



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
INTERCOMMUNAL DE LA
LAUTER**

24 route de Weiler
67166 Wissembourg

Avril 2016

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	16
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	24
DOSSIER PATIENT	29
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	33
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	37
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	41
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	45
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	48

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 INTERCOMMUNAL DE LA LAUTER	
Adresse	24 route de weiler 67166 Wissembourg
Département / région	BAS-RHIN / CHAMPAGNE-ARDENNE/LORRAINE/ALSACE
Statut	Centre Hospitalier
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	670780543	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE LA LAUTER	24 route weiler Bp 20003 67166 Wissembourg
Etablissement de santé	670000272	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE LA LAUTER	24 route de weiler Bp 20003 67166 Wissembourg

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	18	/	5
MCO	Gyneco-Obstétrique	16	/	/
MCO	Médecine	63	4	/
SSR	SSR	25	12	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Réseau périnatalité de la région Alsace - Réseau cancérologie de la Région Alsace - Résodiab 67, pour les patients diabétiques - Réseau médecine du sport, avec les Hôpitaux - Universitaires de Strasbourg et le Centre Hospitalier de Haguenau - Réseau de prise en charge des bronchopathies chroniques, avec les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg - Réseau d'explorations coronaires non invasives, avec le Centre

Hospitalier de Haguenau et le cabinet de radiologie de Wissembourg
- Réseau interrégional d'imagerie médicale, avec le Centre Hospitalier
Universitaire de Nancy
- Réseau territorial d'hospitalisation à domicile avec l'Association
Reinacker de Haguenau

Dans le même esprit, un grand nombre de conventions, ou de contrats
relais avec d'autres partenaires sanitaires et sociaux permettent à
l'établissement d'inscrire son action dans des filières de prise en charge,
apportant au patient une continuité dans son parcours de soins.

- Le Centre Hospitalier de Wissembourg compte poursuivre cet
engagement dans les réseaux de santé afin de fluidifier le parcours du
patient et lui assurer une meilleure articulation des soins autour de ses
besoins

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandation d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
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	Femme	Obstétrique	/	Urgences	Complexe (avec HHP si possible)	MCO
2	Adulte	Chirurgie - Hospitalisation complète	/	Programmé	Complexe	MCO
3	Adulte	Chirurgie ambulatoire	/	Programmé	Simple	MCO
4	Adulte	Médecine	/	Urgences	Simple	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
5	Personne âgée	SSR	/	Programmé	Simple	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

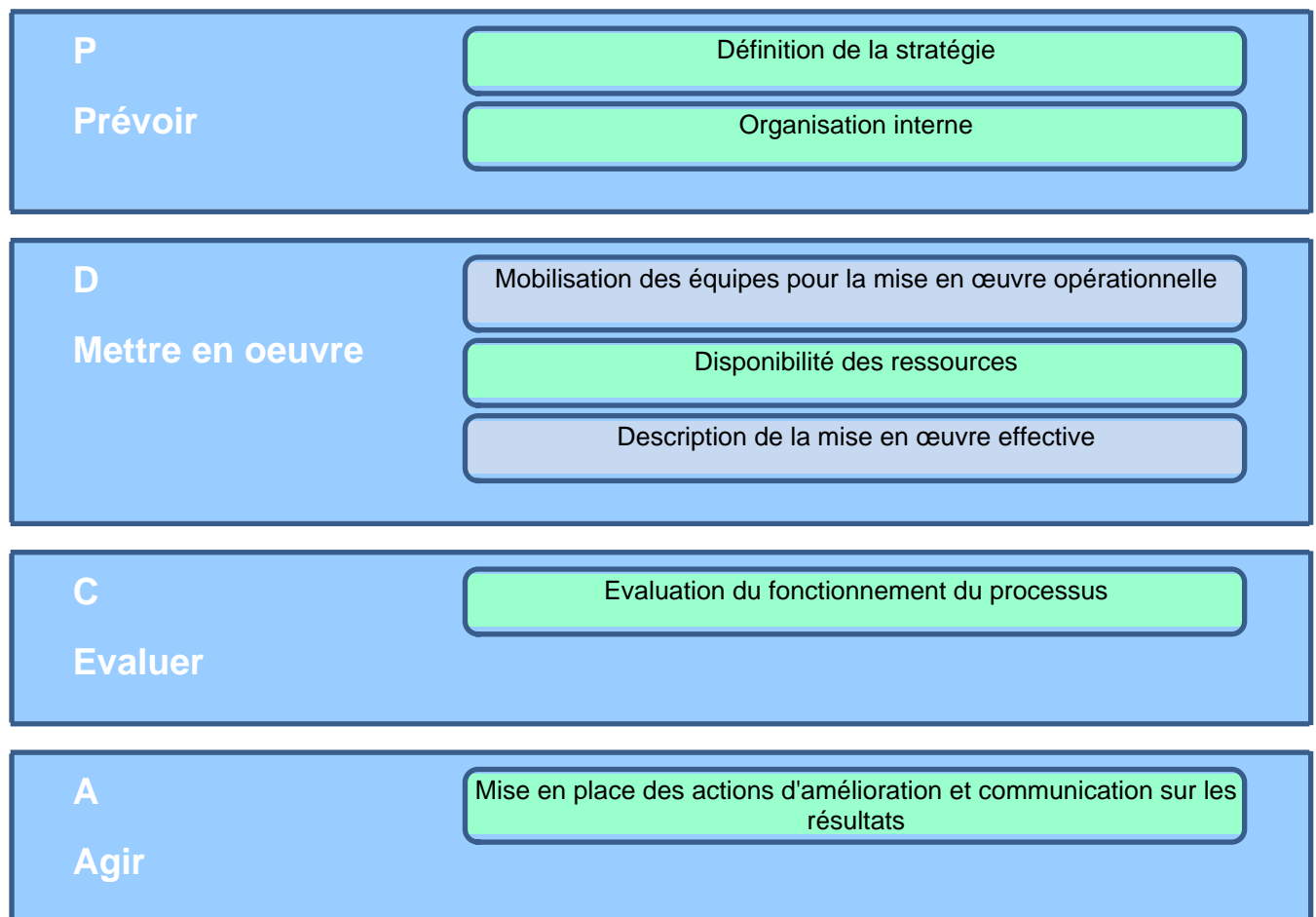
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

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

La politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques intègre les obligations légales et réglementaires et la gestion de crise (Plan blanc, Plan bleu, Plan d'organisation interne des secours, procédure de gestion de crise).

La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins intègre également la stratégie de développement des EPP.

La politique qualité, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé.

Les plans d'action du PAQSS reprennent les éléments du compte qualité, avec un niveau de criticité évalué (fréquence-gravité, sur une échelle de 5x5). Il fait apparaître une démarche d'évaluation des risques opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement, qui a abouti à une cartographie des risques de toutes les thématiques. Ce PAQSS a été présenté aux instances et validé.

La participation des représentants d'usagers à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité / sécurité des soins est effective.

ORGANISATION INTERNE

Le CHIL a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Un directeur qualité a été nommé, coordonnateur de la gestion des risques. Une cellule qualité a été créée, avec le soutien d'un qualificateur, ainsi qu'une cellule gestion des risques, et le pilotage est assuré par le directeur qualité.

De manière opérationnelle, chaque pôle comporte un pilote thématique sur une des dimensions de la qualité et de la gestion des risques (CLIN, CLUD, CLAN, COVIRIS, COMEDIMS...).

Une cartographie des risques de chaque thématique a été réalisée en partenariat entre la cellule qualité (qui fournit la méthode), le pilote de la thématique et des acteurs du terrain issus des différents groupes de travail.

Les comités de retour d'expérience (CREX) ont été mis en place.

Une fiche de poste existe pour chacun des référents membres des groupes de travail.

Des référents de différents services établissent le lien sur les thèmes de la douleur, l'hygiène, le médicament, les soins palliatifs.

Des correspondants ont été nommés pour les différentes vigilances.

Un bulletin qualité a été institué.

Un module de formation sur la démarche qualité a débuté au mois de mai 2015.

Un groupe d'auditeurs internes a été formé fin 2013-début 2014.

Des procédures et des protocoles concernent la qualité et la gestion des risques (risque infectieux, hémovigilance, gestion des urgences vitales, par exemple).

Depuis janvier 2014, l'établissement possède un système de déclaration électronique des événements indésirables.

Des sessions de formation pour le personnel ont été organisées en 2014.

Un tableau de bord des EPP a été élaboré.

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

Le système des plaintes est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables par le biais de la coordination de la qualité et gestion des risques.

La gestion des plaintes et réclamations est organisée, cependant la CRUQPC ne se réunit pas suivant la périodicité établie par la réglementation.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de chaque pôle organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, avec des objectifs et plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières.

Elle est permise par le biais des réunions de cadres qui ont lieu chaque semaine, et dans le cadre des discussions avec les équipes, avec l'aide des pilotes des thématiques et des référents.

Les auditeurs internes représentent la liaison sur le terrain.

Le projet de service/secteur traduit les objectifs institutionnels en plans d'actions d'amélioration

spécifiques au secteur.
Des plans d'actions sont établis (par exemple, sur l'hémovigilance ou l'identito-vigilance, la salle de naissance).
Pour les événements indésirables, la cellule qualité fait le lien avec les pilotes susceptibles d'apporter une solution aux événements.
Également, la gestion des événements indésirables fait l'objet de discussions dans le service.
Les EPP sont établies à partir des fiches d'événements indésirables ou des CREX, si nécessaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Un accompagnement méthodologique des professionnels est réalisé par l'équipe de la direction qualité, gestion des risques.
Des guides méthodologiques sont mis à disposition des professionnels (RMM et CREX).
Des formations à la gestion des risques ont été conduites selon une méthode d'analyse des risques à priori et à postériori.
Les services de soins sont dotés du logiciel pour effectuer la déclaration des EI en ligne. Ils ont été formés ainsi que les nouveaux arrivants.
L'utilisation et la gestion de la fiche d'un événement indésirable est décrite dans un document porté à la connaissance des personnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes.
Les interfaces trouvent leur traduction dans la mise en place des groupes de travail, des pilotes des thématiques et des référents.
Le dispositif de gestion documentaire est appréhendé de manière effective par les professionnels de l'établissement.
Le dispositif de gestion des événements indésirables est connu des personnels. Celui-ci est approprié et opérationnel. Il permet de réaliser des CREX afin de traiter les causes profondes et en associant les acteurs.
Les équipes participent à des CREX. Par ailleurs, des objectifs sont fixés sur des thèmes comme les escarres, la nutrition ou la douleur, par le biais des référents et des cadres.
Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières).
Suite à certains EI, une RMM est mise en place. L'accompagnement se fait avec l'aide d'un méthodologiste du service qualité. Une revue de pertinence est en place concernant les bonnes pratiques en endoscopie.
La gestion de crise est connue des professionnels.
Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.
La mise en œuvre de la démarche qualité et de la gestion des risques est en place.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une EPP portant sur "L'évaluation des connaissances en gestion des risques" a été programmée en mars 2015 et est arrivée à l'étape 3.
Une enquête de satisfaction des services de soins a été menée en 2014 et un bilan tiré de cette enquête (avec un taux de retour de 11,50%).
Des CREX ont été effectuées depuis plusieurs années (environ 30 CREX de 2013 à 2015), concernant les différents services.
Des enquêtes hémovigilance ont été menées (audits de pratique-prévention)
Un tableau de bord des EPP a été établi.
L'évaluation de la satisfaction des usagers a été effectuée en lien avec la CRUQPC.
Les indicateurs IPAQSS ont été calculés, publiés et communiqués.
Un bilan des fiches d'événements indésirables est dressé annuellement (2013-2014).
Un tableau de bord des évaluations a été réalisé sur les différentes thématiques, dont la qualité et gestion des risques.
Un suivi des plaintes est effectué annuellement.
L'évaluation de la satisfaction usagers se fait en lien avec la CRUQPC, à travers la présentation des FEI, le relevé des plaintes et réclamations et les enquêtes de satisfaction.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont eu lieu: mise en place des CREX, rôles de référents et des pilotes des

thématiques, participation croissante aux mardis de l'info.

