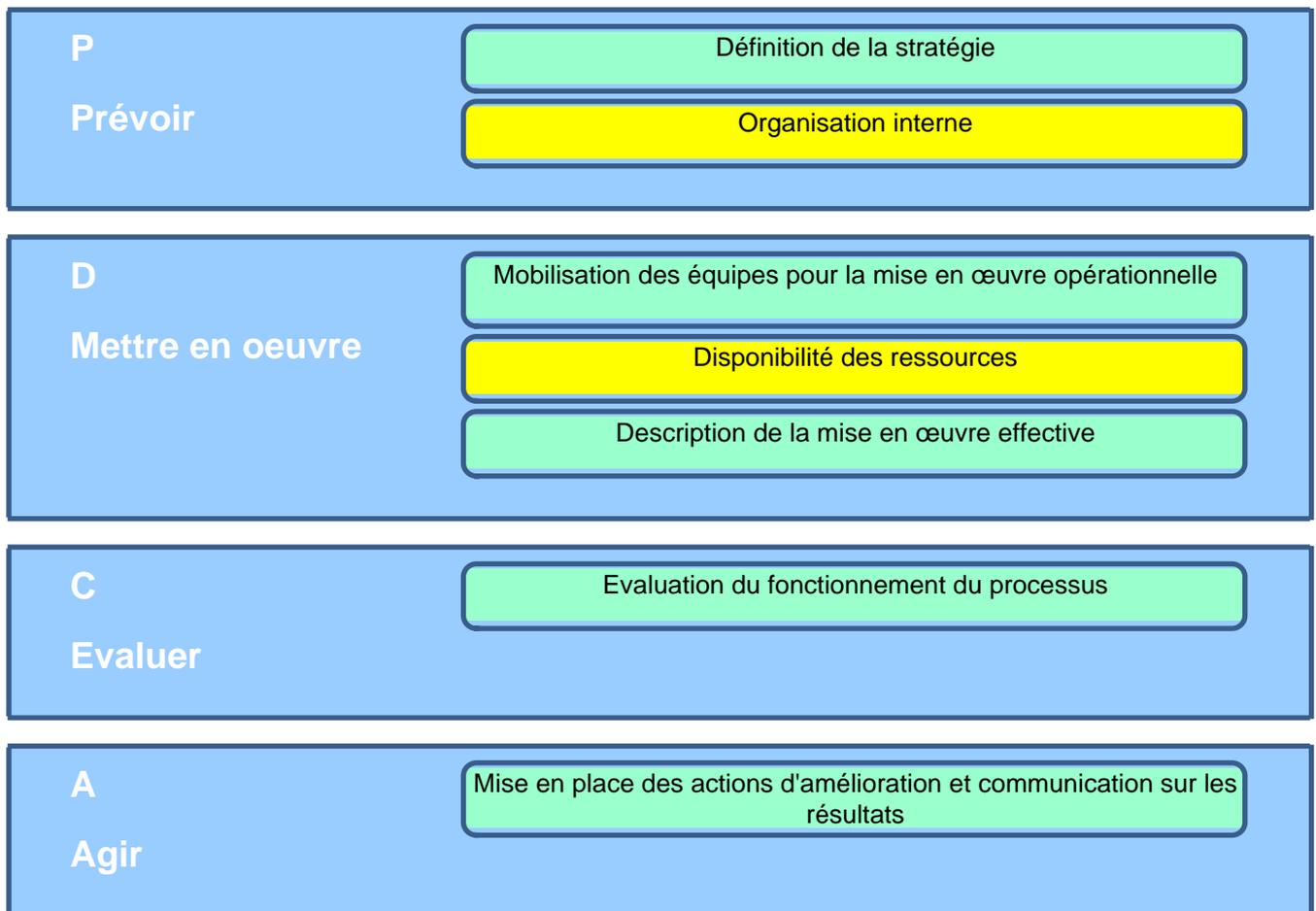
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La lutte contre les infections associées aux soins s'inscrit parmi les priorités du Centre Hospitalier de l'Aigle. La politique de lutte contre les infections associées aux soins du Centre Hospitalier s'articule autour de 3 axes prioritaires : développer la prévention des infections associées aux soins chez les usagers et le personnel, renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance et réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé. Elle a été validée en juillet 2017 et est intégrée dans le projet d'établissement. Cette politique prend en compte les objectifs fixés dans le Plan Stratégique National de Prévention des Infections Associées aux Soins et s'appuie sur l'analyse des résultats des indicateurs nationaux, des données de surveillance épidémiologique et des évaluations de pratiques professionnelles réalisées dans l'établissement. Cette politique, validée par les différentes instances de l'établissement, est déclinée dans un programme d'action dont les modalités de mise en œuvre ne sont pas systématiquement définies. Par ailleurs, toutes les actions du programme d'action 2017 pour la prévention des infections associées aux soins ne sont pas intégrées dans le programme d'amélioration de la qualité institutionnel qui ne prend en compte que les actions principales dans le cadre du compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes du processus sont un pharmacien, la gestionnaire des risques et l'infirmière hygiéniste. Leur fiche de mission de pilote de processus sont formalisées. L'établissement dispose d'un CLIN pluridisciplinaire, sous-commission de la CME, auquel participe les représentants des usagers et d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH) composée du pharmacien, de la gestionnaire des risques et de l'infirmière hygiéniste. Il existe un règlement intérieur du CLIN mais, suite à la réorganisation de l'hôpital, l'organisation pour la lutte contre les infections associées aux soins n'est pas complètement formalisée. En effet, le règlement intérieur ne définit pas les missions et les modalités de fonctionnement de l'EOH, la liste des correspondants en hygiène n'est pas actualisée et il n'y a pas de fiche de mission du référent antibiotiques du Centre Hospitalier. Le programme annuel du CLIN comporte des actions de formation à la prévention du risque infectieux et au bon usage des antibiotiques. Cependant, la formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux arrivants n'a pas été réalisée depuis 2015. Une session de formation est programmée au mois d'octobre 2017. Les procédures et protocoles de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques sont intégrés au système de gestion documentaire et accessible sur l'intranet de l'établissement à l'ensemble des professionnels. Un programme de surveillance de l'environnement est défini (prélèvement de surface au bloc opératoire, prélèvement des endoscopes, prélèvement d'eau, qualification des salles d'opération...). L'EOH est partie prenante dans le programme d'achat ou de maintenance des équipements, notamment dans les secteurs protégés comme le bloc opératoire et dans la définition des différents circuits notamment celui du linge, des déchets, de l'eau et de l'air (secteurs protégés). L'EOH est sollicitée en cas de travaux et des prélèvements supplémentaires sont réalisés en tant que de besoin. Le bio-nettoyage des locaux est réalisé en interne. Les protocoles et procédures de bio-nettoyage sont validés par le CLIN de l'établissement. Le laboratoire de biologie médicale externe collabore avec l'EOH pour la prévention et la surveillance des infections associées aux soins.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels sont informés des objectifs de prévention du risque infectieux de leur secteur. L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène, notamment la gestionnaire des risques et l'infirmière hygiéniste assurent un accompagnement des professionnels dans chaque service avec le relais de l'encadrement. L'EOH évalue les pratiques des professionnels au regard des procédures établies. Les résultats sont présentés aux professionnels paramédicaux par le cadre de chaque service et sont disponibles sur le logiciel de gestion documentaire. Les actions correctives sont discutées avec les professionnels au regard des résultats des évaluations et mises en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les membres de l'EOH disposent d'un temps dédié formalisé dans leur fiche de poste pour assurer leurs missions et des compétences nécessaires : ils sont tous les trois titulaires d'un DU en hygiène hospitalière. L'EOH répond aux demandes des professionnels pour les bonnes pratiques d'hygiène. Le pharmacien et le référent antibiotiques, récemment nommé, répondent aux sollicitations des médecins

en matière de conseil sur le bon usage des antibiotiques. Par ailleurs, les médecins de l'établissement peuvent solliciter l'avis d'infectiologues du CHU de Caen tous les jours de la semaine.

Des formations en hygiène hospitalière sont réalisées tous les ans (DU hygiène hospitalière et infections liées aux soins, soins sur cathéter et traitement des endoscopes en 2017 par exemple). Des ateliers d'hygiène des mains sont organisés chaque année dans le cadre de la journée d'hygiène des mains et de la semaine sécurité du patient pour promouvoir le lavage et l'utilisation des solutions hydro-alcooliques. Un rappel des bonnes pratiques concernant l'utilisation des antibiotiques a été réalisé par le pharmacien avec la diffusion d'un « plan pour la préservation de l'efficacité des antibiotiques ». Une formation en hygiène pour les nouveaux arrivants est prévue pour le mois d'octobre 2017.

Les procédures pour la prévention et la surveillance du risque infectieux et sur le bon usage des antibiotiques sont mises à disposition des professionnels sur le logiciel de gestion documentaire ou dans des classeurs dédiés pour les professionnels en charge du bio-nettoyage par exemple. Les professionnels disposent du matériel nécessaire pour mettre en œuvre les mesures de prévention, tant pour l'isolement des patients que pour les gestes au quotidien de maîtrise du risque infectieux.

Toutefois, les locaux du bloc opératoire ne permettent un bio-nettoyage et un entretien adaptés que pour une partie d'entre eux. En effet, la dégradation du sol de la salle d'intervention réservée aux césariennes ne permet pas d'assurer un bio-nettoyage adapté et un contrôle optimal du risque infectieux. La visite sur le terrain a montré de très nombreuses dégradations du revêtement du sol à type de poinçonnement entraînant la disparition du caractère lisse et l'apparition de nombreuses aspérités facilitant l'accumulation de particules.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs d'activité cliniques mettent en œuvre les recommandations pour la prévention du risque infectieux. Les précautions standards et complémentaires ainsi que les procédures d'isolement sont connues et appliquées aux niveaux des services de soins. La prévention de l'infection est prise en compte dans la prise en charge de l'opéré (préparation cutanée, antibioprophylaxie etc.) dans le respect des procédures établies, ce que confirme l'investigation des patients traceurs et les investigations sur le terrain au bloc opératoire notamment. Les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles, notamment avec le laboratoire de biologie médicale externe en particulier dans la surveillance des bactéries multi résistantes (BMR), des SARM et des BHRE. Des ordonnances pour les antibiotiques à dispensation contrôlée sont utilisées en format papier et en cours de déploiement dans le Dossier Patient Informatisé. Les membres de l'EOH accompagnent les professionnels sur le terrain pour la mise en œuvre des mesures d'isolement par exemple. Le bio nettoyage des locaux est réalisé en interne, dans le respect des procédures. Les locaux sont propres, que ce soit dans les secteurs protégés (bloc, endoscopie), dans les locaux professionnels (salles de soins, offices, etc.) ou dans les chambres des patients.

La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie est réalisée dans le dossier patient. Suite à une EPP réalisée en 2016 montrant un taux de traçabilité d'environ 60%, un rappel des bonnes pratiques a été réalisé par le pharmacien.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le rapport d'activité du CLIN et la rédaction du bilan standardisé contribuent à l'évaluation périodique de la maîtrise du risque infectieux. Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales sont suivis et des actions d'améliorations sont menées pour atteindre les résultats attendus. Le Centre Hospitalier réalise par ailleurs différentes démarches d'évaluations (hygiène des mains, préparation cutanée de l'opéré, réévaluation et pertinence de de l'antibiothérapie, prévalence des escarres...) et participe aux différentes évaluations proposées par le CCLIN ou d'autres structures extérieures comme le GREPHH avec la participation à l'audit sur les bonnes pratiques de désinfection des endoscopes. La surveillance épidémiologique est organisée en lien avec le laboratoire de biologie médicale. La surveillance environnementale avec un laboratoire externe accrédité COFRAC.

Par contre, l'évaluation de l'hygiène des locaux n'a pas encore été réalisée suite à la diffusion des nouveaux classeurs de protocoles d'hygiène des locaux et des nouvelles feuilles de traçabilité.

Les résultats des différentes évaluations sont communiqués aux professionnels de l'établissement via leur mise en ligne sur le logiciel de gestion documentaire ainsi que par la diffusion d'une lettre d'information "La newsletter de l'hygiène". Les cadres des services assurent également le relais d'information auprès de leurs équipes. Les résultats des évaluations sont également présentés en CME. Un bilan annuel d'activité est élaboré intégrant les différents éléments constitutifs du bilan standardisé de la lutte contre l'infection nosocomiale permettant l'élaboration des scores des différents indicateurs du tableau de bord.

A / AGIR

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

Le programme annuel 2017 du CLIN est défini en fonction du bilan réalisé en 2016. Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales sont affichés dans chaque service à destination du public et communiqués sur le site internet du centre hospitalier. Les actions d'amélioration sont portées à la connaissance des professionnels via l'encadrement et la newsletter de l'hygiène. Les actions d'amélioration sont intégrées, pour celles qui sont inscrites dans le compte qualité, au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	Le programme d'action 2017 pour la prévention des infections nosocomiales n'est pas intégré dans le PAQ institutionnel. Les actions du programme pour la prévention des infections nosocomiales qui n'ont pas été priorisées dans le cadre du Compte Qualité ne sont pas intégrées dans le PAQ institutionnel.	8a
	PS	Les modalités de mise en œuvre du programme d'action 2017 pour la prévention des infections nosocomiales ne sont pas systématiquement définies. Le programme 2017 de prévention des infections nosocomiales ne mentionne pas pour chaque action le nom du responsable, l'échéance, ni les modalités de suivi.	8g
P / Organisation interne	PS	La formation en hygiène pour les nouveaux arrivants n'est pas effective depuis 2015. Il n'y a eu aucune formation à l'hygiène pour les nouveaux arrivants depuis 2015. Une formation est planifiée pour le mois d'octobre 2017.	8g
	PS	L'organisation de l'établissement pour la lutte contre les infections nosocomiales n'est pas formalisée. Suite à la réorganisation de l'hôpital, le règlement intérieur définissant les missions et les modalités de fonctionnement de l'EOH n'est pas formalisé la liste des correspondants en hygiène n'est pas actualisée et il n'y a eu aucune réunions des correspondants en hygiène depuis 2 ans La fiche de mission du référent antibiotiques n'est pas formalisée	8g
D / Disponibilité des ressources	NC	La dégradation du sol de la salle d'intervention réservée aux césariennes ne permet pas d'assurer un bio-nettoyage adapté et un contrôle optimal du risque infectieux. La visite sur le terrain a montré de très nombreuses dégradations du revêtement du sol à type de poinçonnement entraînant la disparition du caractère lisse et l'apparition de nombreuses aspérités facilitant l'accumulation de particules.	7d
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'évaluation de l'hygiène des locaux n'est pas réalisée. Suite à la diffusion des nouveaux classeurs de protocoles d'hygiène des locaux et des nouvelles feuilles de traçabilité, l'établissement n'a pas encore réalisé d'évaluation.	7d

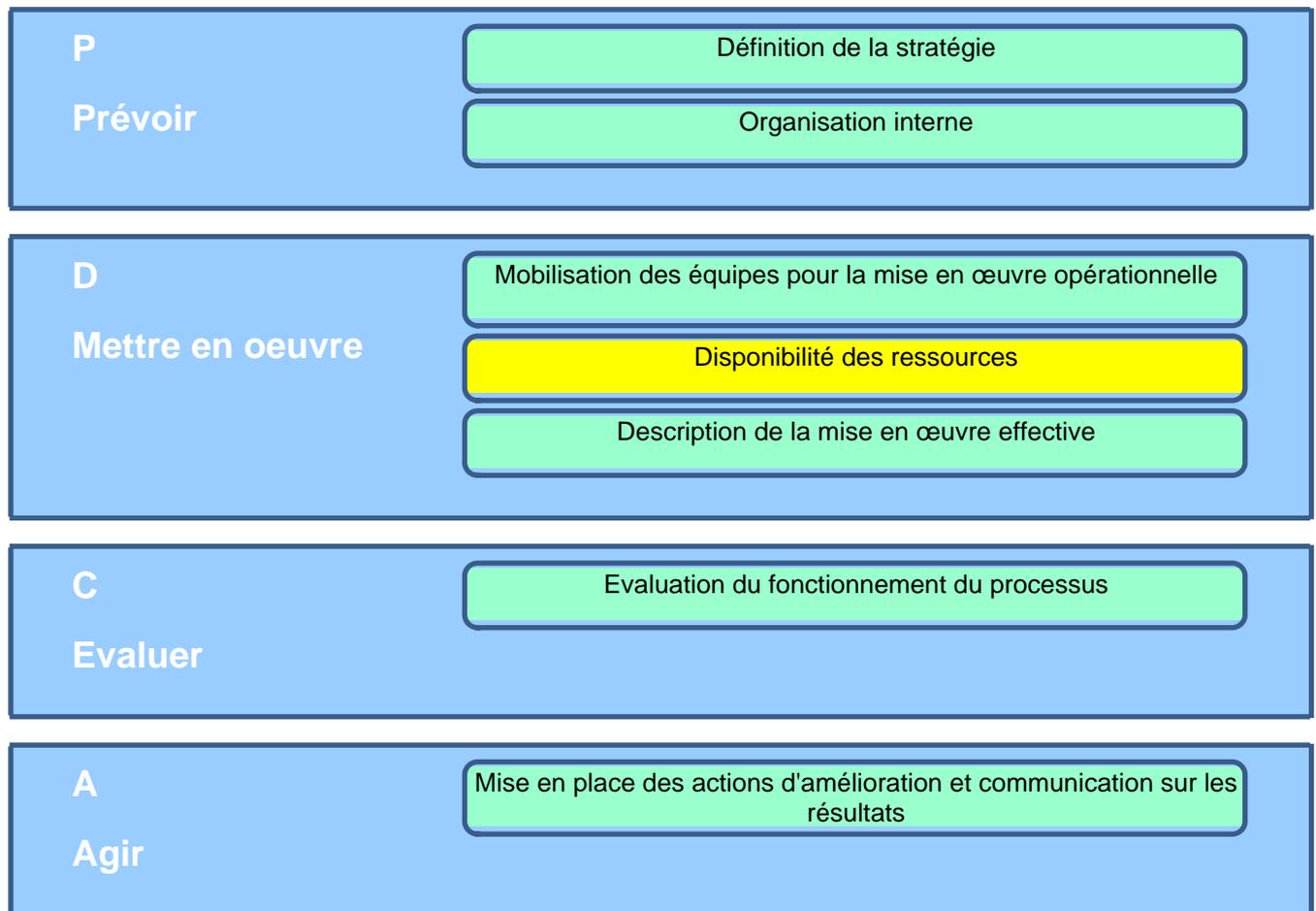
DROITS DES PATIENTS

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

La stratégie du centre hospitalier de L'Aigle en matière de respect des droits des patients et de promotion de la bientraitance est inscrite dans son projet d'établissement 2017-2021. Cette stratégie est déclinée dans une politique "Droits des patients", validée en CME, en COQUAVIRIS et présentée en Commission des Usagers. Les objectifs et actions d'amélioration définis dans la politique "Droits des patients" sont regroupés dans un programme d'actions formalisé (feuille de route du processus).

Toutefois, ces actions, responsables, échéances ne sont pas intégrés dans le programme institutionnel (PAQSS). De ce fait, les actions d'amélioration mises en œuvre ne peuvent pas être intégrées et articulées au PAQSS.

L'établissement a identifié des situations à risque de non-respect des droits des patients dans son compte qualité : il a notamment pris en compte ses résultats IQSS en matière de tenue du dossier patient, de traçabilité des informations délivrées au patient (bénéfices/risques) ainsi que des résultats d'un diagnostic Bientraitance réalisé en 2015.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les 3 personnes chargées du pilotage de ce processus ont signé une fiche de mission précisant leur rôle et leurs missions. Le groupe de travail "Droits des patients", relancé en 2017, assure le suivi des actions en lien avec la Commission des usagers. La CME est informée de l'état d'avancement du plan d'actions. L'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires en termes d'effectif et de plan de formation sur la thématique des droits des patients et de la bientraitance. Des procédures sont formalisées notamment concernant l'accueil du patient, le signalement d'un cas de maltraitance, la désignation de la personne de confiance ou le recueil des directives anticipées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables des secteurs d'activités s'assurent du respect des droits des patients au sein de leur service. Ils sensibilisent les professionnels sur les objectifs de leurs secteurs. En USLD, il a été défini un objectif "zéro barrières de lit" pour limiter l'utilisation de la contention ou encore un travail sur la pertinence des prescriptions de perfusion d'hydratation. Les autres exemples cités sont autant d'actions correctives identifiées par les professionnels suite au diagnostic bientraitance d'une part (améliorer l'information du patient sur les conditions de son séjour par la création d'un "passeport d'hospitalisation" ; diminuer le jeûne nocturne des résidents), et d'autre part, les résultats des audits IPAQSS (améliorer la traçabilité de l'information du patient dans le dossier médical et le recueil de son consentement éclairé).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels bénéficient régulièrement de formation sur les droits des patients et la promotion de la Bientraitance, la contention ou bien encore la gestion aux urgences des situations de violence. Les procédures et protocoles nécessaires à la bonne réalisation des soins et information du patient sont disponibles en temps utile pour les professionnels sur l'intranet de l'Hôpital et régulièrement actualisés.