La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

Les indicateurs IPAQSS sont affichés dans l'établissement et diffusés au public et aux patients (indicateurs figurant dans le livret d'accueil).

Un réajustement du programme et de la politique qualité / gestion des risques en fonction des évaluations menées et résultats obtenus est effectif pour cette année.

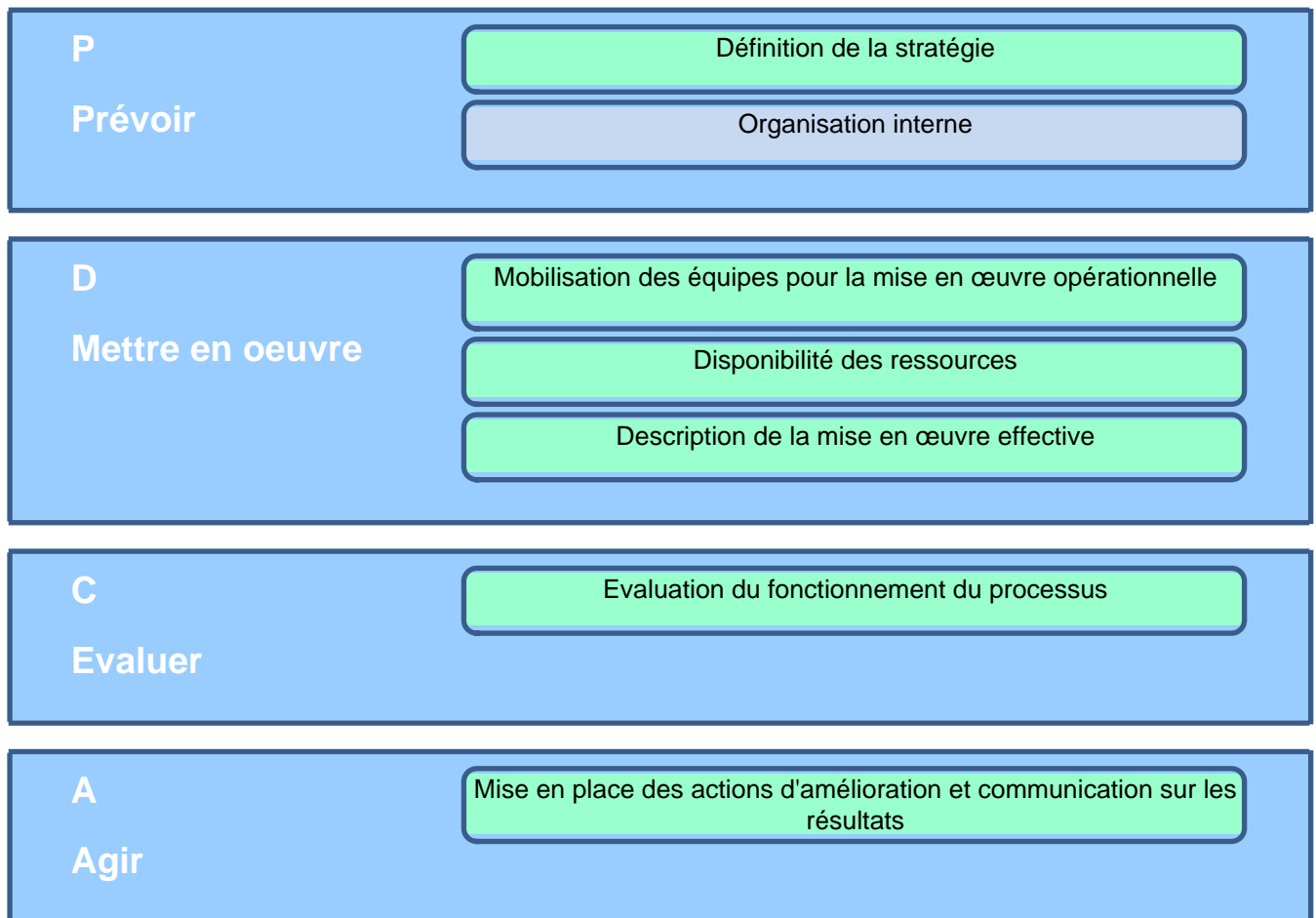
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Intercommunal de la Lauter de Wissembourg a une stratégie et des objectifs de gestion du risque infectieux. Une organisation et des moyens adaptés, en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène, pour maîtriser le risque infectieux est en place se traduisant par une politique de prévention, une politique de surveillance, de formation et d'évaluation. Cette stratégie est formalisée au sein de l'établissement dans différents documents comme par exemple le guide d'antibiothérapie (référentiel lorrain) qui a remplacé les protocoles (après validation du comité des anti-infectieux). Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé. Le programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins traite du risque infectieux. Le programme global institutionnel répondant à la stratégie sur le risque infectieux est présenté aux instances. Une cartographie des risques a été établie, en participation avec les correspondants hygiène, la cellule qualité, la pharmacie, le laboratoire, avec une grille de criticité, un niveau de maîtrise, et le dispositif de maîtrise en place. Un bilan du programme annuel réalisé par le CLIN est établi, et prévoit le programme pour l'année suivante (Surveillance- Prévention- Formation- Évaluation- Indicateurs). Une articulation entre le Compte Qualité de la thématique "Risque Infectieux" et le PAQSS est réalisée et effective.

ORGANISATION INTERNE

Le CLIN pilote le processus de gestion du risque infectieux en s'appuyant sur l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH). L'EOH regroupe un biologiste, le directeur des soins, un cadre supérieur de santé et l'IDE hygiéniste. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Ces responsabilités sont identifiées et les missions sont définies pour l'hygiène des locaux. Une fiche de poste a été établie pour l'IDE hygiéniste. Elle est titulaire d'un DU d'hygiène. Le CLIN se réunit 4 fois par an. De plus, le comité des anti-infectieux a été intégré au Comedims. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Une organisation et des moyens adaptés aux activités de l'établissement sont définis, en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène, afin de maîtriser le risque infectieux. Un plan de formation est réalisé annuellement afin de répondre aux objectifs et besoins en ressources humaines, et en compétences sur la thématique Risque Infectieux. L'IDE hygiéniste organise des formations sur l'hygiène des locaux. Une formation e-learning est assurée sur la prévention des infections nosocomiales. Un partage des connaissances est réalisé à partir des informations des Journées d'hygiène hospitalière. L'organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques est en place, avec l'utilisation d'outils comme le guide antibiotique, le livret thérapeutique, les modalités de perfusion des anti-infectieux. Des protocoles d'antibioprophylaxie ont également été établis qui recouvrent toutes les situations générales adultes. Par ailleurs, une traçabilité de la dispensation des anti-infectieux à dispensation contrôlée est effectuée. Un guide d'utilisation des antiseptiques a également été mis au point. La gestion documentaire est organisée (protocoles et procédures). La FSEI, mise à disposition des professionnels, permet de signaler un événement lié au risque infectieux. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Un calendrier annuel de prélèvements est défini et des protocoles de surveillance des surfaces, de l'air et de l'eau (chaude et froide) sont établis.

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 notamment à travers les contrats pôles médicaux et médico-techniques.
L'EOH, les cadres de santé des services sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur de soins sur le processus risque infectieux.
Elles s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats.
Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux, incluant celles issues des signalements, ainsi que des procédures d'hygiène des locaux, sont mises en œuvre par les professionnels, en lien avec l'EOH.
Des prélèvements de surfaces sont effectués, affichés et gardés dans un classeur hygiène.
Des actions correctives sont identifiées et en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.), des actions de communication, et d'informations régulières sont réalisées par l'EOH.
En cas de signalement d'un germe de type SARM, un signalement est opéré par le président du CLIN (biologiste) et des mesures sont prises en fonction des modalités inscrites dans les procédures.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'EOH est constituée de 4 personnes dont un biologiste, le directeur des soins, une cadre supérieur de santé et l'IDE hygiéniste. Des correspondants en hygiène ont été désignés dans les différents secteurs, un groupe de travail est constitué, représentatif des différents services.
La mise en œuvre des formations s'organise autour de formations périodiques des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux. Une formation périodique des professionnels au bon usage des antibiotiques est mise en place.
Des procédures et des protocoles sont à disposition des personnels dans le classeur hygiène, regroupant les protocoles relatifs aux conduites à tenir (linge, déchets, isolement, tenues, lavage des mains, précautions standard...), au contrôle qualité (surfaces, eau, air, stérilisation), à l'entretien (produits et locaux), au matériel de ménage (chariots de ménage, gants...) et au matériel de soin (endoscopes, ...).
Un livret des antibiotiques est disponible dans tous les postes de soins.
Les locaux permettent le respect des bonnes pratiques d'hygiène.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents services connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et les procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en œuvre. Les professionnels rencontrés connaissent les procédures et les respectent.
Des tableaux de bord d'entretien organisent la traçabilité des actions de nettoyage des locaux (entretien journalier et périodique). Les documents sont ensuite rangés dans un classeur dit de traçabilité.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles à travers des réunions régulières mais également des contacts réguliers dans les services de soins.

Une cartographie des locaux selon le risque infectieux a été établie et a permis d'identifier des risques dans le Compte Qualité.

L'air au bloc opératoire et en stérilisation fait l'objet de certificats d'étalonnage et de qualification fonctionnelle. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

La traçabilité, dans le dossier patient, de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est effective.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CHIL assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.).

Un bilan du CLIN est effectué, avec l'élaboration d'un programme pour l'année suivante.

Le dispositif de maîtrise du risque infectieux est évalué notamment à l'aide d'indicateurs. Le tableau de bord des infections nosocomiales est établi périodiquement.