Toutefois, l'architecture des locaux ne permet pas le respect de la dignité et de l'intimité des patients. dans tous les services : les locaux de l'hôpital sont anciens ; de nombreuses chambres ne sont pas équipées de douche ; la très grande majorité des toilettes sont réalisées au lit ; les chambres doubles ne sont pas équipées de rideaux de séparation ; les services ne disposent pas de paravents en nombre suffisant pour garantir le respect de l'intimité des patients lors des soins d'hygiène notamment.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'information du patient sur ses droits ainsi que sur les missions de la Commission des usagers est effective par affichage dans les services et sur le site internet de l'hôpital. Lors de son admission, un accueil personnalisé du patient est assuré par les professionnels. Des réunions pluridisciplinaires (staff) permettent d'élaborer et suivre le projet personnalisé du patient. Le patient est informé sur son état de santé et les soins proposés. Il est partie prenante dans l'élaboration de son projet de soins personnalisé. Le consentement éclairé du patient est recueilli, le cas échéant, le refus de soins est tracé. Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre le respect des libertés individuelles. L'accueil des accompagnants est organisé, y compris dans les situations qui le nécessitent. En cas de dommage lié aux soins, l'information du patient est assurée suivant une procédure formalisée et diffusée. La confidentialité des informations relatives au patient est garantie, notamment au niveau du dossier patient informatisé (connexion nominative, système de "bris de glace").

La vétusté des locaux sur l'ensemble de l'établissement est connu des professionnels, de l'ARS et du Département. Des projets de reconstruction de l'Hôpital ont été menés par les directions successives de l'établissement mais n'ont pas encore abouti. Du fait du manque de douche dans les chambres et de paravents dans les chambres doubles, les toilettes des patients sont réalisées en très grande majorité au lit. Les soignants utilisent alors une serviette pour éviter la vue du voisin.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue régulièrement le respect des droits des patients et de sa satisfaction selon plusieurs modalités : enquête ponctuelle sur la bienveillance, analyse régulière des questionnaires de sorties, analyse des plaintes et réclamations, analyse et suivi des indicateurs IQSS en matière de tenue du dossier patient, EPP sur la traçabilité de l'information bénéfiques/risques en service de chirurgie viscérale. La Commission des usagers établit annuellement son rapport.

A / AGIR

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

Les pilotes de cette thématique disposent d'un programme d'actions formalisé nommé "feuille de route du processus" (actions, responsables, échéances) non intégrées au PAQSS. Des actions d'amélioration comme la création des passeports d'hospitalisation ou le projet de diminution du jeune nocturne ont été mises en oeuvre suite au diagnostic Bienveillance. De même, pour l'amélioration du recueil de la personne de confiance suite au dernier recueil IQSS sur la tenue du dossier patient en 2016. La communication des résultats est réalisée notamment auprès de la CME, de la Commission des usagers et en COQUAVIRIS, et pour les professionnels, par l'intranet et la lettre d'information.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	<p>Le programme d'actions issu de la politique "Droits des patients" (feuille de route) n'est pas intégré dans le programme institutionnel (PAQSS).</p> <p>La politique "Droits des patients" est déclinée en objectifs, regroupés et suivis dans la feuille de route du processus Droits des patients. Ces actions, responsables, échéances ne sont pas intégrées dans le PAQSS de l'établissement. De ce fait, les actions d'amélioration mises en œuvre ne peuvent pas être intégrées et articulées au PAQSS.</p>	8a
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>L'architecture des locaux ne permet pas le respect de la dignité et de l'intimité des patients dans tous les services.</p> <p>Les locaux de l'hôpital sont anciens. Les services sont constitués de chambres simples et de chambres doubles ,et dans un service, d'une chambre quadruple. En SSR : 10 chambres simples, 10 chambres doubles, 1 chambre quadruple ; aucune chambre équipée de douche. En Médecine A : 14 chambres simples, 7 chambres doubles ; 3 chambres équipées de douche, 1 douche commune sur l'étage non dédiée (stockage de matériels divers : pieds à sérum, chaise de pesée, chaise pot, chariots). En chirurgie : 13 chambres simples, 14 chambres doubles ; aucune chambre équipée de douche. La très grande majorité des toilettes sont réalisées au lit. Les chambres doubles ne sont pas équipées de rideaux de séparation. Les services ne disposent pas de paravents en nombre suffisant pour garantir le respect de l'intimité des patients lors des soins d'hygiène notamment.</p>	10b

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

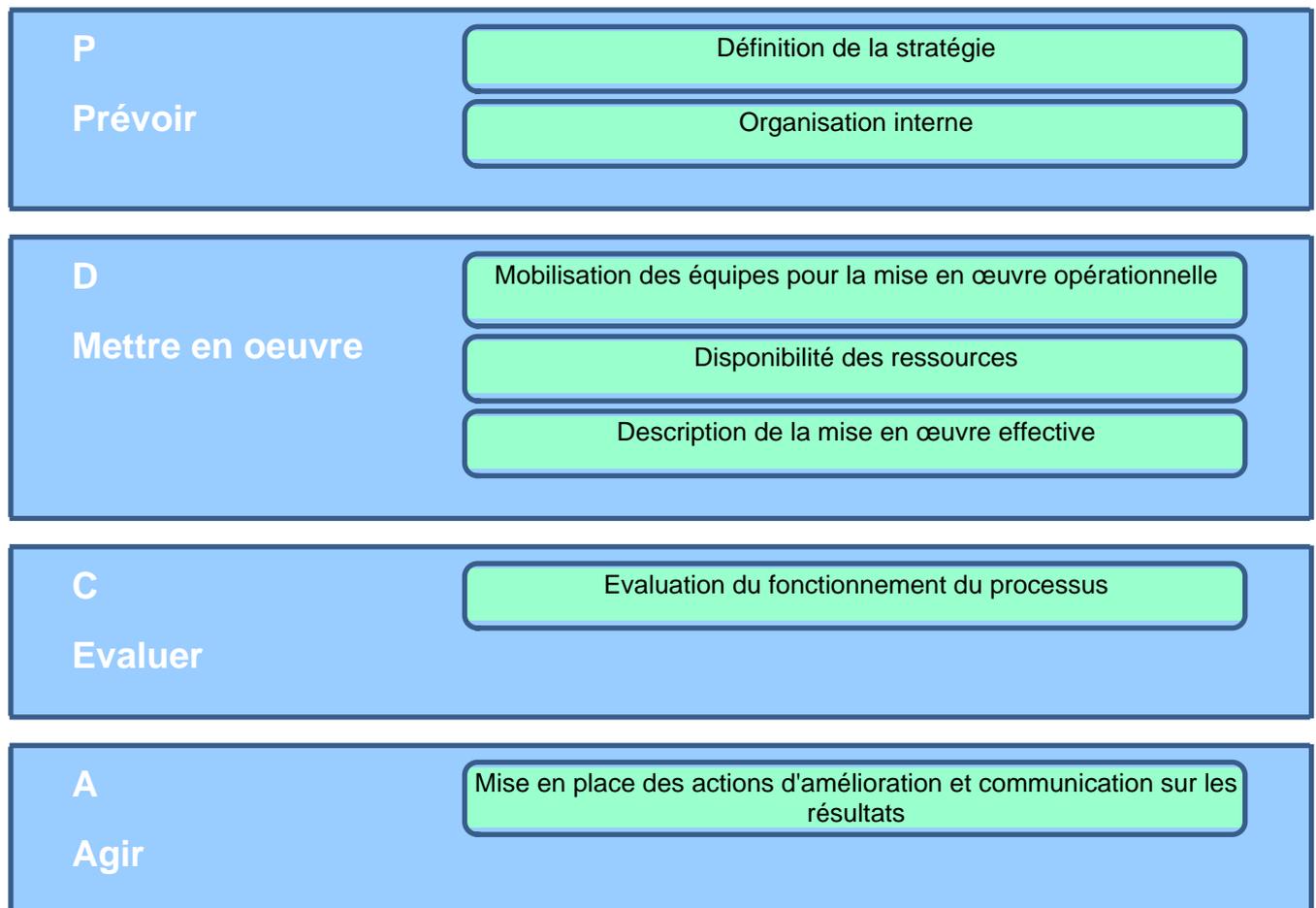
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Le Centre Hospitalier de L'Aigle est un hôpital général de recours et de proximité, dont la mission est d'offrir à la population de son territoire une prise en charge de qualité, adaptée à ses besoins et accessible à tous.

Le Centre Hospitalier de L'Aigle a connu depuis plusieurs années une instabilité en matière de gestion, de management et de définition des orientations stratégiques. L'établissement n'a pas disposé de projet d'établissement depuis une dizaine d'année. En 2017, un projet d'établissement 2017-2021 a été élaboré et approuvé le 31 mars en conseil de surveillance. Ce projet d'établissement s'appuie sur le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et le projet Régional de Santé 2012-2017 en lien avec les orientations du projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Eure-Seine-Pays d'Ouche. Il se décline en 4 axes stratégiques majeurs :

- Proposer une offre de soins de qualité et sécurisée,
- Un management et un fonctionnement rénovés,
- Une plus grande ouverture sur la Médecine de ville,
- Et enfin, une volonté de coopération dans le cadre du GHT

Dans ce but, il s'attache à mettre en œuvre et concilier les principes suivants : l'adaptation aux besoins de la population et aux évolutions de la médecine, le développement de l'attractivité pour les professionnels, l'ouverture sur l'environnement extérieur et les partenariats et le retour à un fonctionnement viable et pérenne s'appuyant sur une nouvelle image.

La politique « parcours patient » a été élaborée en fonction des différents modes d'entrée (non programmée, programmée, du domicile, mutation ou transfert) et des différents modes de sortie (retour à domicile, mutation intra-hospitalière, transferts vers des structures d'aval et décès).

L'analyse des risques a été réalisée par un groupe de travail dédié pluridisciplinaire pour toutes les prises en charge : MCO, SSR, SLD. Ce groupe de travail a associé dans sa réflexion les travaux menés par la cellule gestion des lits ainsi que ceux réalisés par le groupe accueil. Les risques ont été hiérarchisés par les professionnels et les risques prioritaires retenus ont été intégrés dans le compte qualité.

Cependant, toutes les actions d'amélioration du processus Parcours patient formalisées dans la « feuille de route du processus » ne sont pas intégrées dans le PAQSS institutionnel. De ce fait, les actions d'amélioration mises en œuvre ne peuvent pas être intégrées et articulées au PAQSS. La communication aux professionnels est réalisée en CME, en CSIRMT, en COQUAVIRIS, en réunion de cadres ainsi que via des articles dans les journaux internes « Flash Info » ou « Echopital ».

ORGANISATION INTERNE

L'organisation interne du parcours patients repose sur 3 pôles : Le pôle médico-chirurgical, le pôle gériatrique et le pôle administratif. Le pilotage du parcours patient est assuré par le chef du pôle médico-chirurgical, la directrice des soins et de la qualité et un cadre supérieur de santé. Leurs missions sont formalisées dans une fiche de mission "pilote de processus".

L'organisation interne permet l'adéquation des ressources aux besoins des différentes prises en charge. Un plan de formation annuel est établi, ainsi qu'un suivi des formations réalisées. La permanence des soins 24h/24h est organisée. Un tableau mensuel des gardes et astreintes est disponible dans tous les services de l'établissement. Les ressources documentaires sont centralisées via une gestion électronique des documents mise à disposition des professionnels sur l'Intranet. Les circuits et les interfaces sont définis entre les secteurs cliniques, médico-techniques, logistiques, techniques, administratifs pour faciliter la coordination entre les équipes.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle du parcours patient s'appuie sur la « feuille de route du processus » suivie par les pilotes du processus parcours patient en lien avec les cadres de chaque service qui assurent le relais auprès de leurs équipes. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés sur les objectifs prioritaires d'amélioration via les réunions des instances, de cadres et d'équipe. Les résultats des audits et des évaluations de pratiques professionnelles sont partagés pour identifier et mettre en œuvre les actions d'amélioration nécessaires.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La formation annuelle des professionnels repose sur la mise en œuvre du plan de formation. Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est en place avec une formation des professionnels et des chariots d'urgence scellés et vérifiés avec traçabilité. Les documents nécessaires pour la prise en charge

des patients sont actualisés et mis à disposition des professionnels sur un intranet accessible dans tous les services. Les locaux et équipements sont adaptés aux activités de l'établissement et font l'objet d'un plan de maintenance.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le parcours du patient au Centre Hospitalier de l'Aigle repose sur un accueil organisé et structuré que ce soit en médecine, chirurgie, obstétrique, SSR ou SLD. L'établissement dispose d'un service d'urgences assurant la prise en charge de personnes se présentant pour une urgence. Comme l'ont montré les patients traceurs, l'évaluation initiale de l'état de santé du patient et de l'ensemble de ses besoins est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge. Un projet de soins personnalisé est défini en concertation avec le patient et/ou son entourage, intégrant la réflexion bénéfice-risque. L'évolution de l'état de santé et des constantes tracées dans le dossier permet la réévaluation de ce projet de soins. Les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) sont articulées dans le projet de prise en charge chaque fois que nécessaire et font alors l'objet d'un programme individuel. Les règles de présence sont définies et un système de garde et astreinte pour assurer la permanence des soins 24h/24 est opérationnel et adapté aux activités de l'établissement. Des réunions pluriprofessionnelles et/ou pluridisciplinaires sont organisées dans les différents secteurs de manière régulière en médecine, SSR et SLD ou en fonction des besoins en chirurgie.

La prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est assurée. Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont réalisés avec la présence de deux diététiciennes très impliquées dans la prise en charge et le suivi régulier des patients du centre hospitalier. Le risque suicidaire est pris en compte avec la possibilité de solliciter l'avis d'un psychiatre chaque fois que nécessaire. L'éducation thérapeutique est déployée au sein de l'établissement en partenariat avec L'Espace Régional d'Education Thérapeutique (ERET) d'Argentan avec 3 programmes autorisés : diabète, Obésité et insuffisance cardiaque. La coordination de ces programmes est assurée par la stomathérapeute de l'établissement. La sortie est organisée dans les meilleurs délais grâce à la présence d'une assistante sociale. Les documents nécessaires à la continuité des soins sont remis au patient (check liste des documents de sortie).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du parcours du patient sont assurés. Les résultats sont communiqués aux professionnels pour identifier les actions correctives. Le parcours patient fait l'objet d'évaluations sous différentes formes telles que des évaluations de pratiques professionnelles (escarres, douleur...), les audits (chariot d'urgence, CRH...) et le suivi d'indicateurs internes (transfert, réhospitalisations dans les 48h après la sortie...) et les indicateurs nationaux Qualité et Sécurité des Soins (IQSS).

A / AGIR

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

Le résultat des évaluations permet d'identifier et de mettre en œuvre les actions d'amélioration qui sont intégrées dans la "feuille de route du processus". La communication est organisée via les instances, les réunions de cadres et les réunions d'équipes. Les professionnels sont ainsi impliqués dans les plans d'actions définis. A titre d'exemples, on peut citer la création d'un « passeport pour votre hospitalisation » décliné en fonction de différents modes d'entrée, la réactualisation de procédures telles que la procédure d'hospitalisation des patients du service des urgences vers le service de médecine ou de chirurgie ou la procédure d'accueil du patient dans les unités de soins ou encore la création d'outil spécifique tel que la check liste de sortie. L'efficacité des actions est évaluée et conduit à des réajustements si besoin ou à la définition de nouveaux objectifs d'amélioration.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	Toutes les actions d'amélioration du processus Parcours patient formalisées dans La « feuille de route du processus » ne sont pas intégrées dans le PAQSS institutionnel Les actions d'amélioration du processus Parcours patient qui n'ont pas été priorisées dans le cadre du CQ ne sont pas intégrées dans le PAQ institutionnel	8a

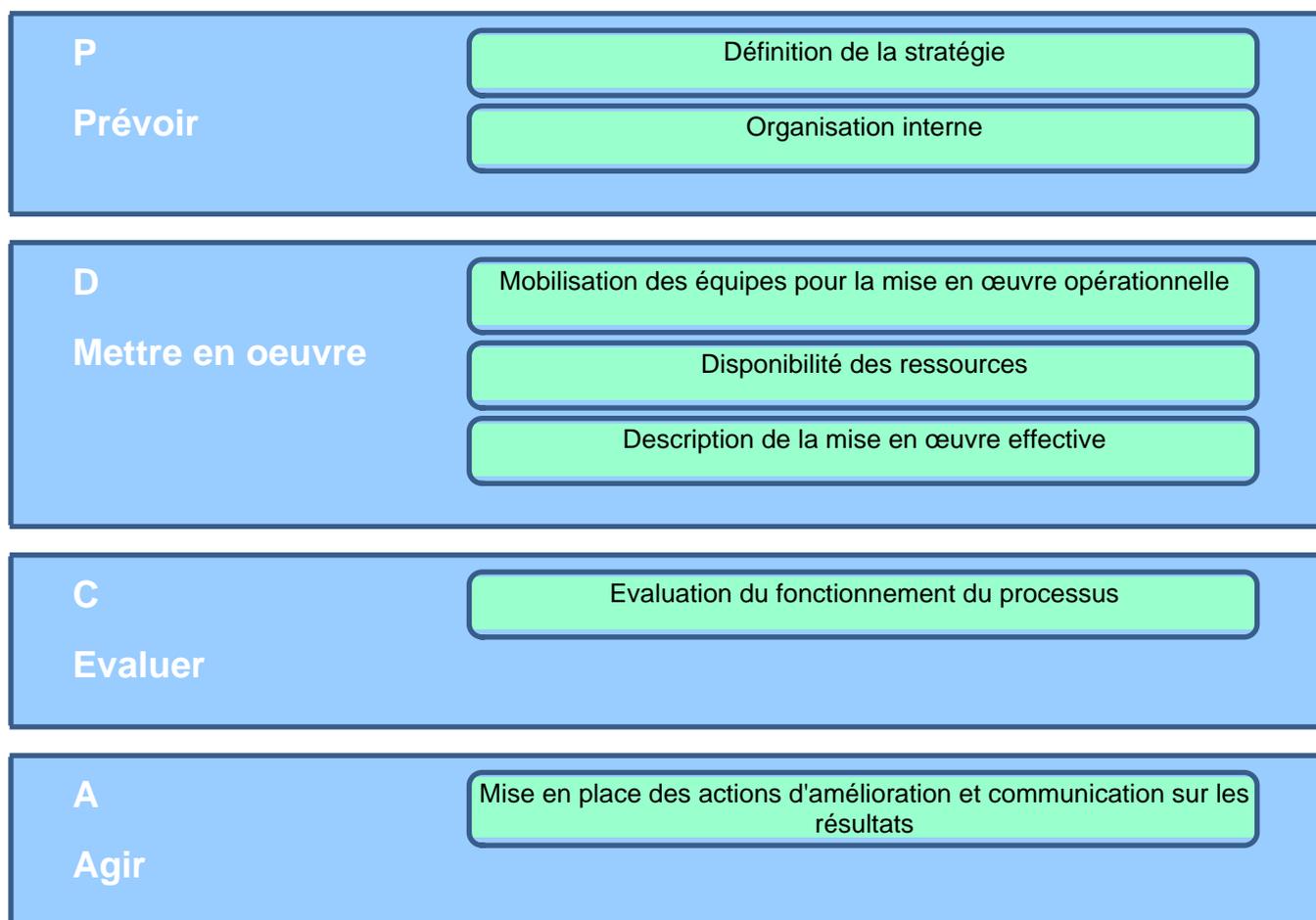
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'Hôpital de l'Aigle a défini et formalisé sa politique du dossier patient dans le projet d'établissement 2017-2021 tenant compte de ses besoins, des orientations régionales et nationales.

Cette politique est centrée sur l'informatisation du dossier patient et le développement des liens avec l'extérieur par l'ouverture du SIH aux professionnels de santé via des messageries sécurisées et d'une offre de services pour le patient. Le choix de l'établissement a porté sur le logiciel utilisé par les autres établissements du GHT et au moment de la visite le dossier patient était informatisé en quasi-totalité.