Une EPP a été engagée sur les précautions complémentaires spécifiques.

Un audit a été effectué sur le "Zéro bijou".
Un audit de la préparation de la peau de l'opéré a été effectué.
Un audit sur le traitement des endoscopes a été effectué.
L'établissement participe à des activités d'échange et de comparaison inter établissements avec le

CCLIN-Est (participation aux réunions, axes d'amélioration) et le G R E P H (méthodologie, comparaisons).

L'évaluation concerne également les protocoles: 25% des protocoles ont été réévalués en 2015.

Un audit de la préparation de la peau de l'opéré a été effectué.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis.

Des actions d'amélioration ont concerné l'impact de l'audit "Zéro bijou, la révision du protocole BMR, la cartographie des locaux en fonction des risques, le guide d'utilisation des antiseptiques, la préparation de la peau de l'opéré, ..

Un plan d'action a été engagé, relatif au bon usage des antibiotiques (en fonction des résultats de l'indicateur ICATB).

La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers.

Les résultats des indicateurs sont affichés, portés à la connaissance des professionnels et du public et également des patients (fiche figurant dans le livret d'accueil).

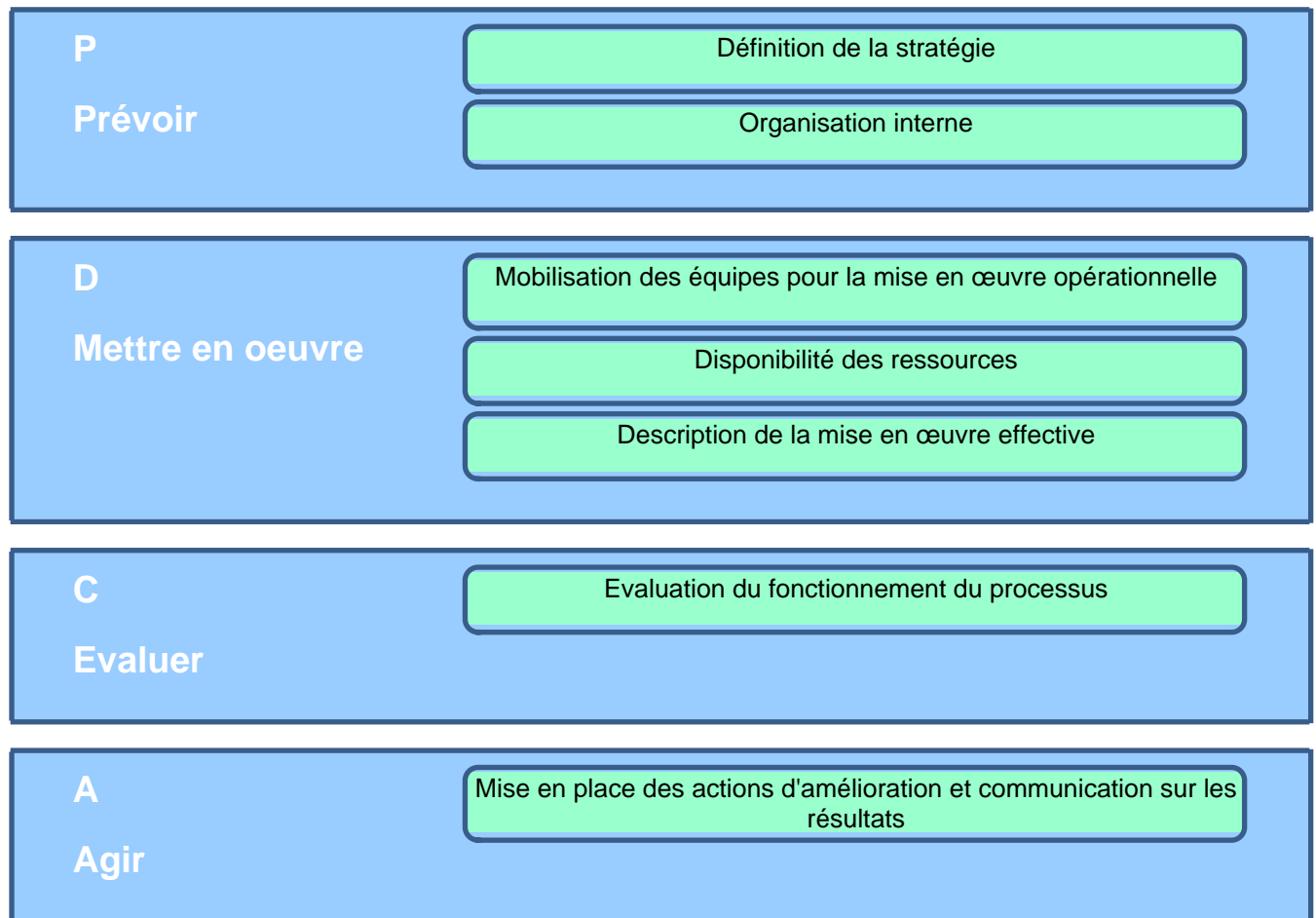
DROITS DES PATIENTS

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

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

Au CHIL, une politique des droits des patients a été rédigée, posant les bases de la démarche et les orientations principales, le pilotage de la démarche, les missions du groupe droits des patients. Ce groupe a axé ses actions en priorisant les thématiques bienveillance, confidentialité et intimité.

Une politique de la prise en charge en fin de vie a été élaborée.

Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. La CRUQPC a été associée à cette stratégie.

Un programme d'amélioration de la qualité sur les droits des patients a été élaboré, concernant l'évaluation des pratiques, les connaissances des professionnels, la mise à jour des pratiques.

Dans le Compte Qualité, des risques ont été repérés en s'appuyant sur les plaintes et réclamations et les EI recueillis à propos du non respect des droits du patient.

ORGANISATION INTERNE

Le CHIL a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels référents correspondants. Ils appartiennent au pôle Management " Relations patientèle et usagers".

Une commission éthique est constituée dans l'établissement, et les réunions font l'objet de comptes-rendus sur les conduites à tenir ou des sujets particuliers (par exemple, le don d'organes).

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées dans la gestion documentaire. Elles sont connues des professionnels.

Le plan de formation reprend des axes relatifs aux droits des patients.

L'information des patients sur les droits et les missions de la CRUQPC se fait par le moyen du livret d'accueil, qui comporte également la composition de la CRUQPC.

Les interfaces sont réalisées par le biais des cadres et des référents.

Les usagers du CHIL sont informés qu'ils disposent d'une permanence, disposent d'un numéro d'appel spécifique, d'une adresse mail. Ils sont également informés qu'ils peuvent rencontrer le responsable qualité et formuler un courrier à la direction.

La CRUQPC émet des recommandations. Deux représentants des usagers siègent au Conseil de Surveillance, au COPIL, au COVIRIS, à la Commission de l'activité libérale, au CLIN, et sont invités en CME quand celle-ci traite des problèmes généraux. La gestion des plaintes et réclamations est articulée avec elle des EI.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels sont déclinés dans tous les services du CHIL.

La direction des soins et les cadres de pôle sensibilisent les professionnels des unités lors des réunions de service. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des référents sont désignés par service.

Les référents ont pour tâche de promouvoir la qualité de la prise en charge du patient en fonction des thématiques de la certification au sein de leur service, de la structure ou du pôle. Ils s'assurent de la mise en œuvre des décisions de la thématique et représentent la courroie de transmission entre le terrain et les groupes thématiques. Suite aux audits réalisés et aux évaluations conduites par l'établissement par la méthode du patient traceur, des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, les effectifs et les formations sont adaptés aux besoins des professionnels. Des formations sont régulièrement organisées sur la bienveillance, l'information du patient en cas de dommages liés aux soins et sur tous les sujets ayant une relation avec les droits des patients.

Le matériel, les locaux et les équipements sont conformes et répondent aux besoins des professionnels.

Les chambres doubles disposent de séparations possibles et les informations sont données au seul patient concerné dans ces chambres.

La plupart des services disposent d'un salon de famille, et des chambres ou lits pour les accompagnants sont disponibles.

Les écrans d'ordinateur se mettent en veille pour le respect de la confidentialité.
La charte du patient hospitalisé figure dans le livret d'accueil.
Des documents d'information sont rédigés sur différents thèmes: consentement en vue d'un transfert, le recueil des souhaits des parents en cas de deuil périnatal, le consentement opératoire éclairé, le certificat de refus de soins, le consentement de la femme enceinte pour prélèvement et analyses (diagnostic prénatal).
Une procédure a été mise au point sur l'annonce d'un dommage associé aux soins (avec une fiche de traçabilité).
Tous ces documents sont connus des professionnels rencontrés en visite.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le respect de l'intimité et de la confidentialité des informations est effective.
Les mesures de contention font l'objet d'une prescription médicale, réévaluée quotidiennement.
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins n'est pas effective à l'heure actuelle dans tous les services de MCO exceptés en SSR.
Certaines mesures de confidentialité ne sont pas appliquées comme par exemple pour les dossiers de patients qui sont gardés dans des locaux non fermés à clef, et rangés dans des armoires de classement non fermées elles-mêmes.
De plus, l'information dispensée au patient n'est pas systématisée. Un audit effectué (en 2015) montre que l'information dispensée au patient n'est réelle que dans 21% des dossiers examinés.
La réflexion bénéfice-risque est effective.
Ce qui est le cas pour le recueil du consentement éclairé, la situation est très différenciée suivant les services. Des procédures ont pu être établies dans certains services, et pas dans d'autres.
Un audit effectué montre que la réflexion bénéfice-risque ne figure que dans 30% des dossiers.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés comme par exemple les questionnaires de sortie.
Un suivi des indicateurs sur les droits des patients a été mis au point sur différents domaines: livret d'accueil, personne de confiance, information au patient, analyse bénéfice-risque, satisfaction des patients.
Un audit sur les droits des patients a été réalisé (juillet 2015), portant sur 116 dossiers.
Un audit sur l'accueil du patient a été effectué (août 2015), concernant 70 dossiers.
Une EPP porte sur l'évaluation des connaissances sur les droits des patients (en projet-étape1).
Toutes ces évaluations sont intégrées au PAQSS.