Un seul risque majeur a été identifié par l'établissement et a été inscrit dans le Compte Qualité. Les actions de réduction de ce risque ont été intégrées dans le PAQSS institutionnel. Lors de la phase du choix du logiciel elles ont consisté dans une exigence forte de retranscription du support dossier papier existant dans l'informatique pour se focaliser ensuite autour de la tenue du dossier par les professionnels.

Le suivi de la mise en place du dossier patient informatisé a été réalisé par le Comité dossier patient qui s'est transformé pour l'occasion en COPILDPI et par la CME.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Les pilotes sont le Médecin Président de CME et l'ingénieur responsable du SIH.

Lors de la visite de certification, le déploiement du dossier de soin médical, paramédical, de la prescription et de l'administration des médicaments était achevé dans tous les services, à l'exception du dossier d'anesthésie qui reste papier. Les droits d'accès des professionnels en fonction de leur profil, médecin, IDE, diététicienne... ont été définis et formalisés. Les professionnels se connectent avec leur mot de passe individuel et tous les accès sont tracés.

Les règles de tenue et de gestion du dossier sont formalisées dans plusieurs procédures actualisées ou en cours d'actualisation : guide de tenue du dossier de soin, manuels d'utilisation du dossier informatisé spécifiques au dossier médical, dossier de soins et aux prescriptions, gestion documentaire du dossier patient informatisé, gestion des archives médicales papier, procédure dégradée en cas de panne informatique.

L'accès du patient à son dossier est organisé. La procédure "Traitement de la demande d'accès à un dossier médical par un patient, un médecin traitant ou un ayant droit" récemment actualisée comporte les modalités standard et spécifiques d'accès.

La formation des nouveaux arrivants à l'utilisation du logiciel est organisée et repose sur le responsable du SIH, une secrétaire et les professionnels des services. Cependant le plan de formation n'est pas formalisé ni pour les nouveaux arrivants, ni pour la mise à jour et le renforcement des compétences et le suivi des acquis n'est pas réalisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et de ses besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en plans d'action opérationnels. L'encadrement informe les équipes des résultats des évaluations réalisées et des indicateurs nationaux. Les professionnels mettent en œuvre les actions définies dans le programme d'amélioration de la qualité.

Les pilotes assurent leurs missions au niveau stratégique étant force de proposition au niveau institutionnel. La Responsable Qualité organise le recueil des indicateurs nationaux de la tenue du Dossier Patient et les audits complémentaires pouvant être conduits dans ce domaine. Les professionnels sont sensibilisés sur les objectifs de leurs secteurs. Ils ont été informés des étapes du déploiement du dossier patient informatisé et des résultats des évaluations relatives à la tenue du dossier. Le Comité dossier patient transformé en Comité de Pilotage pour l'informatisation a assuré l'identification et le suivi des actions correctives durant la phase de déploiement du DPI, suite à laquelle ces missions ont été reprises par le responsable du SIH. Celui-ci met en œuvre des actions correctives en fonction de la retroinformation qui lui parvient des professionnels pour la partie informatique. Les actions correctives liées à la tenue du dossier par les professionnels sont identifiées lors des EPP et audits et suivies en CME et par la RAQ.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles. Fin 2016 et début 2017, lors du déploiement du logiciel, le dispositif de formation reposait sur 3 ETP dédiés : une secrétaire, le responsable du SIH et un paramédical.

Le dispositif de formation initiale des nouveaux arrivants repose sur une courte formation clés en main à l'utilisation du dossier informatisé et l'approfondissement des connaissances repose sur un accompagnement non structuré réalisé par les professionnels des services.

Les ressources documentaires régissant la tenue au dossier, les procédures dégradées en cas de panne informatique, les modalités d'accès du patient à son dossier sont disponibles dans le logiciel de gestion documentaire. Les manuels d'utilisation du logiciel sont remis aux professionnels en version papier.

Les postes informatiques sont en nombre suffisant pour permettre aux professionnels d'assurer la traçabilité des renseignements nécessaires à la prise en charge en temps utile.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque professionnel renseigne le dossier patient informatisé dans l'onglet dédié, les droits en lecture et écriture étant attribués par le service informatique en fonction du métier de l'utilisateur. L'informatisation du dossier du patient comportant l'observation médicale, le dossier de soin paramédical, le circuit du médicament, le lien contextuel avec la biologie, facilite la communication en temps utile de tous les données de prise en charge lors des mutations des patients entre les différents services de l'établissement. Le dossier patient informatisé intègre le support nécessaire à la rédaction du document de sortie à J zéro. De plus, les documents en provenance de l'extérieur de l'établissement, (comptes rendus d'examens, ordonnances, etc.), les fiches de consentement des patients pour les interventions chirurgicales sont scannées et intégrées dans le dossier informatisé par les secrétaires médicales et en leur absence par les paramédicaux des services.

Les professionnels connaissent les conduites à tenir en cas de panne du système informatique. Le plan de reprise d'activité et la procédure en mode dégradée sont formalisés et connus de professionnels.

Globalement, les observations et les informations recueillies lors des patients traceurs démontrent que les éléments constitutifs des dossiers patients sont recueillis de façon régulière et complète.

La communication des éléments nécessaires à la prise en charge aux correspondants externes n'est pas toujours effectuée en temps utile. Comme le met en évidence le résultat de l'indicateur national délais d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation et les résultats de l'évaluation interne d'avril 2017 relative à l'utilisation du document de sortie à J zéro.

Les délais d'accès du patient à son dossier sont suivis et présentés en CDU. Les patients sont informés par l'intermédiaire du livret d'accueil et du site internet.

Cependant, l'accès du patient à son dossier n'est pas toujours assuré dans les délais définis par la réglementation. En 2016, le délai moyen de mise à disposition des dossiers patients est légèrement supérieur aux délais légaux.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement recueille les indicateurs nationaux IPAQSS relatifs à la tenue du dossier patient et l'indicateur Hôpital numérique.

Il a mis en place annuellement des IPAQSS intermédiaires, la dernière évaluation portant sur les dossiers informatisés 2017.

En dehors des enquêtes nationales et des IPAQSS intermédiaires, le Centre Hospitalier de L'Aigle conduit d'autres évaluations et audits ponctuels visant l'amélioration de la tenue du dossier patient : prise en charge de la diverticulite sigmoïdienne (2014), tenue du dossier d'orthogénie (2016), audit du dossier de soin paramédical (2015).

A / AGIR

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

Les objectifs et actions prioritaires ont été identifiés dans le compte qualité de l'établissement. L'ensemble des plans d'action concernant le dossier patient est intégré dans le PAQSS institutionnel et repose sur les résultats des indicateurs d'évaluations et du risque identifié.

Les résultats des audits, évaluations internes, indicateurs nationaux sont présentés en CME et en réunion des cadres. L'information des professionnels des services est laissée à l'initiative de ces derniers.

La CDU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Le plan de formation n'est pas formalisé. Il n'y a pas de plan de formation pour les nouveaux arrivants. La mise à jour, le renforcement des compétences et le suivi des acquis ne sont pas réalisés.	14a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La communication des éléments nécessaires à la prise en charge, aux correspondants externes, n'est pas toujours effectuée en temps utile. Comme le met en évidence le résultat de l'indicateur national délais d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation et les résultats de l'évaluation interne d'avril 2017 relatif à l'utilisation du document de sortie à J zéro.	14a
	PS	Cependant, l'accès du patient à son dossier n'est pas toujours assuré dans les délais définis par la réglementation. En 2016, le délai moyen (10 jours), de mise à disposition des dossiers patients est légèrement supérieur aux délais légaux (8 jours).	14b

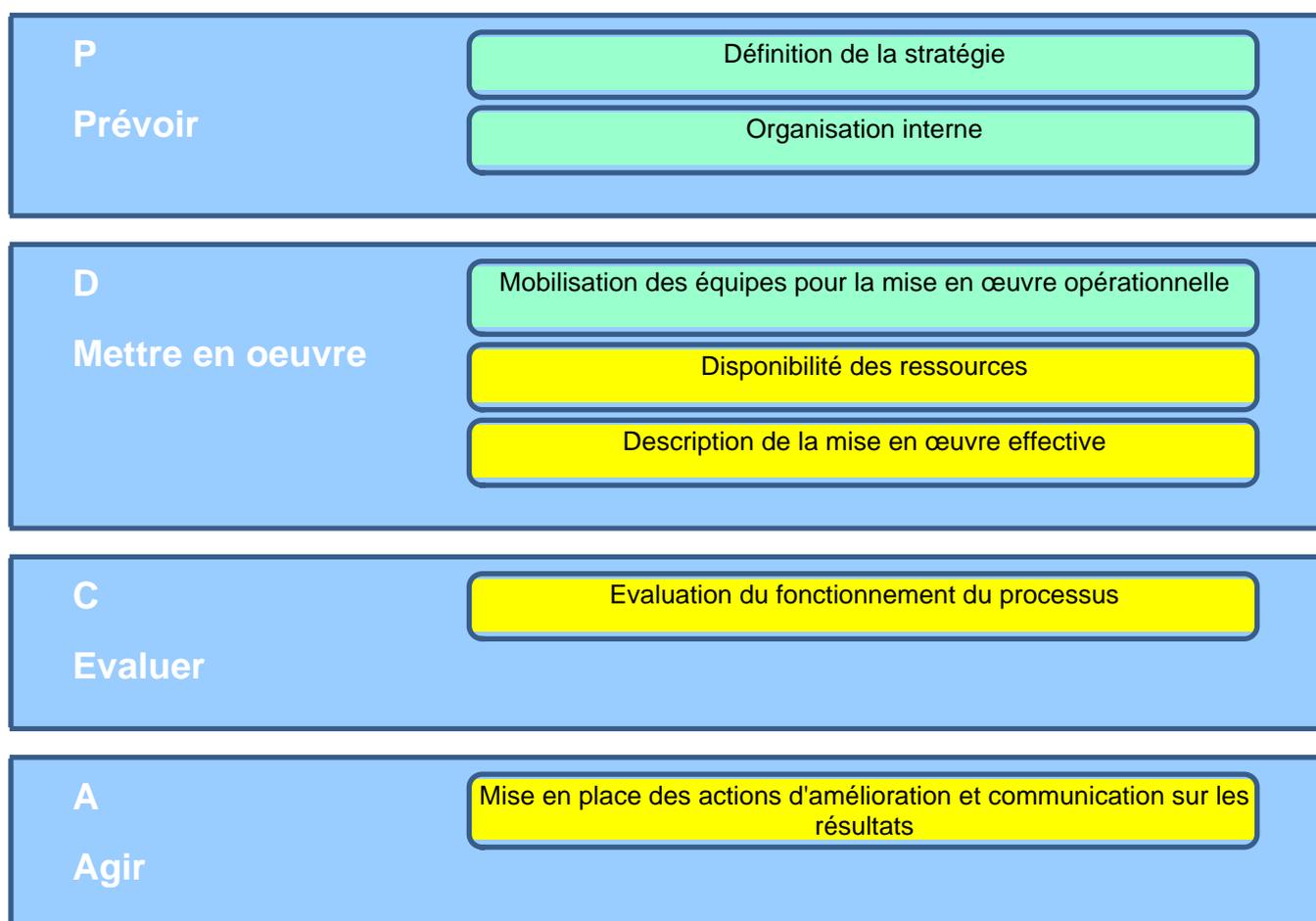
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse 2017 s'inscrit dans la continuité de la politique définie en 2016 et est centrée, d'une part sur la finalisation de l'informatisation du circuit du médicament et, d'autre part sur l'amélioration de la qualité de la prescription, prenant en compte la personne âgée. Elle a été validée par la CME en mars 2017.

L'analyse des risques a été réalisée à l'aide de l'outil Médiéval dans le cadre du Contrat de bon usage du médicament signé avec l'ARS. Les professionnels des services ont été associés au remplissage des grilles. Les risques prioritaires issus de cette analyse, des événements indésirables déclarés et des remarques de la précédente certification ont été intégrés dans le Compte Qualité après concertation entre le pilote du processus, le responsable qualité et le gestionnaire des risques.

Les actions d'amélioration définies résultant de l'analyse des risques ont été intégrées dans le PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus qui repose sur le pharmacien responsable de la PUI. Il est secondé par un préparateur cadre de la pharmacie et un cadre de soin.

Un deuxième pharmacien a été nommé RSMQ en mars 2017 en remplacement du précédent, directeur de soins ayant quitté l'établissement.

La prescription et l'administration sont informatisées dans tous les services sauf pour le dossier anesthésique qui reste papier.

Les domaines de responsabilités des pharmaciens et des préparateurs sont formalisés dans l'organigramme fonctionnel de la pharmacie, les principales missions du RSMQ figurent dans sa fiche de poste.

Un manuel qualité Pharmacie auquel est annexé un listing des documents qualité existants ou à créer décrit les règles et les procédures nécessaires au fonctionnement du processus.

La COMEDIMS est opérationnelle. Les sujets abordés : l'actualisation du livret thérapeutique, les recommandations de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux, l'élaboration des protocoles thérapeutiques garantissent que les fonctions de cette instance sont assurées. Le lien avec la CME est réalisé par le pharmacien pilote du processus qui est systématiquement invité aux réunions pour présenter les décisions prises en COMEDIMS et le suivi du CBUM.

Au niveau institutionnel, hormis la chambre des erreurs, le dispositif de formation des professionnels n'intègre pas le risque d'erreur médicamenteuse dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Les actions correctives liées aux erreurs médicamenteuses de prescription et/ou d'administration reposent sur la réactivité immédiate des professionnels sans analyse collective ultérieure et sans partage d'expérience entre les secteurs.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle et des risques identifiés. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes). Le suivi de l'avancement des actions d'amélioration est assuré par le pilote du processus et la responsable qualité.

L'organisation prévoit que les événements indésirables internes à la PUI soient analysés dans un CREX Pharma par les personnels du service, et les événements indésirables déclarés par les professionnels de l'établissement soient analysés en CREXEM.

Toutefois, la sous déclaration des erreurs ne permet pas à l'établissement de réaliser des évaluations afin de s'assurer de la conformité des pratiques.

Les professionnels rencontrés sur le terrain n'appréhendaient pas la nécessité de déclarer les événements porteurs de risque, ni les événements sans conséquence majeure pour le patient. Les erreurs sont sous déclarées et les analyses collectives des erreurs déclarées sont peu représentées: 2 CREXEM en 2016 et aucun en 2017.

Les professionnels sont sensibilisés sur les objectifs de leurs secteurs par leurs responsables, cette sensibilisation est orale dans le cadre des réunions de service et chaque responsable est libre d'organiser cette communication.

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Chaque pharmacien et préparateur sont investis de missions spécifiques listées dans l'organigramme fonctionnel de la pharmacie : Infections liés aux soins, Amélioration continue, Stupéfiants, Management, Approvisionnement, RSMQ, Vigilances et alertes sanitaires etc.

Un référent IDE existe dans chaque service pour la gestion des stocks de médicaments en collaboration avec un préparateur.

Les ressources en matériel (dont locaux et équipements) sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Les médicaments thermosensibles sont conservés dans des enceintes réfrigérées avec suivi des températures.

Les chariots d'urgence sont présents dans chaque service.

Les ressources en documentation sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les documents sont accessibles dans l'intranet et dans les classeurs des services.

Des outils d'aide à la prescription et à l'administration sont mis à disposition des professionnels :

- les bases de données THERIAQUE sont en ligne,
- un antibioguide et un protocole de prescription des antibiotiques prenant en compte la fonction rénale sont à disposition des prescripteurs,
- le livret thérapeutique est intégré dans le logiciel de prescription,
- des outils d'aide à l'administration pour les IDE (médicaments broyables, buvables..).

Cependant les outils d'aide à la prescription et à l'administration, mis à la disposition des professionnels ne sont pas actualisés et validés dans leur intégralité.

Ainsi, le guide d'utilisation du logiciel pour la prescription n'était pas encore à disposition des professionnels. Le manuel qualité Pharmacie est ancien (2012) et pour partie obsolète. La liste de documents annexés est dressée sans visibilité sur les échéances de réactualisation ou de création des documents répertoriés comme manquants.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le même logiciel de prescription-administration des médicaments est utilisé par tous les services et fait partie intégrante du dossier patient informatisé. Les droits d'accès et de modification des professionnels sont définis et chaque professionnel se connecte à sa session avec identifiant et mot de passe. Tous les accès sont tracés.

L'analyse pharmaceutique des prescriptions est effective. Les opinions pharmaceutiques sont tracées.

Toutefois, la prescription administration n'est pas entièrement sécurisée. Lors des analyses pharmaceutiques, les pharmaciens signalent les erreurs de prescription et des alertes s'affichent sur le logiciel. Ces erreurs répertoriées par le RSMQ sont en majorité liées à une utilisation inappropriée du logiciel. La direction a alerté les praticiens par courrier et une réunion praticiens-pharmaciens a eu lieu la semaine précédant la visite de certification. Il n'existe ni dispositif institutionnel d'analyse collective des erreurs de prescription liés aux difficultés d'usage du logiciel par les praticiens et des IDE, ni de dispositif dédié pour la consolidation de connaissances de manipulation du logiciel. Depuis début septembre, une réflexion est menée pour structurer un tel dispositif avec une mise à disposition des professionnels d'un support écrit de formation. La nomination d'un médecin référent pour la formation des pairs est envisagée.

Il persiste un recopiage des prescriptions des anesthésistes en postopératoire par les sages-femmes dans le secteur gynécologie-obstétrique, avec dans certains cas une retranscription de médicaments non autorisés par leur décret des compétences. Le logiciel n'est pas bloquant dans cette situation et le recopiage des prescriptions, autorisées ou non, repose sur la vigilance individuelle.

La liste des médicaments à risque est définie et mise à disposition des professionnels. Des outils d'aide à la prescription chez la personne âgée sont à disposition des professionnels, connus et utilisés : guide des médicaments broyables, procédure d'adaptation de l'antibiothérapie tenant compte de la fonction rénale. Les règles d'administration des médicaments ne sont pas respectées. La traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas exhaustive dans tous les secteurs d'activité comme constaté en SSR et SLD lors des investigations des patients traceurs. En SSR, les antalgiques pris par le patient lui-même pendant la nuit ne peuvent plus être enregistrés dans le dossier patient informatisé le lendemain matin (délai supérieur à 6 heures après la prescription). L'administration des médicaments est effectuée en SLD par une ASH faisant fonction ASD.

La préparation des médicaments ne respecte pas les règles de bonnes pratiques. Dans le service de médecine, les piluliers ne sont pas étiquetés, seule la mention porte ou fenêtre y figure. La déclinaison active de l'identité du patient n'est pas systématiquement pratiquée par un des professionnels interrogé.

La procédure pour la gestion des traitements personnels est connue et appliquée, le traitement personnel est prescrit dans le service après récupération de l'ordonnance et les médicaments sont séquestrés jusqu'à la sortie.

La préparation des piluliers est partagée entre la pharmacie et les secteurs de soins. La dispensation nominative concerne l'intégralité du secteur l'USLD, les antibiotiques à dispensation contrôlée, les médicaments en sus des GHS et les médicaments hors dotations des services pour l'ensemble de l'établissement.

Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments. Cette information est souvent orale, sa traçabilité est effective dans des situations particulières comme le refus

de traitement.
Les chariots d'urgence sont vérifiés régulièrement par les IDE des services avec traçabilité.
Le transport des médicaments est organisé dans des conditions conformes à la sécurité y compris pour les médicaments thermo sensibles conservés à la PUI.
La double dénomination des médicaments (DCI et nom commercial) est retrouvée sur toutes les armoires mobiles de stockage des médicaments des services et en pharmacie. Le réassort des armoires mobiles de médicaments des services est réalisé par les préparateurs par adjonction des quantités manquantes à la dotation.
L'astreinte pharmaceutique est en place.
La gestion des alertes ascendantes et descendantes est opérationnelle.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les indicateurs déterminés en lien avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments des produits et des prestations sont suivis dans les instances CME, COMEDIMS.
Des EPP ont lieu annuellement et sont réalisées soit à l'initiative individuelle des praticiens, par exemple en SSR concernant la prévention de l'iatrogénie sur la personne âgée en 2017, soit en réponse aux recommandations de la certification : audit relatif aux stocks sauvages de médicaments en 2015.
L'analyse a priori des risques est réalisée dans le cadre du CBUM à l'aide de la grille mise à disposition par l'ARS.
Le dispositif d'évaluation périodique du circuit du médicament n'est pas opérationnel.
Il n'existe pas d'évaluation périodique du circuit du médicament, notamment de l'administration. En effet, l'établissement n'a réalisé aucun audit de pratiques concernant l'administration.
L'évaluation structurée et formalisée de la prescription chez le sujet âgé n'est pas effective dans tous les secteurs. Hormis en SSR où le responsable de service mène une EPP relative à la prévention des risques iatrogènes chez la personne âgée. Les médecins de chaque secteur veillent à leurs prescriptions.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont suivies par le pilote du processus et la responsable qualité. La communication des résultats est effective en CME, COMEDIMS, COCAVIRIS et en réunion des cadres à travers la présentation des rapports CBUM et des résultats des autres types d'évaluations.
Le dispositif d'actions d'amélioration n'est pas totalement opérationnel. Les évaluations ne couvrant pas l'ensemble du processus de la prise en charge médicamenteuse, les actions d'amélioration relatives à l'administration et à la prescription chez la personne âgée ne sont pas exhaustives. La pertinence de la prescription est évaluée en SSR, pour les autres secteurs faute d'évaluation formelle, le suivi des actions d'amélioration ne peut être effectué. Le responsable qualité suit et met à jour le PAQSS institutionnel et veille à son articulation avec le CQ. Du fait d'une réorganisation récente des responsabilités sur le circuit du médicament par la nomination en mars 2017 du deuxième pharmacien en tant que RSMQ, la coordination entre le pilote, le RSMQ et la RAQ pour le suivi des actions et la mise à jour du PAQSS n'est pas entièrement opérationnelle et toutes les actions mises en œuvre ne sont pas intégrées dans le PAQSS et par voie de conséquence dans le CQ.
La communication structurée au niveau des services concernant les résultats des indicateurs et des évaluations n'est pas effective. La retro-information est laissée à l'initiative des évaluateurs et cadres des services.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Au niveau institutionnel, hormis la chambre des erreurs, le dispositif de formation des professionnels n'intègre pas le risque d'erreur médicamenteuse dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Les professionnels ne sont pas formés sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, notamment le risque d'erreur médicamenteuse. Les actions correctives liées aux erreurs médicamenteuses de prescription et/ou d'administration reposent sur la réactivité immédiate des professionnels sans analyse collective ultérieure et sans partage d'expérience entre les secteurs.	20a
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	La sous déclaration des erreurs ne permet pas à l'établissement de réaliser des évaluations afin de s'assurer de la conformité des pratiques. Les professionnels rencontrés sur le terrain n'appréhendaient pas la nécessité de déclarer les événements porteurs de risque, ni les événements sans conséquence majeure pour le patient. Les erreurs sont sous déclarées et les analyses collectives des erreurs déclarées sont peu représentées 2 CREXEM en 2016 et aucun en 2017.	20a
D / Disponibilité des ressources	NC	Les outils d'aide à la prescription et à l'administration, mis à la disposition des professionnels ne sont pas actualisés et validés dans leur intégralité. Ainsi, le guide actualisé d'utilisation du logiciel pour la prescription n'était pas encore à disposition des professionnels. Le manuel qualité Pharmacie est ancien (2012) et pour partie obsolète. La liste de documents annexés est dressée sans visibilité sur les échéances de réactualisation ou de création des documents répertoriés comme manquants.	20a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La préparation des médicaments ne respecte pas les règles de bonnes pratiques Dans le service de médecine les piluliers ne sont pas étiquetés, seule la mention porte ou fenêtre y figure. La déclinaison active de l'identité du patient n'est pas systématiquement pratiquée par un des professionnels interrogé.	20a bis
	NC	Les règles d'administration des médicaments ne sont pas respectées. La traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas exhaustive dans tous les secteurs d'activité comme constaté en SSR et SLD lors des investigations des patients traceurs. En SSR, les antalgiques pris par le patient lui-même pendant la nuit ne peuvent plus être enregistrés dans le dossier patient informatisé le lendemain matin (délai supérieur à 6 heures après la prescription). L'administration des médicaments est effectuée en SLD par une ASH faisant fonction ASD.	20a bis
	NC	La prescription administration n'est pas entièrement sécurisée. Lors des analyses pharmaceutiques, les pharmaciens signalent les erreurs de prescription et des alertes s'affichent sur le logiciel. Ces erreurs répertoriées par le RSMQ sont en majorité liées à une utilisation inappropriée du logiciel. La direction a alerté les praticiens par courrier et une réunion praticiens -pharmaciens a eu lieu la semaine précédant la visite de certification. Il n'existe pas de dispositif institutionnel d'analyse collective des erreurs de prescription liés aux difficultés d'usage du logiciel par les praticiens et les IDE, ni de dispositifs dédié pour la consolidation de connaissances de manipulation du logiciel. Depuis début septembre une réflexion est menée pour le renforcement du dispositif avec une mise à disposition des professionnels d'un support écrit de formation.	20a bis

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		La nomination d'un médecin référent pour la formation des pairs est envisagée. Il persiste un recopiage des prescriptions des anesthésistes en postopératoire par les sages-femmes dans le secteur gynécologie-obstétrique, avec dans certains cas une retranscription de médicaments non autorisés par leur décret des compétences. Le logiciel n'est pas bloquant dans cette situation et le recopiage des prescriptions, autorisées ou non, repose sur la vigilance individuelle.	
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'évaluation structurée et formalisée de la prescription chez le sujet âgé n'est pas effective dans tous les secteurs. Hormis en SSR où le responsable de service mène une EPP relative à la prévention des risques iatrogènes chez la personne âgée. Les médecins de chaque secteur veillent à leurs prescriptions.	20b
	NC	Le dispositif d'évaluation périodique du circuit du médicament n'est pas opérationnel. Il n'existe pas d'évaluation périodique du circuit du médicament, notamment de l'administration. En effet, l'établissement n'a réalisé aucun audit de pratiques concernant l'administration.	20a bis
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	La communication structurée au niveau des services concernant les résultats des indicateurs et des évaluations n'est pas effective. La retro-information est laissée à l'initiative des évaluateurs et cadres des services.	20a
	PS	Le dispositif d'actions d'amélioration n'est pas totalement opérationnel. Les évaluations ne couvrant pas l'ensemble du processus de la prise en charge médicamenteuse, les actions d'amélioration relatives à l'administration et à la prescription chez la personne âgée ne sont pas exhaustives. La pertinence de la prescription est évaluée en SSR, pour les autres secteurs faute d'évaluation formelle, le suivi des actions d'amélioration ne peut être effectué.	20a bis, 20b

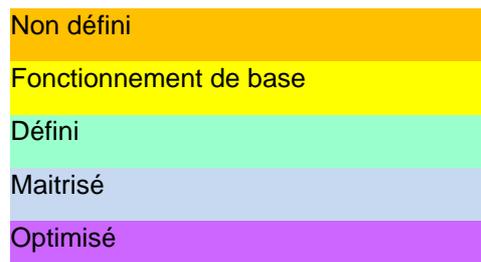
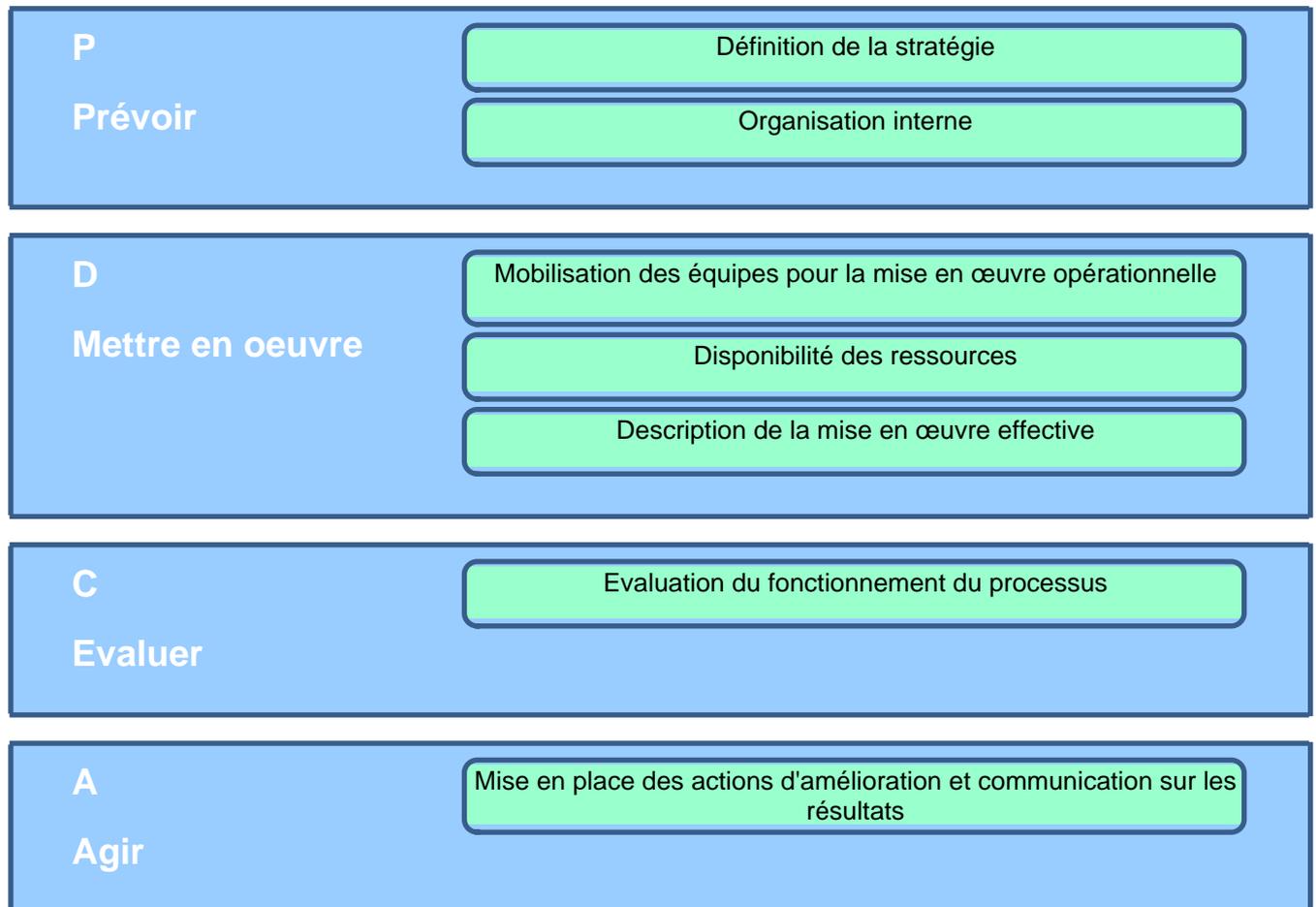
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé (Décret du 26 janvier 2016), le Centre Hospitalier (CH) de L'Aigle a intégré le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Eure-Seine-Pays d'Ouche.

Son activité d'accueil des Urgences est structurée, depuis juillet 2009, dans le cadre d'une convention avec la Fédération de territoire et avec une autonomisation du SMUR.

L'établissement a accueilli plus de 17 000 entrées en 2016 soit une progression de plus de 8 % par rapport à 2014. Cette activité est à mettre en perspective avec les indicateurs de précarité et les problèmes importants de démographie médicale libérale du territoire.

Les objectifs stratégiques concernant la prise en charge des urgences et des soins non programmés ont été identifiés dans le projet d'établissement 2017-2021. Ce dernier fait apparaître la prise en charge des urgences comme une de ses thématiques prioritaires au vu de l'éloignement des autres sites d'urgence (le plus proche étant à plus d'une heure de transport).

La stratégie a été élaborée sur la base d'une identification des missions en lien avec les organisations régionales existantes dont les réseaux constitués (Périnatalité, syndromes coronariens aigus, AVC, etc.), des besoins du groupement de territoire, des populations accueillies (notamment des personnes âgées), des résultats de la certification v2010, du contexte architectural actuel, de la disponibilité des lits, des événements indésirables et des plaintes et réclamations.

Cette stratégie se complète d'une politique validée par les instances (Commission Médicale d'Etablissement, Comité Qualité Vigilances et Risques). Elle a été élaborée à partir d'une cartographie des risques a priori réalisée par les pilotes de la thématique avec l'aide de la Direction Qualité et en associant un groupe de travail pluridisciplinaire formé de professionnels du service d'Accueil des Urgences (SAU) et du SMUR.

Au total, 5 risques ont été identifiés répartis en 2 groupes de risques : les délais d'attente et la sécurité des biens et des personnes.

Au regard des risques identifiés, une hiérarchisation (criticité, maîtrise) a été réalisée et des objectifs d'amélioration sont déclinés dans un plan d'actions priorisées qui alimente le Compte Qualité.

Les principales actions portent principalement sur la mise en place d'une salle pour l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil, la formalisation d'une aide inter-service en cas d'insuffisance de personnel en cas de sortie SMUR la nuit, le week-end et jours fériés ou encore lors d'un afflux massif de patients, l'installation d'une vidéosurveillance interne, la mise en place d'un bouton d'alerte en cas d'agression au SAU et la mise à disposition d'une salle dédiée aux patients agressifs et/ou agités.

Ces actions d'amélioration comportent des objectifs précis et opérationnels, des mesures de traitement des risques identifiés, des pilotes, un échéancier et des modalités de suivi. Il vient s'articuler avec les différents plans d'action réalisés par processus au sein du Programme d'Amélioration de la Qualité-Sécurité et des Soins (PAQSS).

Ce programme d'actions d'amélioration a fait l'objet d'une diffusion auprès des professionnels.

ORGANISATION INTERNE

Le CH de L'Aigle a défini une organisation pour mettre en œuvre les activités de prise en charge des urgences et le pilotage du processus telles que définies dans l'autorisation d'exercer de l'ARS, renouvelée en 2016.

Ce pilotage a été confié au chef du pôle Soins/Plateaux techniques/Urgences, qui est également médecin urgentiste, à la Cadre supérieure de santé du pôle et à la cadre de santé du service des Urgences. Leurs missions de pilotage du processus font l'objet d'une fiche de mission institutionnelle.

Un règlement intérieur et une Charte de fonctionnement du SAU, validés par les instances de l'établissement identifient les différents secteurs de prise en charge des urgences et définit l'organisation et le fonctionnement du SAU/SMUR. Une autre Charte définit quant à elle le fonctionnement de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) associée. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans des fiches de poste des professionnels.

Les principales filières d'accueil et leurs besoins sont définis, décrits et connus des professionnels en vue de maîtriser les risques à toutes les étapes de la prise en charge des urgences (jour, nuit, week-end et jours fériés) y compris lors d'un afflux potentiel de patients (plan d'urgence dont Plan blanc, épidémie saisonnière, etc.). Une déclinaison du plan Blanc et du plan NRBC est également en place en lien avec le CH d'Alençon-Mamers en raison de la présence de plusieurs usines dites "Seveso" dans le territoire du CH de L'Aigle.

Les filières sont également adaptées au degré d'urgence (circuit court, circuit urgence vitale), aux différents circuits de prise en charge (adulte, enfant, personne âgée, personne handicapée, psychiatrie, douleur thoracique, etc.) et aux différentes catégories de populations accueillies.

Le recours aux avis spécialisés est formalisé et connu des professionnels. En particulier, pour la filière de prise en charge des AVC, un des box d'urgences équipé d'un système de vidéo-consultation a été installé

afin d'avoir en temps réel un avis neurochirurgical avec le CH de Lisieux ou le CHU de Caen. Cependant, dans le cadre du pilotage de la thématique, l'établissement n'a pas encore mis en place une Commission des urgences en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques médicaux associés aux soins. Une cellule de gestion des lits est en place et a pour mission d'organiser la mise en oeuvre concrète de la politique d'hospitalisation préconisée dans le projet médical et de réguler, au quotidien, les hospitalisations passant par les urgences et les entrées directes sur les lits disponibles. Le médecin coordonnateur de la cellule est le médecin urgentiste, pilote de la thématique.

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement prévoit la disponibilité en temps utiles des ressources humaines (en effectif et en compétence) pour les divers types de personnels, médicaux et paramédicaux, pour assurer une permanence et une continuité des soins 24h/24.

Un plan de formation (incluant la formation des professionnels à l'orientation et à l'accueil des patients aux urgences) est élaboré pour les praticiens et les paramédicaux. Les modalités de recrutement et d'intégration des nouveaux arrivants et des médecins intérimaires sont définies en concertation avec l'établissement.

Les locaux ont été organisés pour sécuriser au mieux les prises en charge. Les prises en charge debout/couchée sont organisées (accès séparés) ainsi que les urgences vitales. Le projet futur repose sur le transfert des Urgences sur le site actuel de la restauration pour permettre un agrandissement des locaux, une nouvelle organisation des circuits (circuits courts/circuits longs), la formalisation des filières de prise en charge avec un focus sur la personne âgée, la pédiatrie surtout en cas de saturation et la psychiatrie. Le projet de mettre en place une consultation d'urgences programmées (suivi des prises en charge d'urgence) est également envisagé.

Les ressources matérielles sont conformes et permettent la réalisation des soins. Elles tiennent compte des besoins et des évolutions. Leur maintenance (préventive et curative) est organisée.

Les ressources documentaires sont en adéquation avec le dispositif institutionnel. Les documents proposés comprennent des procédures adaptées à l'activité (urgence vitale, accueil des patients selon le degré d'urgence, etc.), des formulaires à destination des professionnels et des documents d'information des patients et des professionnels.

Le système d'information aux urgences s'appuie sur un logiciel métier qui permet, à tout moment, d'avoir une vue synthétique sur l'occupation du SAU, de connaître les délais d'attente et le devenir des patients. Il est interfacé avec le logiciel Dossier Patient Informatisé (DPI) de l'établissement (administratif, prescription médicamenteuse, rendu d'exams biologiques et radiologiques). Ses accès sont sécurisés (codes et mot de passe) pour chacun des professionnels (médecins et IDE/IOA).

La communication est assurée par l'encadrement. Les interfaces sont organisées et permettent une articulation cohérente de l'activité avec les secteurs cliniques, médico-techniques et administratifs. Une PASS est en place permettant la prise en compte des urgences sociales.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management du SAU/SMUR/UHCD communique auprès des équipes sur l'organisation de la prise en charge des urgences et des soins non programmés de l'établissement, sa mise en œuvre (programme d'actions associé) et son évolution. Les pilotes assurent la diffusion de la politique définie, du règlement intérieur du SAU et les chartes de fonctionnement du SAU et de l'UHCD.

Les pilotes sensibilisent régulièrement tous les professionnels sur les besoins et risques spécifiques identifiés dans leurs secteurs (SAU/SMUR/UHCD), sur les actions mises en place et leurs résultats. Les professionnels ont été associés dès l'amont à l'identification des risques et impliqués dans la mise en œuvre des actions.

L'encadrement du pôle et du service s'assure également de la conformité des pratiques professionnelles et du respect des protocoles et procédures qui sont connus de tous et accessibles sur le dispositif de gestion documentaire institutionnel et sous forme papier dans des classeurs identifiés.

Les professionnels déclarent les événements indésirables. Ils connaissent la procédure institutionnelle et savent utiliser l'outil informatique. Ils participent également à la déclaration des "presqu'événements" sous la forme d'une déclaration dite "Echappée belle". Ces déclarations ont récemment permis de mettre en place un Comité de Retour d'Expérience (CREX) sur le SAU après une formation spécifique des pilotes. Deux réunions ont déjà eu lieu avec la mise en place d'actions d'amélioration diffusées en conseil de service.

Les professionnels concernés ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement, des évaluations sur la thématique concernée et notamment celles concernant la satisfaction des usagers.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines (en effectif et compétence) sont disponibles dans les secteurs d'activités et permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés. En cas de besoin, elles peuvent être adaptées aux évolutions de l'activité. Les remplacements sont assurés en cas d'absence.

Sur le plan médical, les médecins urgentistes assurent l'activité de prise en charge des urgences et du déchoquage, de l'UHCD et la médicalisation du SMUR.

L'effectif paramédical comporte des IDE, des AS et des ambulanciers qui assurent l'activité d'urgence et le fonctionnement du SMUR. Les professionnels réalisent les actes relevant du champ de leurs compétences professionnelles formalisés dans leurs fiches de poste.

Une IOA est en place depuis le premier semestre 2017. Elle assure l'accueil personnalisé du patient, définit les priorités de soins à partir d'une procédure standardisée et décide du lieu de soins le plus adapté. Les informations sont ensuite transmises immédiatement au médecin urgentiste qui décide le cas échéant de modifier la priorisation de prise en charge.

Les règles de présence sont prises en compte dans les différents plannings des professionnels. Le système de garde et d'astreinte est opérationnel permettant la permanence des soins. En cas de besoin, le SAU fait appel à des médecins intérimaires dont la plupart sont fidélisés leur permettant ainsi une meilleure intégration dans le dispositif. Les tableaux de garde sont diffusés et connus de tous.

Les professionnels en poste sont formés selon le plan de formation institutionnel, notamment dans ses dimensions réglementaires (formations AFGSU, IOA) et en réponse aux besoins spécifiques.