A / AGIR

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

Les différentes évaluations (audits, EPP, enquête de satisfaction) conduisent à un plan d'actions intégrés dans le PAQSS et dans le plan d'action du compte qualité. Ces actions sont présentées et suivies en CRUQPC. Les résultats sont présentés aux équipes lors des mardi de l'info, des réunions d'encadrement et lors des réunions de service. Les usagers sont également informés d'une part lors des CRUQPC et également par voie d'affichage.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

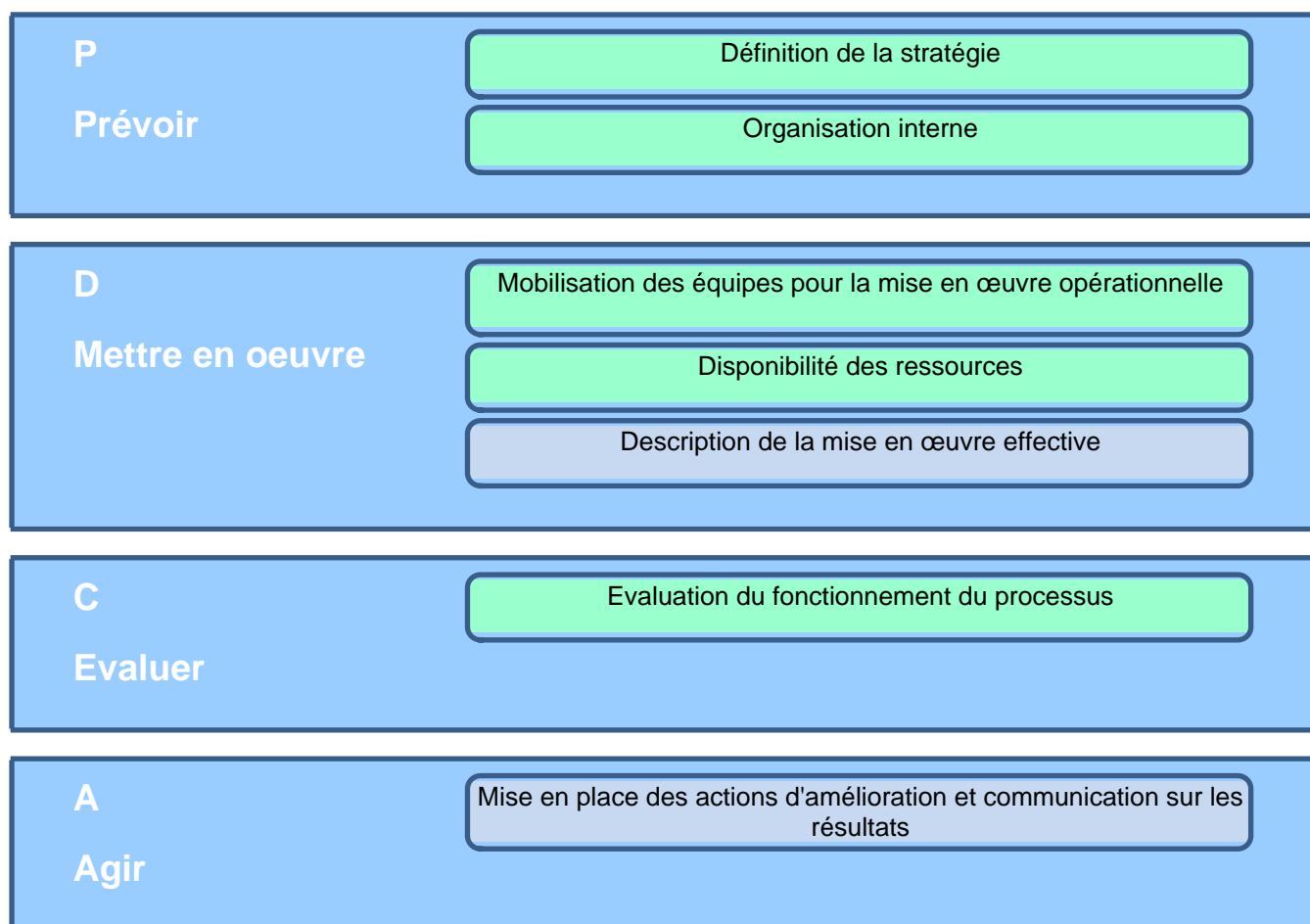
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 Intercommunal de la Lauter (CHIL) de Wissembourg a défini une stratégie de prise en charge des patients inscrite selon trois axes (parcours internes, parcours avec la médecine de ville et parcours dans le cadre de la Communauté Hospitalière de Territoire).

Un projet médical commun est régulièrement mis à jour dans sa réactualisation annuelle.

Le projet d'établissement 2012-2016 contient des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Une cartographie des risques liée au parcours patient est formalisée. Elle reprend tous les critères du parcours patient en tenant en compte des populations à risques.

L'implication des professionnels dans la réalisation du CQ concernant le processus Parcours du Patient a abouti à l'identification de plusieurs risques prenant en compte les spécificités de l'établissement ainsi qu'une analyse des besoins de santé du territoire.

Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. La communication sur les projets est relayé par les pôles et également au travers d'une réunion mensuelle "Les Mardis de l'info" et du journal interne "LA LIBI".

ORGANISATION INTERNE

Le CHIL est organisé autour de 6 pôles cliniques et d'un pôle management. Pour la thématique, l'ES a mis en place un groupe de travail pour piloter le processus Parcours du patient. Ce groupe a été pérennisé à la suite d'un travail conduit avec l'ANAP sur la gestion des lits. Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels (fiche de mission Pilote Thématique Générique). La composition du groupe Parcours Patient est organisé autour d'un COPIL et des correspondants accompagnés de la direction de soins-Qualité.

L'organisation interne assure l'adéquation des ressources et notamment des compétences (quantitatives et qualitatives) aux besoins des prises en charge travaillées en lien avec l'ARS sur les prises en charges particulières: dans le cadre de son projet managérial, le CHIL a choisi de renforcer l'encadrement de proximité et supérieur par du personnel formé à ces missions. Un accompagnement et un développement de la cohésion de l'équipe d'encadrement est organisé avec le directeur des soins et la direction générale conjointement avec le Président de la CME.

La participation à des formations est offerte aux professionnels (PEC de la douleur, transmissions ciblées, gestion du stress). Le CHIL participe également à des congrès.

Un dispositif structuré de gestion documentaire intégrant les procédures définies et formalisées est en place et est connue des professionnels.

Un plan de maintenance, travaux, achats, etc. pour répondre aux objectifs et besoins en matériel et équipements est structuré et organisé.

La structuration du système d'information est en place autour d'un Comité de Pilotage SIH pour valider et réviser le schéma directeur ainsi que le plan d'investissement pluriannuel.

Un groupe de travail est en place depuis 2013 sur celles-ci et s'est inscrit dans la démarche PAERPA (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie).

L'organisation du SMUR est organisé avec la présence d'une équipe allemande.

La gestion des interfaces avec la ville et les circuits internes sont formalisés pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activités.

La taille de l'établissement favorise les relations directes entre professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Le plan d'actions du Groupe de travail Parcours Patient est organisé selon 4 objectifs :

- Organiser et fluidifier le parcours patient
- Améliorer la prise en charge du patient
- Développer la culture de la gestion des risques
- Informer et communiquer.

Les responsables du pôle sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés du processus (actions de communication, informations régulières) en lien avec la direction des soins.

Le groupe de travail a formalisé le parcours patient à l'aide du diagramme d'Ishikawa les étapes du thème parcours du patient pour lequel des actions d'améliorations sont conduites.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques à travers des évaluations de pratiques

concernant la tenue du dossier patient, les analyses des EI à travers des CREX, des EPP notamment sur la nutrition, les escarres, la douleur). Des audits internes sur le traitement personnel des patients, et l'alimentation artificielle ont été conduits.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.) comme par exemple la révision de certains protocoles de prise en charge.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans tous les secteurs de soins.

L'organisation interne au CHIL assure l'adéquation des ressources et notamment, des compétences (qualitatives et quantitatives) aux besoins des prises en charge.

Les effectifs permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, y compris la nuit, les WE et les jours fériés.

Tous les professionnels en poste sont formés à la prise en charge des urgences vitales.

La formation des personnels aux gestes d'urgence est assurée.

Les procédures et autres documents utiles sont disponibles sur la gestion documentaire informatisée, accessibles et à jour.

Des documents, tels que le livret d'accueil de l'établissement ou des livrets d'accueil par service, sont remis aux patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les pôles connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

Un dispositif d'accueil permet d'assurer l'orientation des personnes se présentant pour une urgence. La localisation du service des urgences est située sur l'arrière de l'établissement. La mise en place d'un guichet unique dès l'entrée principale pour l'accueil des patients est en cours de réalisation.

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale, médicale et paramédicale, de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins. Un service social est à disposition de l'entourage pour l'accompagner dans certaines démarches. Un repérage des besoins sociaux est possible dès l'admission. Il en est de même pour le risque suicidaire avec le soutien d'une IDE psychiatrique et les patients le nécessitant peuvent être confiés à une psychologue. Par précaution, ces patients bénéficient d'une surveillance en Unité de Soins Continus.

La PEC des populations spécifiques est organisée. Un groupe de travail depuis 2013 travaille cette thématique et a développé un parcours pour les patients porteurs de maladies chroniques.

Pour les patients démunis, en raison d'un tissu social favorable, et des frontaliers, l'ES est peu concerné.

Le Projet de soins personnalisé est concerté en SSR et en médecine. Toutefois, s'il intègre la réflexion bénéfique risque, il n'est pas toujours retrouvé la traçabilité. Il est réévalué régulièrement soit lors de la visite, et en réunion de synthèse hebdomadaire (SSR).

Les règles de présence et un système de gardes et astreintes sont définies afin d'assurer la permanence des soins 24h/24. Trois médecins seniors H24 dont deux urgentistes et un anesthésiste pour la maternité.

Des astreintes de chirurgie, de cardiologie, de gastro-entérologie, de gynéco-obstétrique, de pédiatrie sont affichées dans les services de soins.

Pour la prise en charge des urgences vitales, le CHIL a mis en place un dispositif adapté autant pour la journée que la nuit. Les chariots d'urgence sont opérationnels. Ils sont contrôlés périodiquement et à chaque utilisation. La traçabilité des contrôles est réalisée.

Le dépistage des troubles nutritionnels est réalisé et tracé dans le dossier du patient. Des réévaluations régulières sont réalisées en médecine et en SSR. Une diététicienne peut être sollicitée, si besoin. Le CLAN est organisé. Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission et la variation du poids est suivie. Les valeurs de l'indicateur IPAQSS en court séjour et en SSR sont de 91% et de 84% respectivement.

La vérification de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique par les professionnels de santé et pour tous les types de prise en charge est réalisée et tracée dans les dossiers. Le CHIL a opté pour la pose d'un bracelet de couleur blanche pour les patients des urgences et d'un bracelet mauve dès que le patient est hospitalisé.

Les demandes d'analyse et d'examen radiologiques sont identifiées, datées et signées. Les résultats sont retrouvés dans le dossier.

Le CHIL a identifié les besoins en éducation thérapeutique du patient.

Deux programmes ont été déposés à l'Agence Régionale de Santé et sont proposés aux patients (notamment en Cardio et en Addictologie (CSAPPA)). Les professionnels sont formés.

La continuité et la coordination des soins du secteur ambulatoire est assuré au travers de la charte de fonctionnement de la structure de chirurgie ambulatoire et de son passeport ambulatoire.