Dans ce cadre, les professionnels médicaux travaillent plus particulièrement sur l'organisation des urgences au sein du GHT (5 réunions depuis la constitution du GHT). Ils participent également activement au Collège de Médecine d'Urgence Normand (COMUN) et assistent, entre autres, aux Journées nationales AVC du CHU de Caen.

Parmi les professionnels paramédicaux, certains sont titulaires de DU (Douleur, Médecine d'urgence, Hypnose, Ethique), d'autres ont fait des stages en réanimation adulte et pédiatrique ou se sont formés à la gestion des dons d'organe en liaison avec la coordination du CH d'Alençon-Mamers.

Plusieurs d'entre eux sont également formateurs (AFGSU et NRBC).

Par ailleurs, des formations internes à l'établissement ont été organisées sur la gestion de l'agressivité et les violences, la bientraitance, l'hémovigilance et l'identitovigilance.

Les nouveaux arrivants sont encadrés et formés en doublure pendant un mois ou deux.

Le service des Urgences est ouvert depuis 1988 et est situé au rez-de-jardin du bâtiment principal de l'établissement. Depuis, son architecture n'a quasiment pas évolué en dehors de la mise en place du SMUR en 1991 et de l'ouverture des lits de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) en 1996.

Le service dispose de 4 box d'examen, d'une salle de soins commune aux box d'examen, d'une salle de plâtre, d'une salle de suture, d'une salle de déchocage dans laquelle se trouvent deux brancards, d'une salle pour l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil (IOA) et d'un poste administratif.

L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) de 4 lits en chambres individuelles est située à proximité immédiate du service des Urgences dont elle fait partie intégrante.

Une antenne SMUR, régulée par le SAMU 61 Centre 15 d'Alençon-Mamers, est également présente avec deux véhicules et une hélisation est présente sur le site. Le SMUR de L'Aigle dessert un bassin de population plutôt rural au sein du territoire du Sud-Est de la Basse Normandie. En 2016, il a assuré 522 sorties primaires.

Bien que la sécurisation du SAU soit opérationnelle et effective sur la partie directement accessible au public, la visite sur le terrain a montré que ce n'était pas le cas des locaux situés dans la zone d'interface avec les sous-sol, l'escalier et l'ascenseur d'accès au rez-de-chaussée de l'établissement. Aucun système de fermeture (digicode, accès par badge, serrure, etc) ne verrouillent les portes d'accès au secteur des Urgences.

Tous les matériels et équipements nécessaires aux besoins de fonctionnement des secteurs d'urgence sont en place et opérationnels. Leur maintenance (préventive et curative) est assurée.

La gestion documentaire est accessible sur tous les postes présents dans les tous les secteurs des urgences. Une fiche d'information spécifique au secteur d'urgence a été élaborée et est mise à la disposition des patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les pilotes assurent la mise en œuvre de la politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés.

Le SAU/SMUR/UHCD met en œuvre les circuits, les conditions d'accueil et les organisations de prise en charge conformément aux dispositions prévues dans le cadre du règlement intérieur et des chartes de fonctionnement. Les différents plans d'urgence (Plan Blanc, Plan NRBC, etc.) sont en place et connus des professionnels.

Une organisation et une formation vont se mettre en place en lien avec les professionnels du bloc opératoire pour la gestion dite "Damaged Control" dans le cadre d'un afflux massif de victime.

Les plannings médicaux et paramédicaux sont respectés. La prise en charge des urgences vitales est organisée. La permanence des soins est effective. Les règles de sécurité sont appliquées.

Les IDE sont formées à l'accueil et à l'orientation des patients. Elles assurent l'accueil et le tri des patients ainsi que toutes les vérifications d'identité. Le tri du patient est du ressort de l'IOA qui évalue l'état du patient et son positionnement selon les différentes filières et les différents circuits : les patients couchés, les patients valides et les urgences vitales. Cette décision est prise sur protocole et en lien constant avec le médecin urgentiste. L'évaluation de la douleur et le relevé des constantes est assuré et tracé à l'arrivée.

Le médecin urgentiste peut disposer d'un avis spécialisé en recourant à l'un des praticiens de garde ou d'astreinte (anesthésie, chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique/traumatologique, gynécologie-obstétrique, médecins).

L'accueil des enfants est personnalisé. En cas de détresse vitale, ils sont immédiatement installés dans la salle de déchocage. Les enfants nécessitant une consultation pédiatrique peuvent être dirigés vers la consultation du pédiatre qui est présent 4 jours par semaine ou en astreinte. L'établissement peut garder des enfants en hospitalisation uniquement en service de chirurgie et seuls les enfants de plus de 3 ans et de +/- de 15 kg sont pris en charge au bloc opératoire. Quant à l'hospitalisation pour raison médicale, elle se fait, avec l'accord des parents, vers un établissement ayant un service de pédiatrie (convention avec le CH de Lisieux).

La prise en charge des patients psychiatriques est assurée par un médecin psychiatre de l'antenne CPO d'Alençon, présent 24 heures sur 24 dans l'établissement.

Pour la prise en charge des personnes âgées, le service des urgences bénéficie du service de Gériatrie.

Pour la cardiologie, le SAU/SMUR met en place le protocole "Syndrome coronarien aigu" défini dans le cadre du GHT avec, à chaque fois que nécessaire, l'avis d'un référent cardiologue du CHU de Caen ou d'une clinique privée d'Evreux.

En ce qui concerne l'imagerie médicale, un radiologue est d'astreinte 24 heures sur 24 et un système de télé-radiologie a été mis en place au domicile de chacun pour permettre une interprétation des examens urgents. Un manipulateur est d'astreinte de 22 h 30 à 8 h00.

Pour les examens biologiques, une convention a été passée avec le laboratoire d'analyses médicales situé à l'entrée de l'établissement permettant la réalisation des examens 24 heures sur 24. Les résultats biologiques sont consultables à partir d'un serveur de résultats informatisé et sécurisé par des codes d'accès.

Le recours aux nouvelles technologies de communication permet d'obtenir en temps réel l'avis d'un neurochirurgien pour les prises en charge neurologiques et en particulier des AVC (convention avec le CH de Lisieux).

L'accueil administratif est assuré par le secrétariat des urgences.

Le dossier médical est informatisé sur un logiciel dédié aux urgences et permet l'obtention des informations nécessaires à la prise en charge des patients. Les prescriptions médicales sont réalisées à l'aide de l'outil informatique institutionnel. Les interfaces avec le laboratoire et l'imagerie médicale sont opérationnelles. La transmission des informations entre les professionnels des urgences et ceux de l'établissement est assurée par le dossier du patient informatisé institutionnel.

Comme l'a montré un patient traceur, les professionnels des urgences assurent l'ensemble des traçabilités relatives à leur activité (suivi des temps, traçabilité des informations, prescriptions, conduite tenue, surveillance du patient, etc.).

A toutes les étapes de la prise en charge, le respect des droits des patients est assuré : modalités d'accueil, confidentialité, intimité, informations aux patients et aux familles.

Le SAU travaille en étroite collaboration avec l'assistante sociale de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS). En son absence, une fiche de liaison a été mise en place afin de tracer les demandes d'intervention. Toutefois, en cas de besoin, le SAU peut faire appel à une autre assistante sociale du service social afin de trouver une solution rapide au problème social du patient.

La gestion des risques est prise en compte : signalement des événements indésirables et aux "Echappées belles", vigilances et veille sanitaire, participation aux CREX.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le suivi de l'évaluation du processus est assuré par les pilotes et l'encadrement du SAU/SMUR/UHCD dans le cadre du fonctionnement du service et du pôle de rattachement.

Différents indicateurs quantitatifs (nombre de passage suivis ou non d'hospitalisation, nombre d'hospitalisation en UHCD, délai de prise en charge aux urgences, nombre de mutations à partir des urgences, etc.) et qualitatifs (répartition des patients en fonction de l'âge, de la gravité, diagnostic principal, motif de recours, transferts faute de place dans l'établissement, etc.) sont analysés. Il en est de même des indicateurs nationaux qui sont régulièrement recueillis.

Les résultats des indicateurs sont analysés et font l'objet de bilans produits à périodicité définie pour chacun des secteurs et communiqués aux professionnels concernés. Leur exploitation permet au service et au pôle d'identifier les actions correctrices.

Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements et des événements indésirables est assuré par les professionnels. Des retours d'expérience sont réalisés sous forme de CREX et une EPP concernant la pose de cathéter aux urgences a été initiée.

Un bilan d'activité et un rapport annuel sont réalisés et présentés aux différentes instances de l'établissement.

A / AGIR

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

Après l'analyse des résultats des indicateurs, les différents acteurs concernés mettent place des actions d'amélioration intégrées dans le PAQSS.

Les résultats d'évaluation et les actions d'amélioration sont communiqués en interne aux professionnels lors des réunions de service ou de pôle et par le biais de différents supports dont le journal interne.

La communication des résultats des indicateurs IQSS pour les usagers se fait par l'intermédiaire d'affichage et de diffusion sur le site internet de l'établissement.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	La Commission des Urgences en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques médicaux associés aux soins n'est pas mis en place par l'établissement. La rencontre avec les pilotes du processus et les documents de pilotage consultés par les experts visiteurs confirment que l'établissement n'a pas mis en place, pour mettre en œuvre sa politique concernant cette thématique, une Commission des Urgences.	25a
D / Disponibilité des ressources	PS	La sécurisation des locaux du services des Urgences n'est pas intégralement opérationnelle et effective. La visite sur le terrain a montré que la sécurisation des locaux n'était pas assurée dans la zone d'interface avec les sous-sol, l'escalier et l'ascenseur d'accès au rez-de-chaussée de l'établissement. Que ce soit au niveau des sous-sols, de l'escalier et de l'ascenseur d'accès au rez-de-chaussée, les personnes non autorisées, c'est à dire le public, peuvent accéder sans aucune difficulté au secteur des urgences et cela 24 h sur 24 et 7j sur 7. Aucun système de fermeture (digicode, accès par badge, serrure, etc) ne verrouillent les portes d'accès au secteur des Urgences.	6a

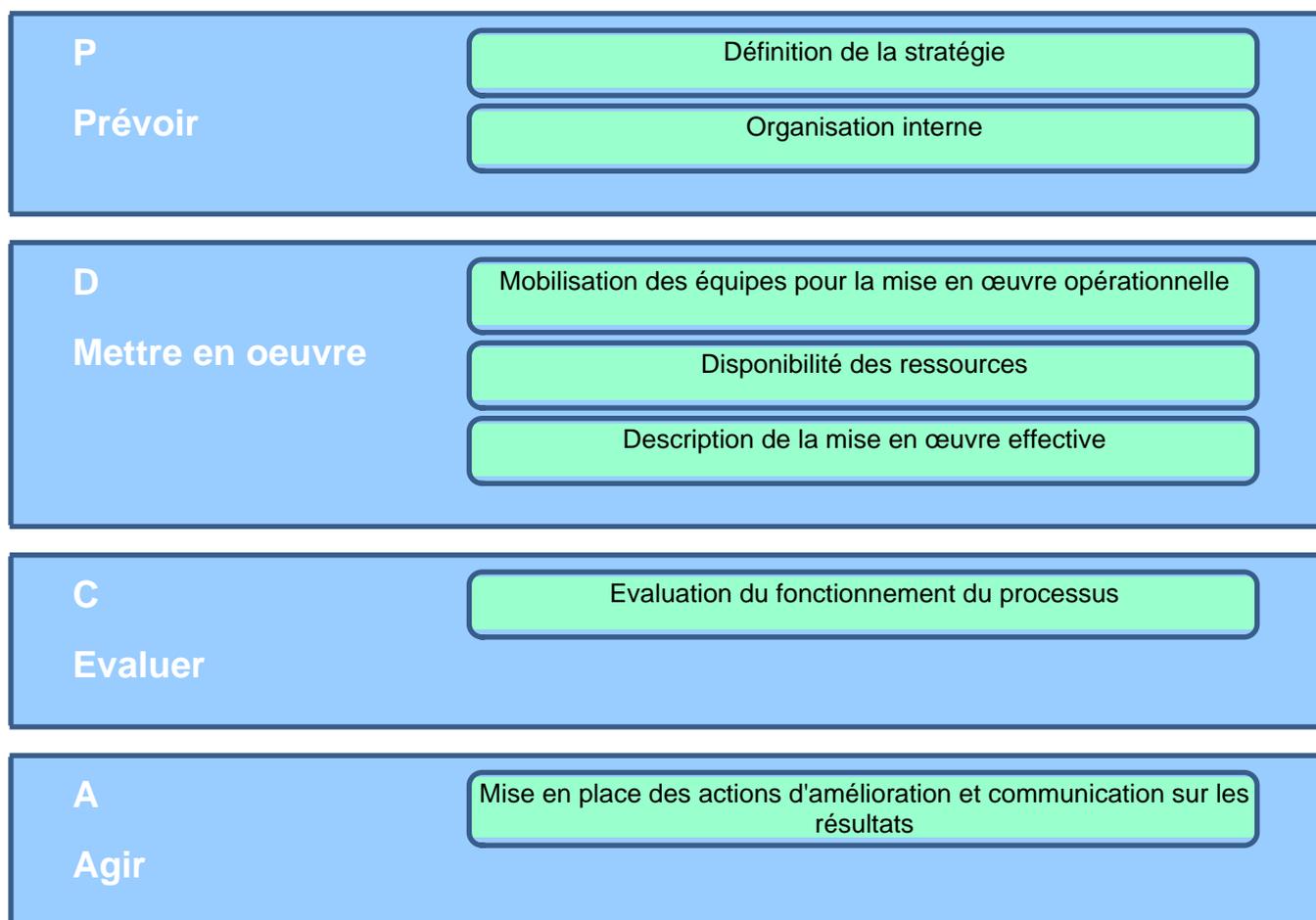
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier (CH) de L'Aigle dispose d'un secteur opératoire unique de 3 salles d'intervention opérationnelles sur les 5 salles autorisées et d'une Salle de Surveillance Post-Interventionnelle de 7 emplacements. Il n'existe pas de structure dédiée à la chirurgie ambulatoire en raison de l'absence actuelle d'autorisation de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Le CH a défini une stratégie et une politique de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient au bloc opératoire. Celle-ci est intégrée dans le Projet d'Etablissement 2017-2021 dont les principaux axes stratégiques sont de maintenir une offre de soins de premier recours permettant une égale accessibilité, en toute sécurité, à des soins de qualité, d'assurer le pérennisation de la prise en charge chirurgicale sur le site de L'Aigle en développant l'hospitalisation de semaine et en obtenant l'autorisation de chirurgie ambulatoire. Dans cette optique, la constitution du Groupement Hospitalier de Territoire pourra renforcer cette stratégie.

Dans le Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2013-2018 figurent également comme priorités : le maintien de l'activité chirurgicale et le développement de la chirurgie ambulatoire, la structuration de l'offre de soins avec les compétences des professionnels disponibles, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en renforçant le secteur d'anesthésie et la lutte contre les infections nosocomiales.

L'établissement a identifié ses besoins et analysé les risques au niveau du bloc opératoire et de la SSPI en s'appuyant sur une cartographie a priori à partir de données parfaitement identifiées (conformité de la réglementation, rapports d'inspection, recommandations de bonnes pratiques, résultats de la précédente certification v2010, etc.) en impliquant tous les professionnels et intervenants concernés.

Les risques priorités ont été intégrés dans le Compte Qualité lui même articulé avec le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel.

Le suivi de cette politique est assuré par l'intermédiaire du Compte Qualité au niveau du plan d'action d'amélioration validé par les instances que sont le Conseil de bloc, le Comité de la QUALITÉ, des Vigilances et des RISques (COQUAVIRIS) et la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

Les thèmes et actions issus de ce plan comprennent des délais, un ou plusieurs pilotes, un échéancier et des modalités de suivi des réalisations.

Le programme d'actions a fait l'objet d'une diffusion auprès des instances et des professionnels concernés qui sont parties prenantes dans sa réalisation.

La Charte de fonctionnement du bloc s'inscrit dans la démarche globale qualité/sécurité du patient mise en œuvre dans l'établissement en articulation avec le PAQSS. Elle est validée par les instances (Conseil de bloc et CME) et diffusée largement.

ORGANISATION INTERNE

Le CH de L'Aigle a défini une organisation interne pour piloter le processus de prise en charge du patient au bloc opératoire avec identification des rôles et des missions des pilotes dans une lettre de mission institutionnelle.

Le pilotage a ainsi été confié au chirurgien viscéral, Président du Conseil de bloc, au médecin chef du service d'Anesthésie-Réanimation, à la Faisant Fonction Cadre du bloc opératoire et à la Cadre Supérieure du Pôle. Dans cette mission, les pilotes travaillent en lien étroit avec la Direction Qualité et l'ingénieur Qualité de l'établissement.

Une Charte de fonctionnement du bloc précise l'organisation et les différents circuits conformément à la réglementation, aux recommandations professionnelles et aux spécificités des différentes prises en charge chirurgicales. Cette Charte s'articule autour de la coordination des soins, de la prise en charge des besoins spécifiques du patient et de sa sécurité au bloc opératoire dans le respect de ses droits auprès des professionnels et intervenants concernés.

L'organisation du bloc opératoire permet d'identifier les différents secteurs impliqués (bloc, endoscopie, urgences, SSPI et le secteur obstétrical). Les différents circuits sont également parfaitement identifiés (patients, professionnels, matériel et équipements, linge, déchets et stérilisation) en évitant tous les croisements intempestifs. Les rôles et responsabilités de tous les professionnels intervenant au niveau du bloc opératoire sont définis et formalisés dans leurs fiches de poste. Le Conseil de bloc est en place et opérationnel. Il se réunit à périodicité définie et les réunions font l'objet d'un Compte-Rendu diffusé aux professionnels.

La régulation des activités du bloc opératoire est assurée toutes les semaines par les pilotes : Chirurgien, Médecin Anesthésiste-Réanimateur (MAR), cadre du bloc. Cette réunion permet de valider les programmes opératoires prévisionnels en vue d'assurer la sécurité de la prise en charge des patients en tenant compte des effectifs disponibles et des impératifs (durée, matériels, etc.) liés aux types d'intervention. Le programme opératoire ainsi validé est disponible pour l'ensemble des professionnels et secteurs d'hospitalisation concernés. Ce programme opératoire permet également d'y intégrer les urgences et un ajustement éventuel du programme est réalisé si nécessaire.

Les ressources humaines permettent de couvrir les besoins et les compétences tant au bloc opératoire qu'en SSPI. Afin d'assurer la sécurité de la prise en charge des patients au bloc opératoire, la continuité et la permanence des soins, il est nécessaire de recourir à l'interim pour avoir le nombre de MAR nécessaire à l'ensemble des missions (Bloc, SSPI, Consultations et bloc obstétrical).

Les besoins en formation sont recueillis lors des différents entretiens réglementaires afin de rendre en compte et de développer les compétences des professionnels en vue de les intégrer dans le programme de formation institutionnel.

L'ensemble de la démarche qualité relative au fonctionnement du bloc opératoire est décliné dans des procédures et modes opératoires, fiches de traçabilité conformément au dispositif institutionnel et informatisé de gestion documentaire et/ou sous la forme de classeurs connus et accessibles pour tous les professionnels. Les besoins en supports d'information à destination des patients sont identifiés et les documents sont élaborés, validés et actualisés avec les intervenants concernés.

La mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles au bon fonctionnement du processus sont organisées. L'ensemble de ces ressources permet d'assurer le bon fonctionnement du bloc, de la SSPI ainsi que la continuité des soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ainsi que la prise en charge des urgences et des césariennes. Une démarche globale de maîtrise du risque infectieux (qualité de l'eau, de l'air, hygiène des locaux, etc.) est définie avec l'Infirmière hygiéniste. Des contrôles périodiques sont réalisés et tracés. Toutes les conduites à tenir pour faire face à une rupture du système (électrique, fluides médicaux, informatique, etc.) sont définies et appliquées en liaison avec les services techniques ainsi que le dispositif de maintenance préventive et curative des équipements biomédicaux organisé en lien avec le service biomédical.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des besoins et des risques identifiés, les pilotes du processus "Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire" organisent, en lien avec le Conseil de bloc, la déclinaison de la démarche institutionnelle et des grandes orientations du secteur en objectifs et plan d'actions opérationnels.

Ils assurent une communication active et régulière auprès des professionnels et intervenants concernés. Cette communication favorise la sensibilisation et l'implication de tous les professionnels concernés dans la mise en œuvre des plans d'actions d'amélioration pour atteindre les objectifs fixés dans leurs différents secteurs d'activité. Les indicateurs concernant la qualité et les tableaux de bord d'activité du secteur opératoire sont régulièrement diffusés.