La sortie ou le transfert des patients, permettant d'assurer la continuité et la sécurité des soins, est organisé. Le CHIL a retenu le critère que le patient ne sorte que si le médecin peut aller au domicile du patient dans la journée et ceci pour tous les patients que ce soit en ambulatoire ou en hospitalisation

complète. Le patient est informé de cette démarche. Une lettre de sortie est rédigée et est remise au patient à sa sortie.

Les rencontres avec tous les professionnels aussi bien lors des audits de processus que des patients traceurs ont confirmé une démarche continue des prises en charge centrée sur la sécurité des soins délivrés aux patients.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CHIL assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.).

Le suivi régulier de la progression des indicateurs lui permet de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux (tableau de bord IPAQSS).

Des EPP sont régulièrement conduites notamment sur la perte d'autonomie, le pourcentage de sortie, la prescription de la nutrition entérale par exemple.

Le CHIL a participé à l'enquête de satisfaction ISATIS.

A / AGIR

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

Plusieurs actions d'amélioration sont mises en œuvre et sont articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Des réunions mensuelles (Les Mardi de l'Info), le journal interne, des rencontres Hôpital /Médecine de ville sont organisées sous forme de séminaires.

Le programme d'amélioration associé est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations.

Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés.

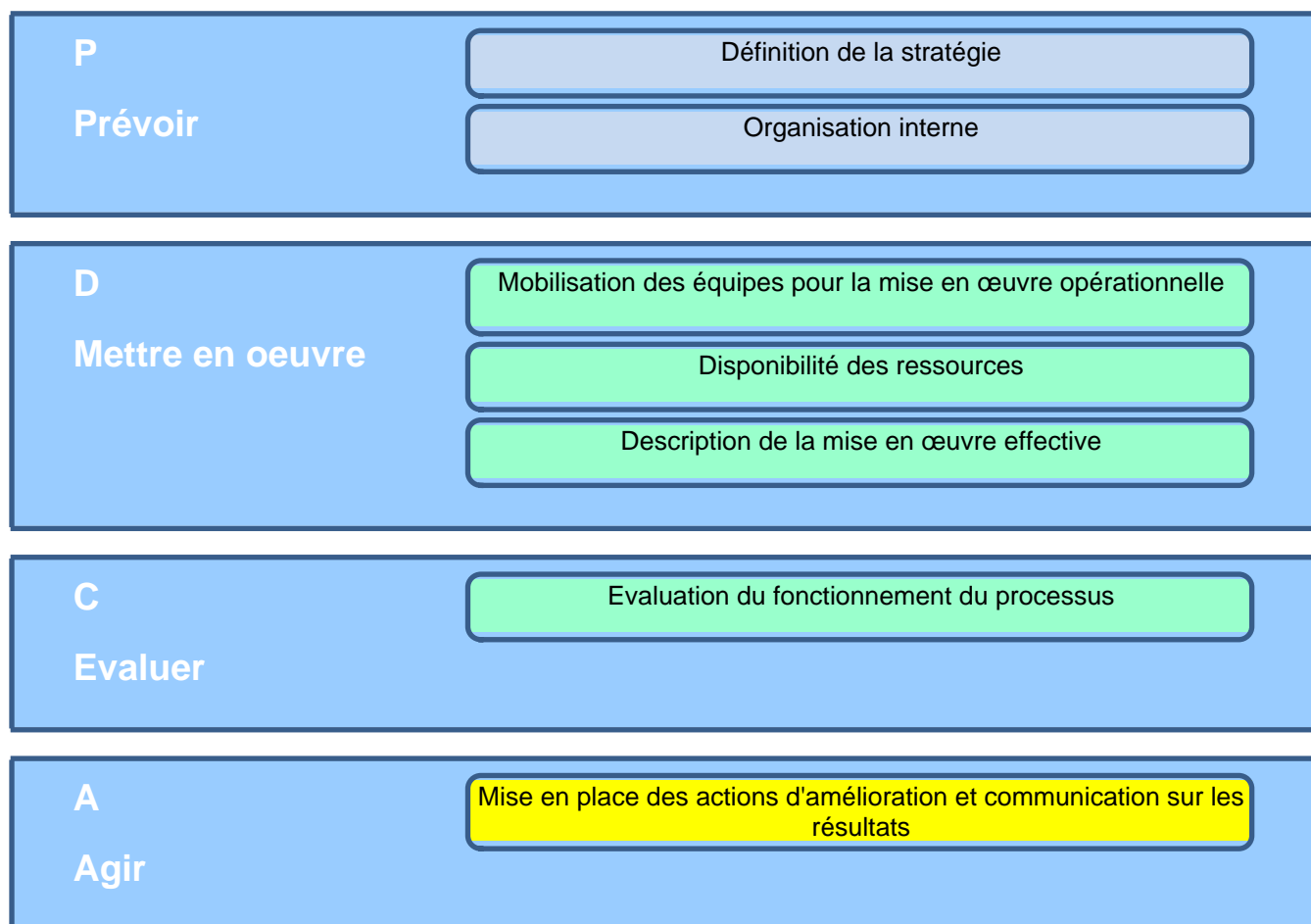
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

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

Une politique de gestion dossier patient (juillet 2015) a été définie, visant notamment l'uniformisation et l'informatisation du dossier patient.

Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé.

Le PAQSS inclut la thématique du dossier patient, incluant des objectifs, des actions d'amélioration, des responsables identifiés, des échéances et des modalités de suivi. Les éléments du PAQSS sont repris dans le compte qualité.

Un plan d'action a également été établi, faisant suite au PAQSS, relatif au dossier patient avec des objectifs, des actions d'amélioration, des responsables identifiés, des échéances, des indicateurs de suivi, un état d'avancement.

Une cartographie des risques a aussi été élaborée, avec les notions de fréquence-gravité-criticité et le dispositif de maîtrise en place.

ORGANISATION INTERNE

Le CHIL a établi une organisation pour piloter le processus.

Des fiches de mission ont été élaborées pour les référents et les pilotes des thématiques. Également, un groupe de travail a été constitué sur le thème du dossier patient.

Le guide d'utilisation à destination de tous les services comporte la réglementation, précise le contenu, les règles d'utilisation, l'archivage, l'évaluation (par les indicateurs IPAQSS).

Les modalités spécifiques à certaines catégories de patients sont prévues et organisées (mineurs, ayants droit, psychiatrie).

Les particularités propres à certains services sont examinées, ainsi que les questions relatives au secret médical et à la confidentialité.

L'organisation de l'accès du patient à son dossier est définie, avec les règles s'imposant aux professionnels: il existe une procédure de demande de communication du dossier, et une information est délivrée dans le livret d'accueil.

Les modalités spécifiques à certaines catégories de patients sont là aussi prévues et organisées (mineurs, ayants droit, psychiatrie).

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels

Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées, incluant les responsabilités, la tenue du dossier, la confidentialité, sa composition, son utilisation, la communication du dossier médical, l'accessibilité en temps utile, l'archivage, par le biais du guide d'utilisation du dossier patient, qui définit ces règles de gestion.

Par ailleurs, le dispositif de gestion documentaire est opérationnel et connu des professionnels.

Des formations ont été organisées concernant le dossier patient portant sur les transmissions ciblées, l'archivage, l'informatisation de la production de soins (sur les années 2013-2014-2015)

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

Les référents sont répartis selon les différents services de l'établissement.

Les référents- correspondants ont pour mission de promouvoir la qualité de la prise en charge du patient au regard des critères de la thématique de la certification V4 au sein de leur service, de la structure ou du pôle et de s'assurer de la mise en œuvre des décisions de la thématique, d'être la courroie de transmission entre le terrain et les groupes thématiques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de chaque secteur organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières).

Les pilotes de thématiques assurent la coordination sur le dossier patient. Ils ont pour charge de faire fonctionner les groupes de travail thématiques, de s'assurer de l'exécution du programme, de pourvoir

au moyen matériel, documentaire et de la disponibilité des professionnels

Des groupes de travail ont été organisés sur le dossier patient (réunions en 2014 et 2015) faisant l'objet de comptes rendus, et des référents nommés opérant la jonction et la communication avec les services.

Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs.

Des formations ont été organisées.

Des pilotes et des référents assurent les ressources en compétences.

Les documents sont mis à disposition dans les services, et classés, sous forme papier et informatique.

La gestion documentaire est opérationnelle et accessible.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité est assurée.

La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps utile dans le dossier du patient est réalisée.

Les modalités de communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes sont effectives.

Des réunions se tiennent journellement, et un staff est organisé 1 fois par semaine qui regroupe l'ensemble des professionnels (équipe pluridisciplinaire) impliqués dans la prise en charge du patient.

Pour autant, la mise en œuvre du dossier patient souffre de la dispersion des éléments du dossier patient en un dossier médical et infirmier sous forme papier et l'informatisation partielle (biologie, imagerie, courrier de sortie provisoire, prise en charge médicamenteuse). Le DMP est cependant en cours de finalisation et de mise en production.

Le respect des délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sur des dossiers datant de plus de 5 ans est observé.

Le nombre de demandes portant sur des dossiers datant de plus de 5 ans a été de 8, et le délai de 60 jours maximum a été respecté pour les demandes).

Mais le respect des délais pour l'accès du patient à son dossier n'est pas toujours respecté. Le respect des délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier pour les dossiers inférieurs à 5 ans n'est pas observé (délai moyen de 12 jours). Le nombre de demandes s'est élevé à 10 (le délai de 8 jours maximum a été respecté pour 4 demandes)

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les indicateurs IPAQSS ont été renseignés par l'établissement pour la tenue du dossier patient, et situés en classe A pour le SSR et en classe B pour le MCO.

L'indicateur Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation a été calculé (se situant en classe B pour le SSR et en classe C pour le MCO).

Des audits ont également eu lieu (en juillet et août 2015) portant respectivement sur 100 et 65 dossiers, portant sur le recueil des informations, la prise en charge au quotidien, et le dossier médical.

Une EPP est en cours, concernant la qualité du remplissage des dossiers patients, et qui a débuté en 2013 et se situe en étape 2.

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients, en lien avec la CRUQPC, est effective.

Les indicateurs Hôpital numérique sont recensés et publiés (recueil OSIS).

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont effectives:

- guide d'utilisation dossier patient (révision en août 2015)

- guide d'utilisation du diagramme de soins (août 2015)
- guide sur les transmissions écrites ciblées (août 2015)

L'affichage des résultats des indicateurs est effectif et mis à disposition du public.

Cependant, les actions d'amélioration mises en œuvre au regard des évaluations réalisées ne sont pas définies en lien avec la CRUQPC.

Les comptes rendus de la CRUQPC montrent que le sujet est peu abordé, sinon sous l'angle des délais d'accès au dossier.