Les professionnels et intervenants participent à l'élaboration des protocoles, à la déclaration et l'analyse des dysfonctionnements et des événements indésirables dans le cadre principalement du Conseil de bloc, au suivi des indicateurs et des actions correctives ainsi qu'aux vigilances sanitaires et réglementaires.

Le management du bloc opératoire s'assure que les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues des bonnes pratiques reconnues (marche en avant, hygiène, tenue vestimentaire, absence de bijoux, respect du patient, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines en compétences et en effectif permettent d'assurer la prise en charge du patient dans la journée. Le cas échéant, le recours à l'intérim est nécessaire et parfois un ajustement du programme opératoire s'impose.

La continuité et la permanence des soins sont assurées la nuit, le week-end et les jours fériés par un médecin anesthésiste-réanimateur et une IADE de garde sur place avec un chirurgien par spécialité et 2 IBODE en astreinte opérationnelle.

Le personnel non médical du bloc opératoire se compose d'infirmières de bloc diplômées (IBODE) et d'IDE formées pour travailler au bloc (IBO) pour lesquelles une validation des acquis est organisée, d'IDE formées pour travailler en SSPI et d'infirmières anesthésistes diplômées. Le maintien des compétences est assuré et la formation des professionnels tient compte des besoins de l'activité et, en particulier la formation des IDE dans les écoles d'IBODE et d'IADE. Une procédure spécifique est en place pour accueillir les éventuels nouveaux arrivants.

Les professionnels ont également été formés à l'hygiène et au traitement des endoscopes, à la conduite de l'autoclave de stérilisation et aux sutures dans le cadre de leur formation complémentaire. Chaque spécialité chirurgicale a 1 ou 2 IBO ou IBODE référentes pour tout ce qui concerne le matériel, les protocoles et procédures. Par ailleurs, les IADE sont formés la réanimation du nouveau-né, à la sécurité transfusionnelle (hémovigilance), à la gestion du dépôt de sang (transport et conservation des Produits sanguins Labiles (PSL). Plusieurs d'entre eux suivent les sessions de recyclage des formateurs AFGSU et une IADE est titulaire d'un DU d'Hypnose.

Enfin, tous les professionnels suivent les formations institutionnelles concernant l'utilisation du logiciel du DPI institutionnel, l'incendie, la gestion de l'urgence, la formation réglementaire à la protection des

professionnels et des patients vis à vis des rayonnements ionisants.

En liaison avec le SAU, les professionnels du bloc opératoire se préparent à la gestion d'un afflux massif de victimes en se formant au "Damaged Control".

Professionnels médicaux et paramédicaux participent également aux différents congrès régionaux et nationaux de leurs différentes spécialités.

La gestion documentaire informatisée est accessible aux professionnels à partir des nombreux ordinateurs mis à disposition ainsi que sous format papier dans des classeurs connus de tous. Les procédures (vérifications des salles à l'ouverture, transport des patients, bio-nettoyage, réalisation des check-lists, etc.) sont déclinées au regard des spécificités de l'activité, des recommandations de bonnes pratiques, des règles d'hygiène. Elles sont rédigées et actualisées avec la participation des professionnels et intervenants du bloc opératoire.

Les professionnels disposent également sous forme informatique de toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient (dossier médical, prescriptions, résultats d'examens biologiques ou d'imagerie, fiche de liaison avec les services d'hospitalisation, etc.). Le dossier d'anesthésie reste encore en partie sous format papier. Il en est de même du programme opératoire et des plannings concernant le fonctionnement des activités.

Au bloc opératoire, les locaux, y compris les zones de stockage, sont adaptés en termes d'espaces et de fonctionnalité pour respecter au mieux les circuits (professionnels, patients, matériel, linge, déchets). Ils sont opérationnels et contrôlés.

Bien que de conception et de construction anciennes, l'architecture et la configuration des locaux du bloc, de la SSPI tiennent compte en grande partie des besoins, des risques, de la réglementation et des évolutions et recommandations actuelles.

Le bloc opératoire, situé au rez-de-chaussée du bâtiment principal de l'établissement, comprend 5 salles d'intervention dont seulement 3 sont opérationnelles. Celles-ci sont organisées de façon fonctionnelle : 1 salle ISO5 réservée à l'activité d'orthopédie et 1 salle ISO7 destinée à la chirurgie viscérale, à la Gynécologie et aux endoscopies digestives et urologiques ainsi qu'aux urgences. La troisième salle, également ISO7 est réservée aux césariennes. La SSPI comprend 7 emplacements.

Un dépôt de sang, répondant aux attendus réglementaires, est également installé au sein du bloc opératoire. Il est géré par un IADE en lien avec l'un des pharmaciens de la PUI.

Des zones de stockage dédiées permettent de mettre à disposition des professionnels les arsenaux spécifiques aux différentes spécialités chirurgicales.

En revanche, les locaux ne permettent un bio-nettoyage et un entretien adaptés que pour une partie d'entre eux. En effet, la dégradation du sol de la salle d'intervention réservée aux césariennes ne permet pas d'assurer un bio-nettoyage adapté et un contrôle optimal du risque infectieux. La visite sur le terrain a montré de très nombreuses dégradations du revêtement du sol à type de poinçonnement entraînant la disparition du caractère lisse et l'apparition de nombreuses aspérités facilitant l'accumulation de particules.

La configuration des salles d'intervention permet d'assurer un contrôle continu de la qualité de l'air, de la température, de la surpression et de l'hygrométrie. Les contrôles particuliers annuels et bisannuels selon la norme ISO et l'analyse réalisée par un organisme agréé externe confirment l'adéquation de la qualification des salles avec la chirurgie.

Les équipements prévus sont en place. Ils sont gérés par l'encadrement et les professionnels du bloc en lien avec le service biomédical permettant ainsi une maintenance préventive et curative efficace.

L'approvisionnement en matériels, linge et produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux implantables ou non, produits sanguins ou médicaments dérivés du sang) permet de répondre aux besoins et à l'activité (activités programmées ou en urgence, populations particulières de patients).

Le traitement des dispositifs médicaux après intervention bénéficie d'une prise en charge parfaitement adaptée au niveau de chaque salle d'intervention avec un circuit de transfert vers la stérilisation respectant le principe de la marche en avant.

Compte tenu du fonctionnement réduit sur 3 salles, le nombre de postes mis à disposition en SSPI répond largement aux besoins du bloc opératoire et permet une séparation effective entre les différentes activités réalisées : chirurgie classique, endoscopie et césarienne. La disponibilité du matériel d'urgence en SSPI est effective.

Le système d'information est en place et adapté aux besoins (accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques).

Les mesures de protection des risques professionnels sont mises en oeuvre et connues des professionnels et intervenants notamment en ce qui concerne la radioprotection (formation, mise à disposition et port de dosimètres, dosimètres passifs, tabliers de protection, protèges thyroïde, bagues) ainsi que la prévention et la gestion des accidents d'exposition au sang.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les compétences et les effectifs médicaux et paramédicaux présents au bloc opératoire et en SSPI, au moment de la visite terrain, sont adéquats et concordants avec le planning opératoire défini. Les professionnels du bloc mettent en œuvre les organisations et pratiques en respectant les règles définies et les recommandations de bonne pratique dans toutes les différentes zones du bloc (tenue vestimentaire, absence de bijoux, marche en avant, hygiène, respect du patient, confidentialité, etc.).

La régulation de l'activité opératoire est assurée par la Faisant Fonction de cadre du bloc opératoire, le chef de service d'anesthésie et le chirurgien, président du Conseil de bloc selon la programmation

hebdomadaire et les ajustements quotidiens éventuellement nécessaires. Ce programme opératoire est ajusté pour tenir compte des présences des praticiens (chirurgiens et anesthésistes), des besoins en matériel, des besoins en effectif et des particularités du patient.

Les conditions de travail et le climat relationnel au bloc , tels que perçus au moment de la visite, démontrent une excellente collaboration et un échange d'information entre les différents intervenants au cours de la prise en charge des patients.

La permanence des soins est assurée et la continuité des soins est effective. Le dossier du patient est disponible à toutes les étapes de sa prise en charge. La collaboration entre les médecins anesthésistes, les IADE et les IDE est mise en œuvre pour assurer la sécurité de la prise en charge du patient en SSPI.

Les interfaces entre les secteurs de soins et le bloc opératoire sont opérationnelles.

Les règles de sécurité sont appliquées au quotidien, en particulier les contrôles des salles d'intervention (traçabilité des ouvertures de salles pour la chirurgie et l'anesthésie ainsi que pour la SSPI, identitovigilance, etc.), la traçabilités des dispositifs médicaux implantables et les actes opératoires. La check-list "Sécurité au bloc opératoire" est en place, ses différents temps sont assurés et tracés.

La maîtrise du risque infectieux est assurée notamment la traçabilité du risque lié aux agents transmissibles non conventionnels. Les contrôles de l'air, de l'eau, des fluides médicaux et des surfaces sont assurés et également tracés.

Les opérations de maintenance préventive et curative sont assurées par l'équipe biomédicale, ses interventions sont tracés. Les équipements et matériels sont remplacés y compris en urgence.

L'information du patient est bien structurée. Le patient reçoit les informations utiles à son séjour et à son intervention lors des différentes consultations. Des supports lui sont communiqués : formulaire de recueil du consentement éclairé, personne de confiance, livret d'accueil, documents édités par les sociétés savantes, passeport ambulatoire pour le secteur d'endoscopie, etc.

Les procédures et supports de signalement des dysfonctionnement et des évènements indésirables sont en place et connus des professionnels. Ils sont essentiellement traités en Conseil de bloc. Les pilotes s'assurent régulièrement de la conformité des bonnes pratiques par rapport aux dispositions prévues par les procédures et protocoles notamment lors des réunions de service.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif de suivi de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge du patient est en place au bloc opératoire. Cette évaluation globale de la qualité et de l'efficacité du processus est réalisée sur la base du recueil et de l'analyse d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (évènements indésirables, retard de prise en charge, taux de débordement, délais, etc.) et des indicateurs nationaux dont l'ICALISO.

Plusieurs audits ont été réalisés sous la forme d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) concernant en particulier l'utilisation de la check-list HAS "Sécurité du patient au bloc opératoire" et sur l'accueil du patient au bloc opératoire.

Tous ces indicateurs et résultats sont suivis par les pilotes du processus à l'aide d'un tableau de bord et régulièrement examinés lors des Conseils de bloc. Un bilan annuel est présenté aux instances dont principalement la CME.

Le suivi de la mise en oeuvre des plans d'actions d'amélioration est effectif pour identifier les actions correctives supplémentaires en collaboration avec la Direction Qualité de l'établissement.

A / AGIR

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

Une démarche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au bloc opératoire et en SSPI est assurée avec un suivi des actions en place ou en train de se mettre en place. Ce suivi est effectué par les pilotes du processus en lien avec l'équipe qualité et la direction de l'établissement.

Des révisions et ajustements de stratégie et d'objectifs sont réalisés en fonction des résultats intermédiaires obtenus.

Les actions d'amélioration et les ajustements sont programmés et mis en œuvre de manière coordonnée et structurée avec les professionnels et intervenants concernés. Ils sont intégrés dans le nouveau Compte qualité et articulés avec le PAQSS institutionnel.

La communication des résultats des évaluations réalisées dans le secteur du bloc opératoire et de la SSPI à destination des instances, des professionnels et des usagers est organisée à l'aide de différents supports (réunions d'information, Conseil de bloc, réunion de pôle, affichage, etc.).

Les professionnels du bloc et de la SSPI ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité ainsi qu'aux indicateurs de l'établissement et notamment ceux concernant la satisfaction des patients.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	PS	La dégradation du sol de la salle d'intervention réservée aux césariennes ne permet pas d'assurer un bio-nettoyage adapté et un contrôle optimal du risque infectieux La visite sur le terrain a montré de très nombreuses dégradations du revêtement du sol à type de poinçonnement entraînant la disparition du caractère lisse et l'apparition de nombreuses aspérités facilitant l'accumulation de particules.	26a

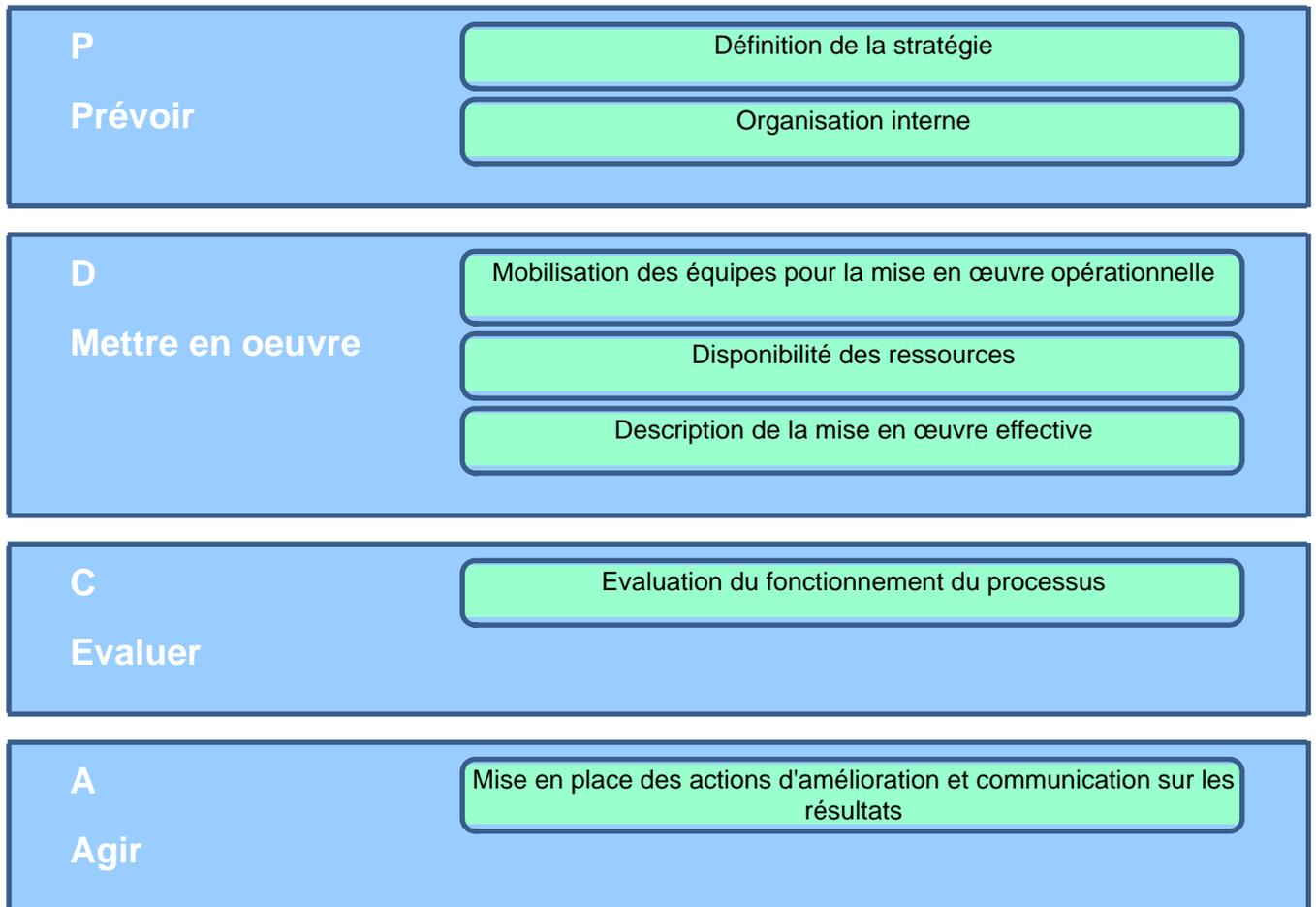
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Au sein du Centre Hospitalier (CH) de L'Aigle, l'activité d'endoscopie représente environ 800 actes par an. Trois types d'endoscopie sont réalisés : digestives, urologiques et bronchiques.
Tous les actes d'endoscopies nécessitant le recours à une anesthésie générale ou non sont réalisés au sein du bloc opératoire. Ils relèvent du processus de prise en charge du patient au bloc opératoire.
Les orientations stratégiques de la politique d'optimisation de la qualité et de la gestion des risques en endoscopie sont précisées dans le projet d'établissement 2017-2021.
L'identification des risques a été élaborée par les pilotes et les professionnels concernés en lien avec l'infirmière hygiéniste mais elle ne repose pas sur une cartographie des risques a priori telle qu'attendue par la HAS.
Néanmoins, pour identifier les risques du processus, les pilotes se sont appuyés sur les résultats de la certification V2010, sur l'audit de pratiques de traitement des endoscopes du Groupe Régional d'Études des Pratiques en Hygiène Hospitalière (GREPHH) réalisé en décembre 2016 et sur les orientations nationales (Programme national pour la sécurité du patient) ainsi que les exigences législatives et réglementaires applicables à l'endoscopie.
Ce travail a abouti à l'identification de plusieurs risques et a permis d'identifier, d'analyser et de hiérarchiser 6 risques principaux figurant dans le Compte Qualité.
Cette analyse des risques a permis la définition d'une stratégie et l'élaboration d'une politique de management de la qualité et de la sécurité dans le secteur d'endoscopie qui est déclinée dans un programme d'actions formalisé et intégré dans le PAQSS institutionnel validé par les instances de l'établissement et diffusée à l'échelle de l'établissement. Les ressources et les modalités de suivi sont également identifiées.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation interne pour piloter le processus. Ce pilotage a été confié à un médecin gastro-entérologue et à la Faisant fonction cadre du bloc opératoire. Dans cette mission, les pilotes reçoivent l'aide de l'infirmière hygiéniste et le soutien de la Direction Qualité.
Les missions et responsabilités des pilotes concernés par le management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient en endoscopie sont organisées, définies et précisées dans une fiche de mission institutionnelle.
Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires en temps utiles, à l'atteinte des objectifs fixés. Les rôles et missions des professionnels sont inscrits dans les fiches de poste respectives de chaque métier.
L'activité d'endoscopie est intégrée dans la Charte de fonctionnement du bloc opératoire et les médecins endoscopistes participent au Conseil de bloc.
Les besoins en effectifs et compétences sont identifiés en fonction des risques et de la réglementation pour permettre d'assurer la prise en charge des patients, l'analyse et le traitement des éventuelles complications de l'endoscopie, le nettoyage, la désinfection, la traçabilité des actions.
Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés. Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation de l'établissement. Les modalités d'intégration et d'adaptation des nouveaux personnels sont organisées.
Les besoins en ressources documentaires concernant les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge des patients ainsi que les circuits des professionnels, des matériels et des déchets sont connus et organisés. Il en est de même pour les procédures de nettoyage des salles, la pré-désinfection et désinfection des endoscopes, la prise en compte du risque "prion".
La programmation des actes et la régulation du programme sont organisées en liaison avec le bloc pour les actes d'endoscopie avec les cadres concernés. Le transport des patients hospitalisés dans l'établissement et le circuit des patients pris en charge sont intégrés dans cette organisation.
La réalisation des endoscopies dans le cadre de l'urgence en dehors des heures habituelles est très exceptionnelle mais elle peut être assurée après accord d'un médecin gastro-entérologue qui sera assisté par l'IBODE d'astreinte sur le bloc opératoire formée au traitement des endoscopes.
Le traitement des endoscopes est semi-automatisé et le stockage est conforme aux bonnes pratiques dans une armoire dédiée.
Le dispositif d'entretien des équipements et des endoscopes s'intègre dans la conformité : suivi des matériels, traçabilité des traitements, maintenance préventive et curative, contrôle qualité et suivi bactériologique de l'eau et de l'air. La gestion des endoscopes, la maintenance préventive et curative des équipements est assurée en liaison avec le service biomédical.
L'hygiène et le nettoyage des locaux (bloc opératoire, salle de traitement et de désinfection des endoscopes) des salles, le traitement des endoscopes, la prise en compte du risque lié aux agents transmissibles non conventionnels (ATNC), la maintenance sont identifiés, organisés et tracés. Les

procédures sont élaborées, actualisées et accessibles à tous sur le système de gestion documentaire institutionnel (GED).

Les risques professionnels spécifiques à cette activité sont identifiés et les actions de prévention font l'objet de procédures connues et mises en œuvre par les professionnels concernés. La déclaration des événements indésirables et des dysfonctionnements du secteur d'endoscopie est encouragée et opérationnelle.

La gestion des interfaces est organisée avec les secteurs cliniques et avec les secteurs d'appui.

L'infirmière hygiéniste assure le suivi des prélèvements des endoscopes et l'accompagnement des professionnels dans la mise en œuvre des recommandations de pratiques et d'élaboration des procédures et protocoles de désinfection.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des besoins identifiés et des résultats de la cartographie des risques, le management du secteur d'activités endoscopiques organise la déclinaison de la démarche institutionnelle priorisée dans le Compte Qualité. Celle-ci est déployée en objectifs et plans d'actions opérationnels afin d'assurer la diffusion de la culture qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient.

Les pilotes organisent le fonctionnement du secteur d'endoscopie en tenant compte des objectifs et plans d'action et en fonction du programme opératoire et sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur service.

La mobilisation des professionnels de chacun des secteurs d'activité est effective et opérationnelle tout au long du parcours de prise en charge du patient tant pour son accueil et sa prise en charge que pour l'utilisation et la surveillance des équipements utilisés. Il en est de même pour l'utilisation, le bio-nettoyage et le traitement des endoscopes que ce dernier soit automatisé ou manuel.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures réglementaires ou issues des bonnes pratiques reconnues actualisées et validées. Les pilotes s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Les prélèvements microbiologiques sont effectués en conformité avec l'organisation définie et les résultats sont communiqués aux professionnels concernés.

Des audits de conformité sont réalisés à périodicité afin de s'assurer de l'appropriation par les professionnels des objectifs de la démarche qualité-sécurité de la prise en charge du patient en endoscopie.

Les résultats sont communiqués aux professionnels concernés qui participent à l'identification des actions correctives et à l'élaboration des actions d'amélioration. Par ailleurs, ils sont sensibilisés aux risques professionnels. Ils connaissent et appliquent les mesures préventives dès que nécessaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources médicales et paramédicales (effectif et compétence) sont en place et permettent d'assurer la prise en charge du patient.

Les professionnels sont formés ou en cours de formation conformément au plan de formation institutionnel, en particulier pour le traitement des endoscopes. Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés.

Bien que de superficie restreinte, la salle de traitement des endoscopes est conforme et adapté à sa fonction. Les ressources matérielles (équipements, endoscopes, colonne vidéo, etc.) sont conformes et disponibles.

Tous les équipements de protection (gants, lunettes, masques, tabliers) pour le traitement manuel des endoscopes sont à la disposition des professionnels concernés.

Le service biomédical assure la gestion du parc d'endoscopes et des matériels de désinfection et nettoyage des consommables. Le renouvellement des dispositifs est organisé, les maintenances préventives et curatives sont assistées et gérées informatiquement.

Le dispositif de traçabilité d'utilisation et de désinfection des endoscopes est effectif.

L'approvisionnement en matériel (matériel d'instrumentation endoscopique, consommables, dispositifs médicaux, etc.) et en linge permet de répondre à l'activité programmée et non programmée. Le contrôle des stocks de matériel stérile et des dates de péremption des consommables à usage unique est opérationnel.

Tous les documents utiles sont à la disposition des utilisateurs (protocoles, fiches techniques et enregistrement). Ils sont actualisés et accessibles pour les professionnels dans la GED et par voie d'affichage. Des documents d'information sont mis à la disposition des patients.

Le programme des activités programmées d'endoscopie (au bloc et sur le plateau technique d'endoscopie) est accessible aux professionnels et comporte tous les éléments nécessaires à la sécurité du patient.

Les professionnels ont accès au programme hebdomadaire d'endoscopie et disposent de toutes les informations concernant le patient nécessaire à sa prise en charge (dossier médical et dossier d'anesthésie le cas échéant, prescriptions, résultats d'examen, risque ATNC, préparation, etc.).

Le système d'information est en place et adapté aux besoins : accessibilité, confidentialité,

fonctionnement des postes informatiques, procédures dégradées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'endoscopie applique l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement du service et la prise en charge du patient. Les protocoles sont appropriés et appliqués par les professionnels rencontrés. Ils mettent en œuvre les recommandations de bonnes pratiques d'identification des patients.

Les compétences et effectifs du personnel médical et paramédical y compris anesthésique sont présents au niveau du bloc pour l'activité endoscopique et concordant au moment de la visite avec le planning d'examen définis.

La planification des endoscopies et la régulation du programme est assurée par la cadre du bloc en lien avec le président du conseil de bloc et le médecin chef du service d'anesthésie. Le programme des activités programmées d'endoscopie est accessible aux professionnels et ceux-ci disposent de toutes les informations concernant le patient nécessaires à sa prise en charge et à sa sécurité (dossier médical et dossier d'anesthésie le cas échéant, prescriptions, résultats d'examen, risque ATNC, préparation, etc.).

La vérification des actes est assurée et tracée dans le dossier du patient. Elle concerne tous les actes: la vérification de l'identité, la check-list "Endoscopie", la traçabilité des endoscopes et du risque ATNC, les opérations de nettoyage et de désinfection des endoscopes. La planification et la réalisation des contrôles microbiologiques et bactériologiques des endoscopes est effective ainsi que la maîtrise du risque infectieux.

L'échange des informations nécessaires à la prise en charge du patient est fonctionnel.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les mesures de prévention des risques professionnels sont mises en œuvre. A chaque étape de sa prise en charge, les informations sont données au patient et son identité est vérifiée. L'intimité et la dignité du patient sont respectées et la confidentialité des données le concernant est assurée.

La procédure de déclaration des événements indésirables est opérationnelle et connue de tous les professionnels concernés.

Le système d'information est en place et adapté aux besoins : accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques, procédures dégradées.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Afin d'évaluer le processus de prise en charge du patient en endoscopie et le suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration, les pilotes utilisent des indicateurs quantitatifs (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.) et qualitatifs (suivi des prélèvements, événements indésirables, dysfonctionnement, etc.).

Un audit d'observation de tous les professionnels intervenant dans le local de traitement des endoscopes a été réalisé par le Groupe Régional d'Etudes des Pratiques en Hygiène Hospitalière (GREPHH) en octobre/novembre 2016 en Gastro-entérologie et en Urologie.

Cet audit a permis de dégager plusieurs axes d'amélioration permettant principalement de pallier les risques de faute d'aseptie induites par l'architecture du local de traitement des endoscopes.

Des prélèvements biologiques réguliers contribuent à l'évaluation de la qualité du dispositif dans l'ensemble des secteurs concernés.

Un retour des évaluations entreprises est réalisé auprès des professionnels ainsi que des débriefings réguliers au sein des services concernés.

Le recueil des événements indésirables et des dysfonctionnements est réalisé.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre de manière coordonnée et structurée en lien avec les professionnels concernés. Elles sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

La communication des résultats des évaluations réalisées dans le secteur d'endoscopie, au bloc opératoire et en SSPI à destination des instances, des professionnels concernés et des usagers est organisée à l'aide de différents supports (réunions d'information, courriels, affichage, etc.). Les professionnels ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité ainsi qu'aux indicateurs de l'établissement et notamment ceux concernant la satisfaction des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

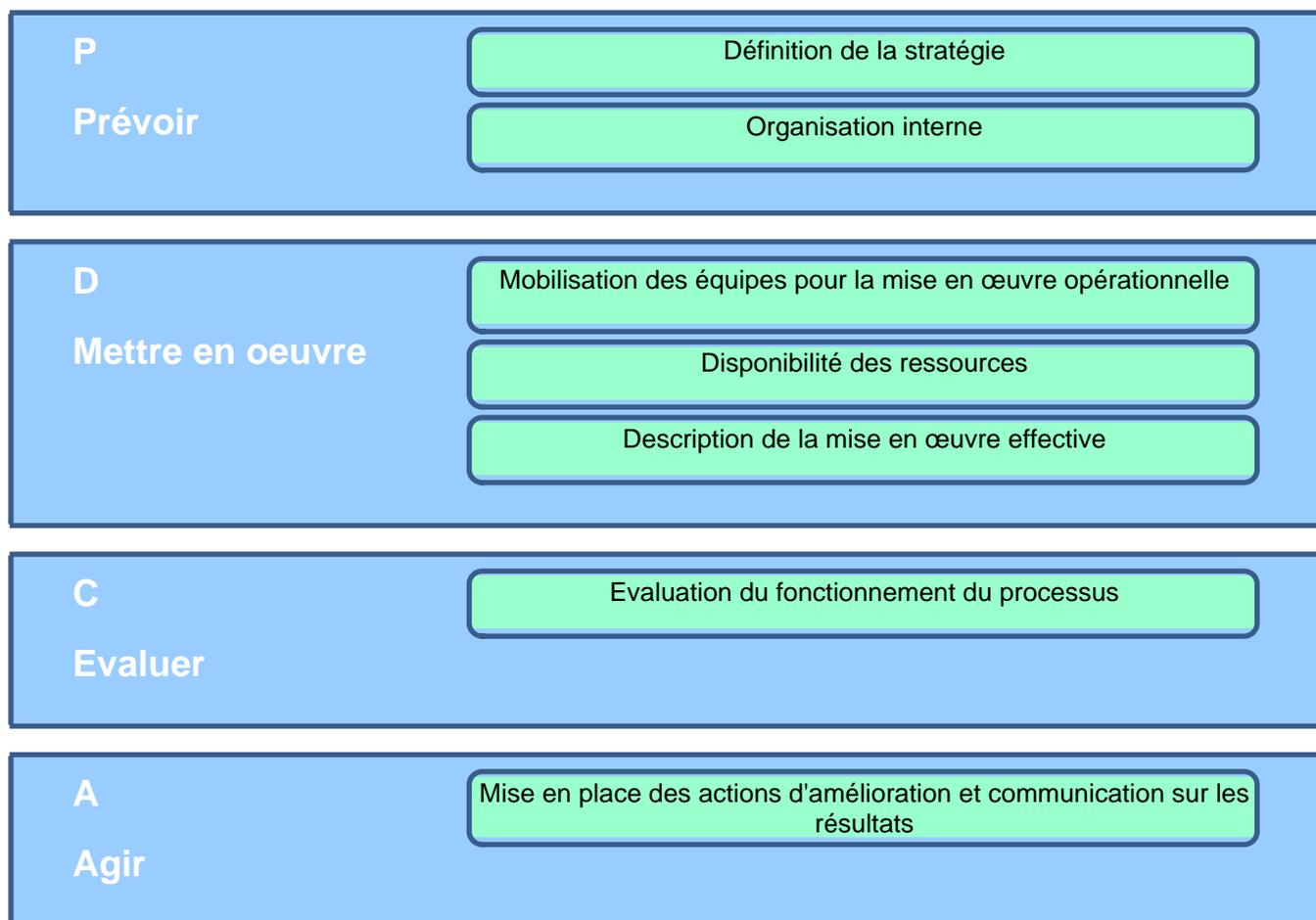
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier (CH) de L'Aigle dispose d'une maternité de niveau I, qui a réalisé 395 accouchements pour 400 naissances vivantes en 2016 avec un taux de césarienne de 24 % et plus de 80 % d'analgésie locorégionale (péridurales et rachianesthésies). Une consultation sage-femme (consultations prénatales et échographies) délocalisée a été mise en place au CH de Verneuil sur Avre.

La maternité vient d'obtenir le renouvellement d'autorisation de l'ARS jusqu'en septembre 2022.

La stratégie de la prise en charge dans le secteur de naissance est définie et formalisée dans le projet d'établissement 2017-2021 avec pour objectifs principaux : augmenter le nombre d'accouchements pour renforcer et pérenniser l'activité d'obstétrique, développer le projet périnatalité et l'offre de soins en pédiatrie, mettre en place le Projet de Retour A Domicile (PRADO) en lien avec l'assurance maladie.

Cette stratégie est déclinée dans une politique de prise en charge en salle de naissance qui prend en compte l'analyse des risques a priori, les besoins et l'organisation du parcours patient selon les différentes typologies de patientes (physiologique, risque maternel périnatal, risque néonatal et leur mode d'admission) et la satisfaction des patientes. Elle est déployée dans le cadre du réseau de santé périnatale normand et inclut les collaborations inter-établissements, en particulier avec le CH de Lisieux et les CHU de Caen et de Rouen.

Dans le cadre de l'élaboration de son compte qualité, l'établissement a conduit une analyse des risques a priori sous la forme d'une cartographie reprenant les différentes étapes du processus de prise en charge des patientes. Elle a été réalisée en associant les professionnels de terrain concernés.

Cette cartographie a conduit à l'identification, l'analyse et la hiérarchisation de 3 risques prioritaires.

Un programme d'actions d'amélioration et de surveillance a été établi comportant des objectifs précis et opérationnels, des mesures de traitement des risques identifiés, des ressources à mobiliser et des calendriers de réalisation. Ce programme d'actions a été intégré au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a confié le pilotage de ce processus conjointement à un médecin gynécologue-obstétricien et à la sage-femme coordinatrice.

Les missions et responsabilités des pilotes concernés par le management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient en secteur de naissance sont organisées, définies et précisées dans une fiche de mission institutionnelle.

L'organisation de la salle de naissance, les modalités d'intervention des professionnels médicaux, des sages-femmes et des personnels paramédicaux ainsi que les différentes interfaces du secteur de naissance, sont définies dans le cadre du règlement intérieur du Pôle Femme-Mère-Enfant.

Au regard de ses missions et besoins ainsi que des risques identifiés en salle de naissance, l'établissement s'assure de l'existence et de la mise à disposition en temps utiles des ressources humaines (en effectif et compétence) ainsi que des ressources matérielles nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé.

La permanence des soins est organisée avec la présence sur place 24h sur 24 d'une sage-femme, d'une auxiliaire de puériculture, d'un médecin anesthésiste-réanimateur et d'un IADE. Le médecin gynécologue-obstétricien, l'IBODE et le pédiatre sont en astreinte opérationnelle. Le recours à des intérimaires (gynécologues-obstétriciens, médecins anesthésistes-réanimateurs et pédiatres) s'avère régulièrement nécessaire pour assurer cette permanence des soins.

Les rôles et responsabilités de la sage-femme coordinatrice, des sages-femmes et de tous les professionnels paramédicaux du secteur de naissance (puéricultrices, auxiliaires de puériculture, aides soignantes et Agents des services hospitaliers) sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste. Les modalités d'intégration des nouveaux arrivants sont définies.

D'autres professionnels interviennent dans le fonctionnement de la maternité : secrétaires, diététiciennes, psychologues et assistante sociale.

Les besoins en formation sont identifiés (AFGSU, acupuncture, massage, maîtrise du périnée, sexualité, régulation des naissances, etc.).

Les ressources documentaires (procédures, protocoles, ...) nécessaires aux professionnels sont élaborées sur la base de référentiels reconnus et validés périodiquement. Elles sont mises à la disposition des professionnels sous forme électronique ou dans des classeurs spécifiques. Les conduites à tenir dans les principales situations critiques rencontrées sont codifiées, en particulier la décision de césarienne en urgence et sa mise en œuvre font l'objet d'une procédure concertée. Le rappel par voie d'affiche de certaines consignes des professionnels est prévu. Des documents d'information des futures patientes et de leurs familles (livret d'accueil) sont élaborées et leur diffusion organisée.

Le système d'information est organisé autour du dossier informatisé institutionnel mais le dossier d'accouchement et de suivi de la grossesse reste encore en version papier.

Les interfaces avec les laboratoires, l'imagerie médicale, la pharmacie, le dépôt de sang interne, l'EOH, la

stérilisation, les services administratifs (accueil, secrétariat, archives, facturation) et les secteurs logistiques (transport, linge, déchets) sont opérationnelles.

Pour le secteur d'hospitalisation, les interfaces avec le bloc obstétrical sont organisées par les sages-femmes. Avec les autres services (médicaux, chirurgicaux, médico-techniques, techniques et administratifs), les modalités des échanges sont régies selon les règles institutionnelles communes.

La maintenance préventive et curative des équipements qui le nécessitent est organisée. L'entretien des locaux est défini selon les modalités et les procédures établies en concertation avec l'infirmière hygiéniste.

Les interfaces externes sont également organisées avec les autres structures de soins, notamment avec le CH de Lisieux et les CHU de Caen et de Rouen, dans le cadre du réseau périnatalité normand pour le transfert des parturientes et/ou des nouveau-nés, ainsi qu'avec les professionnels de santé de ville et les autres structures institutionnelles (PMI, PRADO).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et des besoins identifiés pour le secteur de naissance, les pilotes mettent en œuvre la stratégie institutionnelle en définissant des objectifs et plans d'actions opérationnels.

Les professionnels sont informés et sensibilisés sur les risques identifiés et sur les résultats des évaluations de façon informelle au quotidien et de façon plus structurée lors des réunions de services régulières ou organisée dans le cadre du réseau périnatalité normand.

La participation de la maternité au réseau périnatalité permet la coordination de la prise en charge des parturientes dans le territoire de santé, la mobilisation et l'information des professionnels concernés.

Les pilotes s'assurent de la conformité des pratiques professionnelles par rapport aux procédures, protocoles, consignes. Ils sensibilisent les professionnels au recueil et à l'analyse des évènements indésirables, à la participation aux RMM du réseau périnatalité et au traitement éventuel des plaintes et réclamations concernant le secteur de naissance.

Des documents de synthèse et des affiches rappellent aux professionnels les bonnes pratiques dans les situations critiques. Tous les professionnels sont également impliqués dans le recueil des indicateurs IQSS nationaux et participent autant que faire se peut aux RMM du réseau périnatalité.

Les évènements indésirables font l'objet d'un signalement (interne et réseau périnatalité). Des analyses pluriprofessionnelles des causes profondes, principalement sous forme de RMM, sont réalisées dans le cadre du réseau périnatalité normand.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences médicales, maïeutiques et soignantes prévues sont disponibles et appropriées pour répondre aux besoins de ce secteur d'activité (accueil des urgences, salles d'accouchement et secteur d'hospitalisation).

En particulier, les compétences en médecins gynécologues-obstétriciens, médecins anesthésistes-réanimateurs et pédiatres sont disponibles et mobilisables 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Les tableaux des effectifs et de la permanence médicale sont disponibles et accessibles à tous les professionnels concernés. Les professionnels paramédicaux sont également disponibles au sein de la salle de naissance et du bloc opératoire. Une IBODE et une IADE sont mobilisables également 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour la réalisation des césariennes.

La maternité peut faire appel en interne à une psychologue, une diététicienne et à une conseillère conjugale et familiale. Les avis médicaux spécialisés sont également disponibles.

Le maintien des compétences de l'ensemble des professionnels est assuré (congrès, réunions régionales, réunions du réseau périnatalité) et les formations prévues sont réalisées. Ainsi, en dehors des formations institutionnelles (AFGSU, incendie, etc.), plusieurs sages-femmes sont formées à l'acupuncture, à l'addictologie, à la maîtrise du périnée, à la réanimation du nouveau-né, etc..

Les ressources documentaires sont accessibles, actualisées et connues des différents intervenants (obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, pédiatres, personnels paramédicaux). Intégrés dans le système documentaire institutionnel ou dans le classeur dédié de la salle de naissance, elles assurent une information coordonnée et cohérente avec les bonnes pratiques du secteur de naissance et du réseau périnatalité.

Des affiches de grand format à destination des professionnels sont en place pour rappeler les éléments essentiels des conduites à tenir dans les situations à risque et, en particulier, lors d'une hémorragie du post-partum.

Les dossiers des patientes sont adaptés et accessibles en temps utiles. Les documents d'information destinés aux futures mamans et à leur famille sont en place (affiche) ou disponibles (livret d'accueil).

Les équipements des salles d'accouchement et du bloc opératoire répondent aux besoins des prises en charge obstétricale, de la réanimation maternelle, des soins pédiatriques et de réanimation néonatale.

Les locaux nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie sont prévus et situés sur deux étages distincts du bâtiment principal de l'établissement. Le service d'hospitalisation et les salles de naissances se situent au premier étage. Les consultations et la salle de césarienne située au bloc opératoire sont au rez-de-chaussée.

La capacité et la disposition des locaux (accueil, salles de soins et d'intervention, hébergement) sont prévus pour répondre aux besoins et atteindre les objectifs.

Au rez-de-chaussée, les consultations externes sont composées de 3 bureaux médicaux, 2 salles d'échographie, un secrétariat d'accueil et une salle de préparation à l'accouchement.

A l'étage, le service d'hospitalisation comporte 8 chambres côté obstétrique (4 doubles et 4 simples), 10 chambres côté gynécologie (2 doubles et 8 simples), une nurserie centrale, une salle de soins, une biberonnerie, un bureau pour les sages-femmes et une salle d'admission.

A l'étage, le secteur de naissance est composé de 3 salles d'accouchement et d'une salle de réanimation néonatale comportant 2 tables de réanimation et d'un néopuff sur l'une d'elle.