De plus, l'indicateur IPAQSS du Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation n'a pas encore donné lieu à un plan d'action identifié, alors que cet indicateur se situe en classe C pour le secteur MCO.

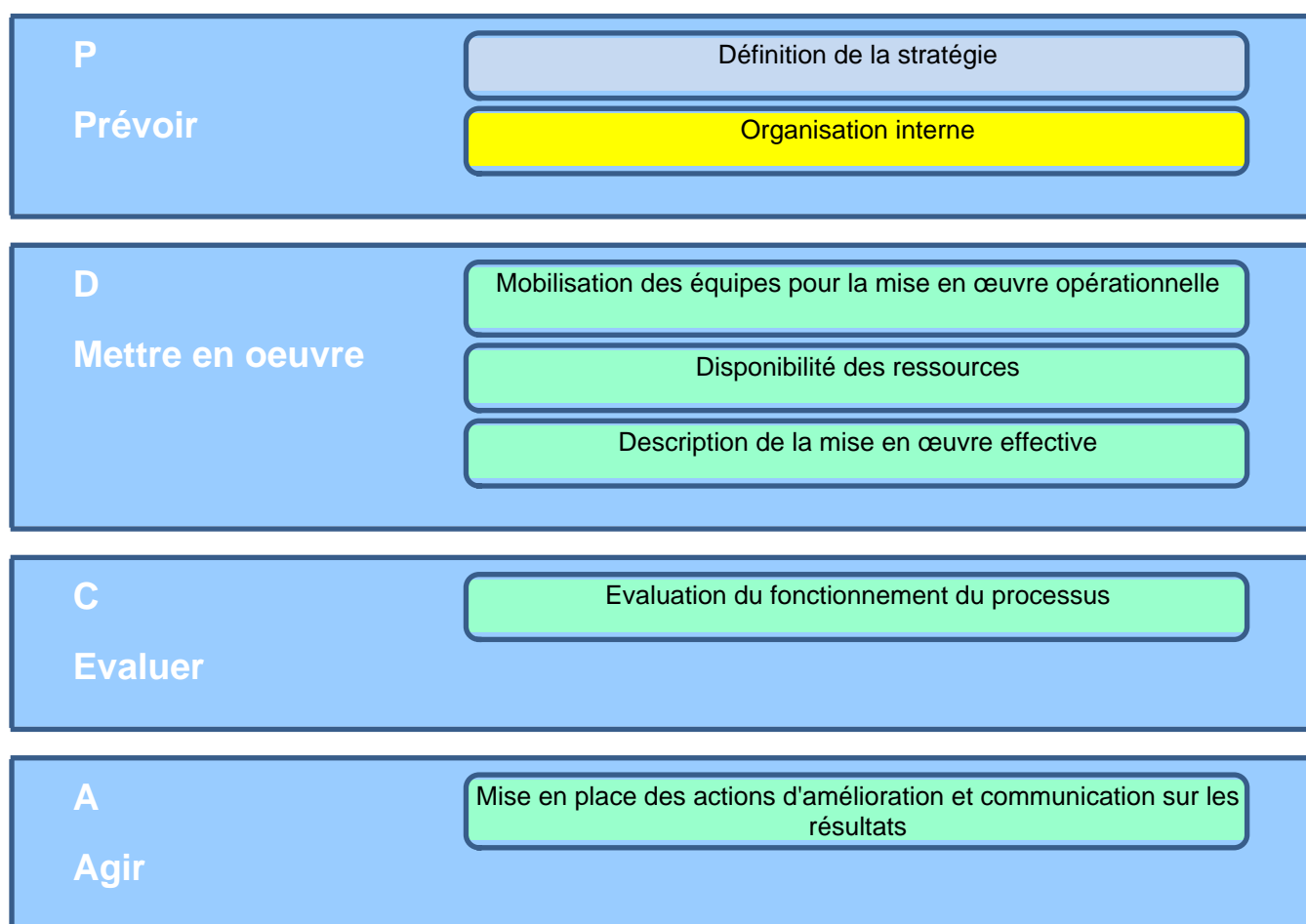
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement.
Les objectifs prioritaires retenus sont en cohérence, l'arrêté RETEX, le CBUM, la cartographie des risques a priori et le compte qualité. Une articulation entre le CQ et le PAQSS du CHIL est réalisée.
La stratégie se décline également avec des dispositions spécifiques pour la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé.
Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé du CHIL. Un PAQ est également réalisé en intra pour la PUI qui rejoint les également le PAQSS global de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Le CHIL a mis en place une organisation pour piloter le processus, avec la nomination d'un responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. La cadre du pôle médico-technique en lien avec la direction des soins et qualité assurent le management du processus. Leurs missions sont formalisées dans des fiches de postes. Le COMEDIMS et le Comité des anti-infectieux ont fusionné.
Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Un manuel qualité du circuit du médicament est rédigé.
La prescription/ administration est informatisée pour l'ensemble du CHIL à l'aide d'un logiciel de prescription certifié par la HAS.
La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteur d'activité.
L'organisation de la permanence pharmaceutique est organisée notamment pour les besoins urgents avec la mise en place d'une armoire d'urgence. Une présence pharmaceutique est également faite le samedi matin. En dehors des heures d'ouverture, la permanence pharmaceutique est assurée selon la procédure « Permanence pharmaceutique » accessible dans le classeur « Pharmacie » et dans le logiciel de gestion documentaire de l'établissement.
Cependant, l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient (incluant son traitement personnel) n'est pas réalisée sur l'ensemble du secteur sanitaire (MCO et SSR).
L'analyse pharmaceutique ne concerne, pour l'instant, que les prescriptions provenant des EHPAD extra-muros.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des référents médicaux et para-médicaux sont désignés et s'assurent de la stratégie déployée sur le CHIL.
Cette déclinaison repose sur une concertation tout en favorisant les équipes, notamment par des informations régulières sur le bon usage des médicaments.
Des liens réguliers sont en place entre les prescripteurs et la pharmacie.
Le cadre de service, en concertation avec la pharmacie, s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues aussi bien dans la gestion des stocks que du rangement des armoires .
Un audit périodique est réalisé régulièrement sur la qualité de l'administration des médicaments et également sur le rangement des armoires. Un programme d'audit des armoires est planifié sur l'année.
Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont traités en CREX avec les professionnels concernés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le Responsable Management Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse (RMQPCM), en lien étroit avec les référents des services de soins, s'assure des compétences des professionnels. Des réunions "Les Mardis de l'info" permettent également de réaliser des informations sur le bon usage des médicaments et des sensibilisations aux risques d'erreur médicamenteuse.
Les locaux et les matériels utilisés sont conformes pour la sécurisation du médicament, et de son transport. Les médicaments à risques sont identifiés. Le transport s'effectue dans des caisses sécurisées.
Des ordinateurs portables sont disponibles. La gestion documentaire est accessible et connue des

professionnels rencontrés en visite. Des procédures et des protocoles sont accessibles et connus des professionnels. Ceux-ci sont respectés par les professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles et supports de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs. La prescription/administration des médicaments est entièrement informatisée à l'aide d'un logiciel certifié.

Des outils d'aide à la prescription sont en place avec le livret thérapeutique. Des classeurs de différents protocoles sont présents dans les services de soins. Ils reprennent toutes les procédures des commandes, du transport, le stockage et les modes d'administration des médicaments.

Les médicaments à risques sont identifiés. Les tables de correspondance sont affichées sur les armoires à pharmacie ainsi que la règle des 5B. Les armoires et les chariots de distribution des médicaments sont dotés d'un double étiquetage soit par nom de médicaments, et par défaut en DCI.

Les médicaments à conserver au froid sont rangés dans des réfrigérateurs munis de relevé de température.

Une armoire est disponible pour les dotations en urgence et fait suite à un travail conduit sur plusieurs années.

La traçabilité de l'administration dans le dossier du patient se fait en temps réel par les infirmières.

Les commandes sont organisées sur une base d'un plein-vide (dotations par service). Cette dotation est revue régulièrement et au moins une fois par an. En cas de délivrance d'un produit non en stock, à l'aide d'un bon de commande, l'infirmière peut se fournir auprès de la PUI.

Le bon de commande est nominatif (avec indication, posologie...) et signé par le médecin. L'IDE se rend à la PUI, présente le bon au pharmacien, qui lui délivre le médicament.

Les stupéfiants sont conservés dans un coffre et respectent la réglementation en vigueur.

Les patients traceurs réalisés en visite ont permis de confirmer la sécurisation du circuit du médicament.

L'information du patient sur le bon usage des médicaments est assurée et tracée au travers de plaquettes spécifiques (AVK) ou dans le cadre de programmes autorisés d'éducation thérapeutique (diabète, alcoolologie).

La continuité du traitement médicamenteux est organisée depuis l'admission jusqu'à la sortie.

Devant toute entrée, il est demandé au patient ou à ses proches de fournir les prescriptions de tous les traitements en cours afin de garantir la continuité des soins. Les traitements personnels font l'objet d'une procédure dans le MAQ de la PUI. Cette procédure est connue et appliquée par les professionnels.

La taille de l'établissement permet une collaboration étroite entre les prescripteurs et la PUI.

L'accès à la PUI est contrôlé. La sécurité est assurée par une porte d'entrée munie d'une serrure sécurisée et doublée d'une alarme anti-intrusion fonctionnant de 18h30 à 6h30 en semaine, jusqu'à 8h30 et à partir de 12h30 le samedi. L'alarme est active 24h/24 le dimanche et les jours fériés. Elle peut être arrêtée manuellement au niveau du service des admissions.

La PUI assure la rétrocession au public de certains médicaments non disponibles en officine.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CHIL assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse sur la base d'indicateurs IPAQSS, du tableau de bord CBUM.

Des EPP sont également conduites concernant les prescriptions du sujet âgé, les prescriptions d'antibiotiques, les molécules onéreuses.

Le suivi des EI médicamenteux est organisé.

Des audits sont régulièrement conduits conjointement avec la direction des soins qualité et le responsable qualité.

Le manuel qualité est revu au minimum une fois par an par le RMQPCM pour déclencher si nécessaire sa mise à jour. Il est modifié suite à des modifications du Système Qualité encadrant le circuit du médicament (nouvelle disposition, changement organisation).

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Un PAQ intra PUI est relié au PAQ global du CHIL.

Le Compte Qualité a permis également de réaliser un plan d'actions au regard des risques identifiés.

Le journal interne, les Mardi de l'info permettent de communiquer les résultats.

La semaine de la sécurité intègrent également des informations concernant la prise en charge médicamenteuse.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès

des professionnels et des usagers. Les indicateurs IPAQSS sont affichés et connus des professionnels. Plusieurs EPP ont été réalisées notamment sur la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé, sur certains antibiotiques, sur les molécules onéreuses.