Selon les termes du décret Périnatalité de 1998, la maternité du CH de L'Aigle, réalisant moins de 1200 accouchements par an, est autorisée à ne pas avoir une salle de césarienne dans la contiguïté des salles de naissances à condition que celle-ci soit située dans le bloc opératoire. Cependant, les conditions de transfert des parturientes entre les salles de naissances et le bloc opératoire, situé à l'étage inférieur ne permettent pas toujours de respecter le délai décision-extraction (inférieur ou égal à 15 minutes) imposé par le code rouge des césariennes en extrême urgence. La visite terrain a montré qu'un tel transfert impose de parcourir une centaine de mètres, de franchir au total 4 portes et d'emprunter un ascenseur non priorisé pour cette circonstance. Une salle d'accouchement peut être, en cas de nécessité, transformée en salle de césarienne mais, lors de la visite sur le terrain, il a été constaté que son accès était particulièrement encombré.

Les équipements et/ou matériel informatique prévus sont en place et fonctionnels. L'ensemble des ressources matérielles et des équipements font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance préventive et curative en lien avec le service biomédical.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le fonctionnement prévu pour le secteur de naissance est organisé et opérationnel selon les modalités définies. La participation des différents acteurs à la mise en œuvre du projet qualité/sécurité des soins du secteur de naissance est effective.

La continuité des soins est assurée par un système de garde et d'astreintes opérationnelles impliquant les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes et les pédiatres. Les tableaux de garde et d'astreinte sont accessibles à tous les professionnels concernés et actualisés afin de permettre la continuité des soins et une prise en charge optimale des patientes et des nouveau-nés 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

La régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation (déclenchement, césarienne programmée) et la sécurité des patientes est mise en œuvre pour répondre aux besoins internes et à ceux des établissements partenaires dans le cadre du réseau périnatalité.

Une réunion hebdomadaire interne à la maternité et les réunions pluridisciplinaires du réseau périnatalité permettent de réaliser une revue des accouchements, des dossiers des femmes enceintes en vue de définir la stratégie de prise en charge et une concertation patientes arrivant à terme ainsi que des patientes présentant une grossesse pathologique.

Par ailleurs, toutes les situations de vulnérabilité repérées sont systématiquement analysées au cours de la réunion avec le service de Protection Maternelle et Infantile de L'Aigle et de Verneuil sur Avre auxquels s'associent les professionnels de l'établissement.

Le suivi de la grossesse des patientes prises en charge dans l'établissement est assuré et tracé dans le dossier obstétrical papier et dans le dossier patient informatisé institutionnel.

Les pratiques professionnelles y compris celles à risques sont fondées sur des procédures actualisées et validées ou issues de pratiques consensuelles définies par les sociétés savantes et par le réseau périnatalité. Les procédures décrivant les conduites à tenir pour les accouchements physiologiques, médicalisés ou à risques (anomalie du RCF par exemple) sont connues des professionnels et mises en œuvre.

Les modalités et procédures d'appel aux praticiens (anesthésiste, gynécologue-obstétricien, pédiatre) sont connues. Le partogramme est renseigné régulièrement, la traçabilité des événements et des actes est assurée. Les prescriptions médicamenteuses sont informatisées.

Les indications de césarienne en urgence et les modalités de déclenchement (code rouge) sont connues de tous les professionnels.

La check-list interventionnelle est renseignée. Après une césarienne, la patiente est transférée en SSPI. La surveillance est alors assurée avec la participation de la sage-femme pour le suivi obstétrical.

La traçabilité des activités est en place avec des check-lists conformes et validées par le secteur de naissance. Elles concernent l'ouverture des salles de naissance et de la salle de césarienne du bloc opératoire, la vérification du matériel et sa maintenance, les interventions de nettoyage et de désinfection quotidienne après chaque naissance. En fin d'accouchement, les modalités prévues de surveillance du nouveau-né et de la mère sont réalisées et tracées dans le partogramme et le dossier du nouveau-né. L'identification du nouveau-né est assurée et deux bracelets sont posés. La traçabilité de cette identification est assurée. Le registre des naissances est conforme et correctement renseigné. La sortie du secteur de naissance et le cas échéant de la SSPI, est décidée par les professionnels sur la base de critères définis et renseignés. La maternité développe également le Programme de Retour A Domicile (PRADO) en liaison avec l'assurance maladie.

Les interfaces entre les différents secteurs, y compris dans le cadre du réseau périnatalité, sont organisés et opérationnels (prise en charge des parturientes, transferts in utero et transfert maternel en cas d'indication d'embolisation artérielle ou vers une réanimation). La coordination entre la salle de naissance,

le bloc opératoire, la SSPI, le dépôt de sang, les laboratoires et l'imagerie médicale est également assurée et opérationnelle.
Les observations faites au moment du patient traceur en obstétrique confirment les éléments recueillis.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes assurent de façon régulière l'évaluation d'indicateurs quantitatifs (nombre de naissance, nombre d'accouchements, de césariennes, d'extraction instrumentale et d'épisiotomie, taux d'hémorragie de la délivrance et d'analgésie péridurale) et qualitatifs nationaux (hémorragie du post-partum immédiat, tenue du dossier obstétrical, du partogramme et du dossier d'anesthésie et surveillance de l'accouchée).

La continuité et la coordination de la prise en charge sont également évaluées très régulièrement par les résultats des enquêtes de satisfaction, le suivi des plaintes et réclamations et les retours d'expériences (RMM) organisés au sein du réseau périnatalité normand.

Le recueil des événements indésirables survenus en salle de naissance et les dysfonctionnements du processus sont organisés à l'aide d'une feuille de signalement institutionnelle, qui est connue de tous les professionnels rencontrés. Les situations ayant engendré des conséquences font l'objet d'une analyse directe avec les professionnels et sont éventuellement traitées au sein des RMM du réseau périnatalité.

Une EPP régionale dans le cadre du réseau périnatalité sur la prise en charge des hémorragies du post-partum s'est terminée en 2017. Une visite de la SHAM a été conduite également en 2017. Tous ces éléments ont été communiqués aux professionnels concernés et ont été pris en compte pour améliorer les pratiques au sein de la maternité.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration et les ajustements sont programmés et mis en œuvre de manière coordonnée et structurée avec les professionnels et intervenants concernés. Ils sont intégrés dans le nouveau Compte qualité et articulés avec le PAQSS institutionnel. Les actions d'amélioration identifiées sont actuellement en cours de mise en œuvre avec les professionnels au regard des résultats obtenus lors des évaluations.

Leur efficacité fait l'objet de modalités de suivi comportant des indicateurs, afin de permettre le réajustement du dispositif de maîtrise et de fixer de nouveaux objectifs d'amélioration.

Des supports et modalités de diffusion des résultats sont établis ou en cours d'élaboration. La communication des résultats est réalisée en interne comme en externe vers les professionnels concernés, vers les instances de l'établissement et au sein du réseau périnatalité normand.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les conditions de transfert des parturientes entre les salles de naissances du bloc opératoire, situé à l'étage inférieur ne permettent pas toujours de respecter le délai décision-extraction (inférieur ou égal à 15 minutes) imposé par le code rouge des césariennes en extrême urgence.</p> <p>La visite terrain a montré que le transfert de la parturiente de la salle de naissance vers bloc opératoire impose de parcourir une centaine de mètres, de franchir au total 4 portes et d'emprunter un ascenseur non priorisé pour cette circonstance. Une salle d'accouchement peut être, en cas de nécessité, transformée en salle de césarienne mais, toujours lors de la visite terrain son accès était particulièrement encombrée.</p>	26b

ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	P / Définition de la stratégie	NC	Le PAQSS ne prend pas en compte l'ensemble des éléments attendus, les actions retenues ne sont pas priorisées et n'intègrent pas les actions issues des résultats péjoratifs aux indicateurs nationaux ou aux évaluations internes. Les actions principales du tableau de bord des EPP ne figurent pas dans le PAQSS. Le programme d'actions issu des processus Gestion du risque infectieux, Droits des patients et Parcours patient n'est pas intégré dans le PAQ institutionnel.	8a
		PS	La démarche d'évaluation des risques a priori n'est pas opérationnelle car la criticité des risques identifiés n'a pas été évaluée. La méthode d'évaluation de la criticité des risques est connue de l'établissement mais n'a pas été appliquée.	8d
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les événements indésirables graves ou récurrents ne font pas l'objet d'analyse des causes profondes. De plus, le règlement intérieur de la commission EPP/RMM n'est plus d'actualité. 1 RMM en 2015, 1 RMM en 2016 et pas en 2017.	8f
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Le dispositif d'évaluation n'est pas opérationnel. Le nombre de déclarations est suivi à l'échelle de l'établissement par la gestionnaire de risques et il diminue depuis deux ans. Les responsables des secteurs à risque rencontrés n'utilisent pas ces données comme indicateur qualité pour leur service.	8f
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins n'a pas encore été évaluée par le COQUAVIRIS afin de compléter, de synthétiser et de prioriser ses plans d'actions. La démarche Qualité et Sécurité des Soins a été relancée en janvier 2017, suite à l'arrivée du nouveau directeur ce qui a permis la réactivation des Comités et des groupes de travail ainsi que la validation de la politique qualité et sécurité en mars 2017 mais pas l'évaluation de cette nouvelle organisation.	8a
Gestion du risque infectieux	P / Définition de la stratégie	PS	Le programme d'action 2017 pour la prévention des infections nosocomiales n'est pas intégré dans le PAQ institutionnel. Les actions du programme pour la prévention des infections nosocomiales qui n'ont pas été priorisées dans le cadre du Compte Qualité ne sont pas intégrées dans le PAQ institutionnel.	8a
		PS	Les modalités de mise en œuvre du programme d'action 2017 pour la prévention des infections nosocomiales ne sont pas systématiquement	8g

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			définies. Le programme 2017 de prévention des infections nosocomiales ne mentionne pas pour chaque action le nom du responsable, l'échéance, ni les modalités de suivi.	
	P / Organisation interne	PS	La formation en hygiène pour les nouveaux arrivants n'est pas effective depuis 2015. Il n'y a eu aucune formation à l'hygiène pour les nouveaux arrivants depuis 2015. Une formation est planifiée pour le mois d'octobre 2017.	8g
		PS	L'organisation de l'établissement pour la lutte contre les infections nosocomiales n'est pas formalisée. Suite à la réorganisation de l'hôpital, le règlement intérieur définissant les missions et les modalités de fonctionnement de l'EOH n'est pas formalisé la liste des correspondants en hygiène n'est pas actualisée et il n'y a eu aucune réunions des correspondants en hygiène depuis 2 ans <u>La fiche de mission du référent antibiotiques n'est pas formalisée</u>	8g
	D / Disponibilité des ressources	NC	La dégradation du sol de la salle d'intervention réservée aux césariennes ne permet pas d'assurer un bio-nettoyage adapté et un contrôle optimal du risque infectieux. La visite sur le terrain a montré de très nombreuses dégradations du revêtement du sol à type de poinçonnement entraînant la disparition du caractère lisse et l'apparition de nombreuses aspérités facilitant l'accumulation de particules.	7d
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'évaluation de l'hygiène des locaux n'est pas réalisée. Suite à la diffusion des nouveaux classeurs de protocoles d'hygiène des locaux et des nouvelles feuilles de traçabilité, l'établissement n'a pas encore réalisé d'évaluation.	7d
Droits des patients	P / Définition de la stratégie	PS	Le programme d'actions issu de la politique "Droits des patients" (feuille de route) n'est pas intégré dans le programme institutionnel (PAQSS). La politique "Droits des patients" est déclinée en objectifs, regroupés et suivis dans la feuille de route du processus Droits des patients. Ces actions, responsables, échéances ne sont pas intégrées dans le PAQSS de l'établissement. De ce fait, les actions d'amélioration mises en œuvre ne peuvent pas être intégrées et articulées au PAQSS.	8a
	D / Disponibilité des ressources	NC	L'architecture des locaux ne permet pas le respect de la dignité et de l'intimité des patients dans tous les services. Les locaux de l'hôpital sont anciens. Les services sont constitués de chambres simples et de chambres doubles ,et dans un service, d'une chambre quadruple. En SSR : 10 chambres simples, 10 chambres doubles, 1 chambre quadruple ; aucune chambre équipée de douche. En Médecine A : 14 chambres simples, 7 chambres doubles ; 3 chambres équipées de douche, 1 douche commune sur l'étage non dédiée (stockage de matériels divers : pieds à sérum, chaise de pesée, chaise pot, chariots). En chirurgie : 13 chambres simples, 14 chambres doubles ; aucune chambre équipée de douche. La très grande majorité des toilettes sont réalisées au lit. Les chambres doubles ne	10b

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			sont pas équipées de rideaux de séparation. Les services ne disposent pas de paravents en nombre suffisant pour garantir le respect de l'intimité des patients lors des soins d'hygiène notamment.	
Parcours du patient	P / Définition de la stratégie	PS	Toutes les actions d'amélioration du processus Parcours patient formalisées dans La « feuille de route du processus » ne sont pas intégrées dans le PAQSS institutionnel Les actions d'amélioration du processus Parcours patient qui n'ont pas été priorisées dans le cadre du CQ ne sont pas intégrées dans le PAQ institutionnel	8a
Dossier patient	P / Organisation interne	PS	Le plan de formation n'est pas formalisé. Il n'y a pas de plan de formation pour les nouveaux arrivants. La mise à jour, le renforcement des compétences et le suivi des acquis ne sont pas réalisés.	14a
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La communication des éléments nécessaires à la prise en charge, aux correspondants externes, n'est pas toujours effectuée en temps utile. Comme le met en évidence le résultat de l'indicateur national délais d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation et les résultats de l'évaluation interne d'avril 2017 relatif à l'utilisation du document de sortie à J zéro.	14a
		PS	Cependant, l'accès du patient à son dossier n'est pas toujours assuré dans les délais définis par la réglementation. En 2016, le délai moyen (10 jours), de mise à disposition des dossiers patients est légèrement supérieur aux délais légaux (8 jours).	14b
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	P / Organisation interne	PS	Au niveau institutionnel, hormis la chambre des erreurs, le dispositif de formation des professionnels n'intègre pas le risque d'erreur médicamenteuse dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Les professionnels ne sont pas formés sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, notamment le risque d'erreur médicamenteuse. Les actions correctives liées aux erreurs médicamenteuses de prescription et/ou d'administration reposent sur la réactivité immédiate des professionnels sans analyse collective ultérieure et sans partage d'expérience entre les secteurs.	20a
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	La sous déclaration des erreurs ne permet pas à l'établissement de réaliser des évaluations afin de s'assurer de la conformité des pratiques. Les professionnels rencontrés sur le terrain n'appréhendaient pas la nécessité de déclarer les événements porteurs de risque, ni les événements sans conséquence majeure pour le patient. Les erreurs sont sous déclarées et les analyses collectives des erreurs déclarées sont peu représentées 2 CREXEM en 2016 et aucun en 2017.	20a
	D / Disponibilité des ressources	NC	Les outils d'aide à la prescription et à l'administration, mis à la disposition des professionnels ne sont pas actualisés et validés dans leur intégralité. Ainsi, le guide actualisé d'utilisation du logiciel pour la prescription n'était pas encore à disposition des professionnels. Le manuel qualité Pharmacie est ancien (2012) et pour partie obsolète. La liste de documents annexés est dressée sans visibilité sur les échéances de réactualisation ou de création des documents répertoriés comme manquants.	20a
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La préparation des médicaments ne respecte pas les règles de bonnes Dans le service de médecine les piluliers ne sont pas étiquetés, seule la	20a bis

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			pratiques mention porte ou fenêtre y figure. La déclinaison active de l'identité du patient n'est pas systématiquement pratiquée par un des professionnels interrogé.	
		NC	Les règles d'administration des médicaments ne sont pas respectées. La traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas exhaustive dans tous les secteurs d'activité comme constaté en SSR et SLD lors des investigations des patients traceurs. En SSR, les antalgiques pris par le patient lui-même pendant la nuit ne peuvent plus être enregistrés dans le dossier patient informatisé le lendemain matin (délai supérieur à 6 heures après la prescription). L'administration des médicaments est effectuée en SLD par une ASH faisant fonction ASD.	20a bis
		NC	La prescription administration n'est pas entièrement sécurisée. Lors des analyses pharmaceutiques, les pharmaciens signalent les erreurs de prescription et des alertes s'affichent sur le logiciel. Ces erreurs répertoriées par le RSMQ sont en majorité liées à une utilisation inappropriée du logiciel. La direction a alerté les praticiens par courrier et une réunion praticiens -pharmaciens a eu lieu la semaine précédant la visite de certification. Il n'existe pas de dispositif institutionnel d'analyse collective des erreurs de prescription liés aux difficultés d'usage du logiciel par les praticiens et les IDE, ni de dispositifs dédié pour la consolidation de connaissances de manipulation du logiciel. Depuis début septembre une réflexion est menée pour le renforcement du dispositif avec une mise à disposition des professionnels d'un support écrit de formation. La nomination d'un médecin référent pour la formation des pairs est envisagée. Il persiste un recopiage des prescriptions des anesthésistes en postopératoire par les sages-femmes dans le secteur gynécologie-obstétrique, avec dans certains cas une retranscription de médicaments non autorisés par leur décret des compétences. Le logiciel n'est pas bloquant dans cette situation et le recopiage des prescriptions, autorisées ou non, repose sur la vigilance individuelle.	20a bis
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'évaluation structurée et formalisée de la prescription chez le sujet âgé n'est pas effective dans tous les secteurs. Hormis en SSR où le responsable de service mène une EPP relative à la prévention des risques iatrogènes chez la personne âgée. Les médecins de chaque secteur <u>veillent à leurs prescriptions.</u>	20b
		NC	Le dispositif d'évaluation périodique du circuit du médicament n'est pas opérationnel. Il n'existe pas d'évaluation périodique du circuit du médicament, notamment de l'administration. En effet, l'établissement n'a réalisé aucun audit de pratiques concernant l'administration.	20a bis
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur	PS	La communication structurée au niveau des services concernant les résultats des indicateurs et des évaluations n'est pas effective. La retro-information est laissée à l'initiative des évaluateurs et cadres des	20a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			services.	
	les résultats	PS	Le dispositif d'actions d'amélioration n'est pas totalement opérationnel. Les évaluations ne couvrant pas l'ensemble du processus de la prise en charge médicamenteuse, les actions d'amélioration relatives à l'administration et à la prescription chez la personne âgée ne sont pas exhaustives. La pertinence de la prescription est évaluée en SSR, pour les autres secteurs faute d'évaluation formelle, le suivi des actions d'amélioration ne peut être effectué.	20a bis, 20b
Prise en charge des urgences et des soins non programmés	P / Organisation interne	PS	La Commission des Urgences en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques médicaux associés aux soins n'est pas mis en place par l'établissement. La rencontre avec les pilotes du processus et les documents de pilotage consultés par les experts visiteurs confirment que l'établissement n'a pas mis en place, pour mettre en œuvre sa politique concernant cette thématique, une Commission des Urgences.	25a
	D / Disponibilité des ressources	PS	La sécurisation des locaux du services des Urgences n'est pas intégralement opérationnelle et effective. La visite sur le terrain a montré que la sécurisation des locaux n'était pas assurée dans la zone d'interface avec les sous-sol, l'escalier et l'ascenseur d'accès au rez-de-chaussée de l'établissement. Que ce soit au niveau des sous-sols, de l'escalier et de l'ascenseur d'accès au rez-de-chaussée, les personnes non autorisées, c'est à dire le public, peuvent accéder sans aucune difficulté au secteur des urgences et cela 24 h sur 24 et 7j sur 7. Aucun système de fermeture (digicode, accès par badge, serrure, etc) ne verrouillent les portes d'accès au secteur des Urgences.	6a
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire	D / Disponibilité des ressources	PS	La dégradation du sol de la salle d'intervention réservée aux césariennes ne permet pas d'assurer un bio-nettoyage adapté et un contrôle optimal du risque infectieux La visite sur le terrain a montré de très nombreuses dégradations du revêtement du sol à type de poinçonnement entraînant la disparition du caractère lisse et l'apparition de nombreuses aspérités facilitant l'accumulation de particules.	26a
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance	D / Disponibilité des ressources	NC	Les conditions de transfert des parturientes entre les salles de naissances du bloc opératoire, situé à l'étage inférieur ne permettent pas toujours de respecter le délai décision-extraction (inférieur ou égal à 15 minutes) imposé par le code rouge des césariennes en extrême urgence. La visite terrain a montré que le transfert de la parturiente de la salle de naissance vers bloc opératoire impose de parcourir une centaine de mètres, de franchir au total 4 portes et d'emprunter un ascenseur non priorisé pour cette circonstance. Une salle d'accouchement peut être, en cas de nécessité, transformée en salle de césarienne mais, toujours lors de la visite terrain son accès était particulièrement encombrée.	26b