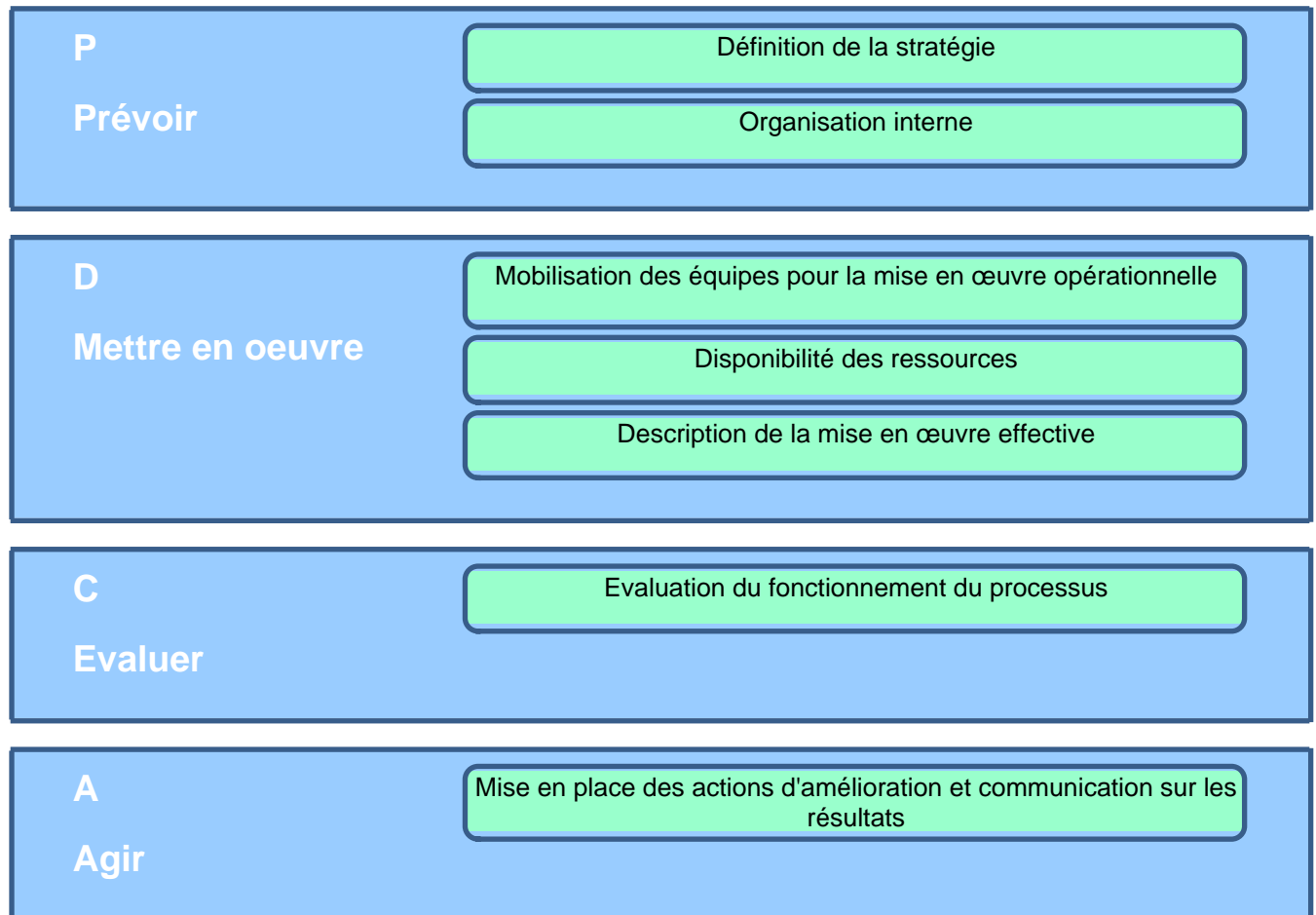
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

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

La stratégie et les objectifs du service des urgences du CHIL sont inscrits dans le projet d'établissement, ainsi que dans un document intitulé « PEC des patients à la structure des urgences ». Cette stratégie est déclinée dans un programme d'amélioration, en lien avec les risques, et articulée avec le programme institutionnel. Le PAQSS de l'établissement reprend les actions entreprises aux urgences pour conduire sa stratégie.

L'établissement possède une autorisation pour l'activité d'urgences adulte et de SMUR avec 12 700 passages par an aux urgences.

Il adhère au réseau régional des urgences Alsace.

Le service a identifié ses risques à partir des données suivantes : les recommandations de la SFMU, les différents indicateurs d'activité, l'analyse des événements indésirables et des résultats d'EPP. Les risques prioritaires ont été défini à l'aide d'une cartographie des risques, réalisée de manière pluri-professionnelle.

ORGANISATION INTERNE

Le CHIL a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Pour autant, il n'existe pas de structure de pilotage institutionnel du secteur : un conseil de l'urgence existe mais il n'est pas opérationnel : la date de la dernière réunion est ancienne, ses modalités de fonctionnement ne sont pas définies et aucun compte rendu n'est disponible.

L'organisation de la prise en charge des urgences, incluant le recours aux avis spécialisés est formalisée et connue par les acteurs du territoire de santé. La liste des gardes et des astreintes est disponible, validée par la direction.

Les modalités de PEC des patients sont définies et formalisées dans le document « règles de fonctionnement de la structure des urgences » de mise à jour récente.

Ce document décrit les circuits de PEC selon :

- Le degré d'urgence avec une grille de tri, des circuits rapides vers le déchoquage et une filière courte en traumatologie

- La typologie des patients, pour les enfants (PEC protocolisée par l'urgentiste ou le pédiatre), pour la psychiatrie (IDE détachée du CMP, psychiatre présent 2 demi-journées par semaines et convention avec le CHS), pour les patients gériatriques (organisation interne avec les médecins gériatres).

- Le type de pathologie, y compris l'organisation pour la PEC des spécialités absentes sur l'établissement.

Le service a initié un travail sur la gestion des lits en lien avec l'ANAP. Des fiches de postes décrivent la fonction d'infirmière d'accueil et des IDE des urgences. Le service a également défini des modalités de signalement et d'analyse des EI.

Les effectifs du service sont adaptés à l'activité, prenant en compte la transversalité des IDE avec le SMUR. La fonction d'infirmière d'accueil est assurée 25h par semaine : les week end, lundi et jours fériés. Des formations spécifiques sont proposées comme la réanimation des enfants, la gestion de la violence aux urgences

Les médecins sont titulaires de la CMU ou du DESC médecine d'urgence.

Les locaux comprennent une zone d'accueil et d'enregistrement, 1 salle d'attente, 1 salle de tri, 3 boxes d'examen, 1 salle de suture, 2 postes de déchoquage dans une même salle et 2 lits d'UHCD. Il n'existe pas de box pédiatrique dédié mais un chariot spécifique permettant une PEC adaptée. L'établissement a initié un projet de restructuration architecturale du service d'accueil des urgences.

La maintenance préventive des appareils biomédicaux est organisée par le biomédical qui en assure la traçabilité.

L'admission des patients dans le service est effectuée H24 au sein du service par une secrétaire ou un agent d'admission. Les observations médicales sont sur un dossier informatisé, de même que les éléments de surveillance infirmier, ainsi que les prescriptions et traçabilité médicamenteuse. Le dossier de soins est sous format papier.

Les interfaces sont organisées avec les secteurs d'hospitalisation et lors du retour à domicile : un CR type et des ordonnances informatisées ou papier sont fournies au patient. L'articulation avec les services médico-techniques dont la laboratoire, l'imagerie (via un PACS), la pharmacie, le brancardage et les TIH est organisée.

Cependant, l'établissement n'a pas mis en place d'organisation permettant la PEC des soins non programmés directement dans les secteurs de soins, en hospitalisation ou aux consultations. Les patients présentant une pathologie chronique pour laquelle ils sont suivis dans un service, en cas d'admission non programmée en lien avec cette pathologie doivent passer par le service des urgences avant hospitalisation.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux urgences sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans ce secteur et sur le processus.

Le médecin chef de service et la cadre supérieur de santé sont en charge du déploiement opérationnel du PAQSS dans le secteur.

Les professionnels connaissent et participent au signalement des événements indésirables. Un groupe CREX interne au service se réunit à fréquence définie pour analyser les dysfonctionnements du secteur. Des EPP comme l'analyse temps de passage dans la filière courte traumatologique ou l'évaluation de la PEC des patients gériatriques sont également réalisées.

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

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans le secteur des urgences.

Les effectifs en accord avec les recommandations de la SFMU sont adaptés à l'activité. Les IDE exerçant la fonction IAO sont formées à l'orientation et au tri. Il existe un système d'intégration des nouveaux arrivants, et l'absentéisme est géré en interne.

Les équipements et matériels sont opérationnels, le service dispose d'un échographe. Il existe un dépôt de sang d'urgence vitale au sein du service en lien avec EFS de Strasbourg.

La prise en charge des patients en UHDC est possible mais elle n'est pas formellement organisée.

De plus, les locaux ne permettent pas de déplacer les lits de la chambre dédiée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

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

Les circuits de prise en charge des patients en fonction de leur pathologie sont déterminés et adaptés au degré d'urgence, toutefois en raison de l'architecture du service, le premier contact pour les patients valides est assuré par un agent en charge de l'enregistrement et non par un soignant.

La permanence des soins est assurée avec des médecins de garde (anesthésie, SMUR, urgence), et d'astreinte (cardiologie, médecine, endoscopie, chirurgie générale, et orthopédie, pédiatrie, obstétrique, imagerie et laboratoire).

La traçabilité des actes est assurée.

L'établissement ne dispose pas pour le moment d'un logiciel spécifique gestion des lits, néanmoins le service dispose d'une organisation permettant la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits en temps réel. Une organisation est en place et définie entre les services de soins et le service des urgences concernant la disponibilité des lits. Par ailleurs, le logiciel de prescription médicale donne une indication en temps réel des lits disponibles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le service assure le recueil de nombreux indicateurs quantitatifs (bilan d'activité) et qualitatifs dont le temps d'attente et de passage selon la gravité. Des EPP sur la PEC gériatrique aux urgences et sur la mise en place d'une filière courte sont réalisées et un CREX est également opérationnel. Ces EPP sont réalisées avec les professionnels des urgences et de gériatrie.

Cependant, les modalités d'analyse et du suivi de ces indicateurs ne sont pas définies : le temps d'attente et de passage selon la gravité est recueilli mais aucune analyse n'est réalisée. La Direction a mis en place depuis plusieurs années un comité mensuel d'activité médicale qui, entre autre, analyse les données du fonctionnement des urgences. L'ensemble des temps de passage quel que soit la nature de la filière est inférieur à la moyenne régionale. Ces éléments ont été soulignés lors de l'inspection des urgences par l'ARS. De ce fait aucun plan d'action spécifique n'a été mis en œuvre.

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

Le service des urgences met en place d'actions d'améliorations en lien avec les risques identifiés (mise en place d'une CS, une IAO avec une procédure de tri, pose du bracelet d'identification, circuit court)

Des actions de communications sont réalisées en interne tant auprès de l'équipe médicale que de l'équipe paramédicale, et au sein de l'établissement.

Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.

Des actions d'amélioration sont définies avec les professionnels et les représentants des usagers. La réflexion de réaliser des travaux au sein du service est bien engagée. La mise en place d'un guichet unique est en cours également.

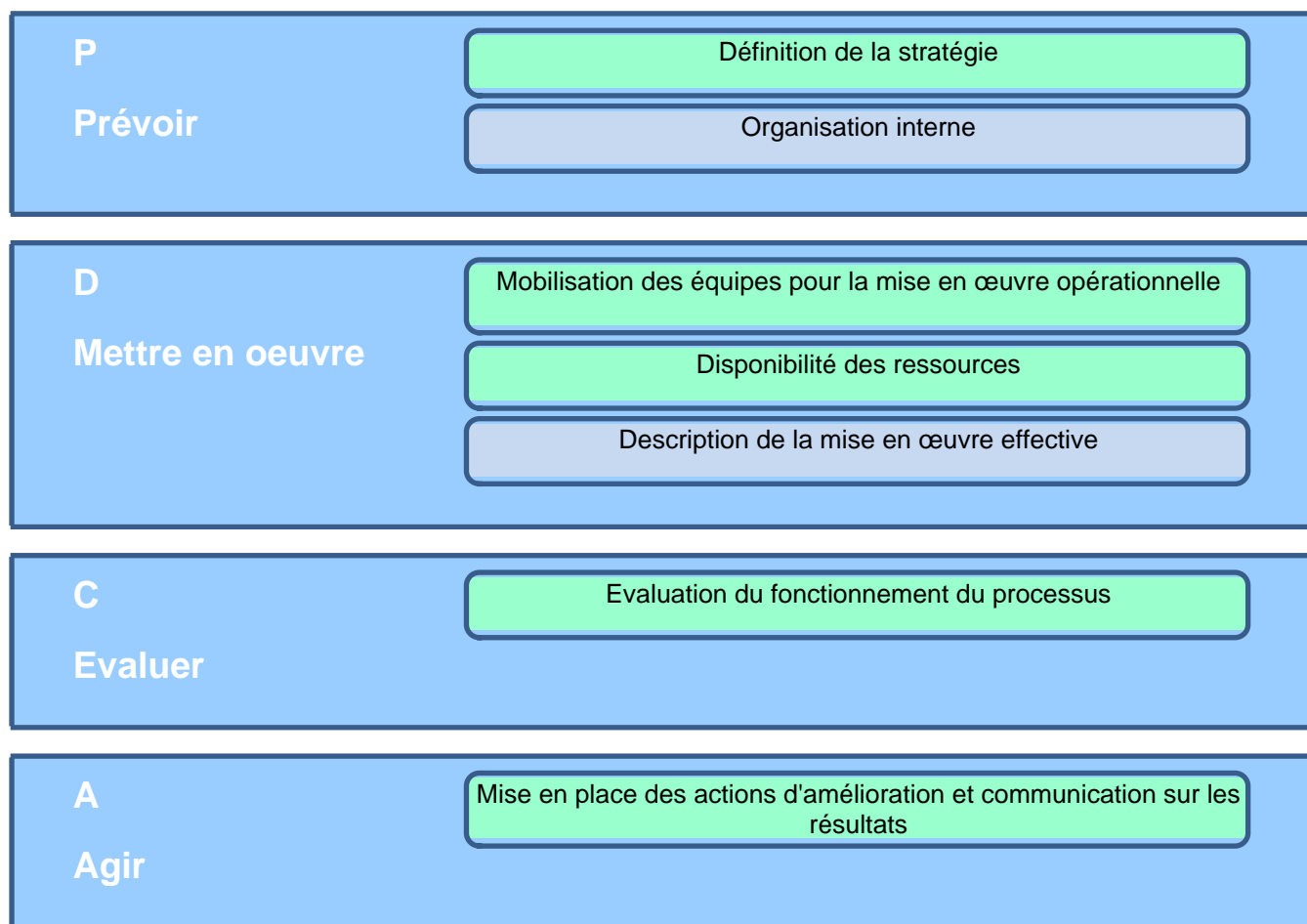
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base de l'identification des risques qui sont décrits dans un document intitulé « Politique de la PEC des patients au bloc opératoire et en endoscopie ».

Le bloc opératoire a défini ses activités d'anesthésie pour la chirurgie ortho-traumatologique, la chirurgie viscérale, l'ophtalmologie, la gynécologie, l'obstétrique et pour l'endoscopie digestive. Il existe également un secteur de chirurgie ambulatoire.

Le secteur a identifié ses risques en analysant de nombreux indicateurs dont les IPAQSS anesthésie, le recueil événements indésirables, le cadre réglementaire et les recommandations des sociétés savantes (SFAR, Hygiène) et de la HAS. Les risques prioritaires ont été définis à partir d'une cartographie des risques réalisée de manière pluri professionnelle.

Ces objectifs sont déclinés dans un programme d'amélioration, qui est articulé avec le programme institutionnel. Ce programme est validé par le conseil de bloc.

ORGANISATION INTERNE

Le CHIL a établi une organisation pour piloter le processus : le conseil de bloc opératoire, dont les missions et la composition pluri-professionnelles sont définies, en lien avec l'organisation de chirurgie ambulatoire (UCA). Un bureau restreint de bloc et des réunions spécifiques sur l'UCA sont également organisées.

Les rôles et responsabilités des professionnels sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste .

Le mode de fonctionnement du bloc opératoire est décrit dans une charte de bloc qui précise notamment l'organisation de l'activité selon les spécialités, les modalités de programmation (logiciel dédié, programmation hebdomadaire et quotidienne) et de régulation de l'activité. Les différentes modalités de PEC (programmé, urgences et maternité) sont également décrites dans cette charte, ainsi que la PEC des patients à risque. Une charte spécifique à l'activité de chirurgie ambulatoire est également rédigée.

Les modalités de signalement des EI sont organisées soit par les FSEI, soit par l'intermédiaire d'une main courante interne au service, et un CREX propre au secteur a été mis en place.

Il existe un régulateur de l'activité en heure ouvrable qui est la cadre supérieur du bloc ainsi qu'un coordonnateur médical de l'activité qui est le médecin chef de service.

Le secteur a également défini les modalités de surveillance de l'air, de l'eau et des fluides médicaux.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines adaptées en effectif et en formations (pour les IADE : SFAR, hypnose, formations régionales, pour les IBODE : nouveaux matériels, ateliers drapages, techniques chirurgicales, stérilisation et autoclave, endoscopie...).

Les ressources documentaires, procédures, protocoles et document de traçabilité sont rédigées par les professionnels et accessibles sur la base documentaire.

Le secteur est doté d'un logiciel de planification opératoire, d'un logiciel pour le dossier d'anesthésie, le dossier patient institutionnel est sous format papier et le dossier transfusionnel est également informatisé. Le SI du bloc est intégré au SI du CHIL.

Le bloc opératoire a organisé ses interfaces avec les unités de soins qui ont accès au programme opératoire, les transmissions vers le bloc opératoire sont assurées par un document spécifique et du bloc vers les services par l'impression d'une partie du dossier d'anesthésie. Les prescriptions médicamenteuses sont réalisées par l'anesthésiste pour les 24 premières heures post opératoire.

Le bloc opératoire est également en interface avec la stérilisation, dont les locaux à proximité immédiate, ainsi qu'avec les autres services médico-techniques.

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. Les responsables du secteur sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés, et ils s'assurent également de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

Les professionnels participent au signalement des événements indésirables, ils sont impliqués dans le recueil des IPAQSS d'anesthésie. Un CREX interne au service est en place.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences en terme d'effectif permettent d'assurer la PEC des patients de façon

sécritaire, les plannings des médecins de garde et d'astreinte sont connus et il existe au sein du secteur des référents pour les vigilances sanitaires, pour la douleur, l'hygiène, le médicament, et les droits des patients. Les ressources documentaires sont nombreuses sur différentes thématiques comme l'hygiène (antibioprophylaxie, bio nettoyage...), l'anesthésie (allergie latex, hyperthermie maligne, intubation difficile, check list HAS et ouverture de salle, analgésie...), la chirurgie (fiches techniques...)

Le service possède 4 salles opératoires dont 1 réservée à l'endoscopie et aux interventions septiques, et 1 réservée à une urgence obstétricale. 1 salle est qualifiée en ISO 5 et 2 autres en ISO 7. Le secteur de SSPI à proximité des salles opératoires possède 5 postes et il existe une unité de chirurgie ambulatoire de 5 lits.

Le reste des locaux est adapté à l'activité avec un sas d'accueil des patients et des locaux de stockage annexes. Les modalités de circulation des patients, des professionnels et des matériels sont définies et les circuits patients respectent la marche en avant.

Les équipements sont adaptés à l'activité, ainsi que les matériels avec notamment des chariots d'urgence, d'intubation difficile et d'anesthésie pédiatrique.

Toutefois, l'organisation ne prévoit pas de formation sur la radioprotection. Les professionnels du bloc manipulant la scorie ne sont pas formés à la radioprotection.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre l'organisation établie pour la PEC, à l'accueil au bloc opératoire avec les vérifications d'identité et la transmission d'information, à la PEC en salle d'intervention avec les checks list d'ouverture de salle, check list sécurité du patient, et la surveillance per opératoire, ainsi que lors du passage en SSPI (traçabilité de la douleur, de l'administration médicamenteuse et du score de sortie de SSPI).

Les professionnels du bloc opératoire mettent en œuvre toutes les organisations définies. Elles sont toutes respectées.

En cas d'EI, une fiche de signalement est réalisée.

Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues des sociétés savantes.

Les circuits sont respectés ainsi que les procédures d'hygiène, dont la tenue des professionnels.

La traçabilité des différents actes est assurée, notamment concernant le bio nettoyage ainsi que celle des dispositifs médicaux implantables. Concernant l'activité de chirurgie ambulatoire, les différentes démarches pré-opératoires, d'accueil et de PEC, la sortie et les appels post opératoires sont connues et appliquées.

L'interface bloc-chirurgie ambulatoire est organisée et opérationnelle.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur interventionnel du CHIL a mis en place le recueil et le suivi d'indicateurs d'activité, des IPAQSS, d'audits sur la check- list, et l'hygiène. Les CREX permettent une analyse pluri-professionnelle des événements indésirables et des RMM sont réalisées en cas d'évènement indésirable grave.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre notamment en lien avec les résultats des IPAQSS DAN comme la traçabilité de l'évaluation de la douleur ou de la visite d'anesthésie. Ces actions sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

La communication des résultats est réalisée, en interne lors de réunions de service mensuelles et de réunions d'encadrement, comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers.

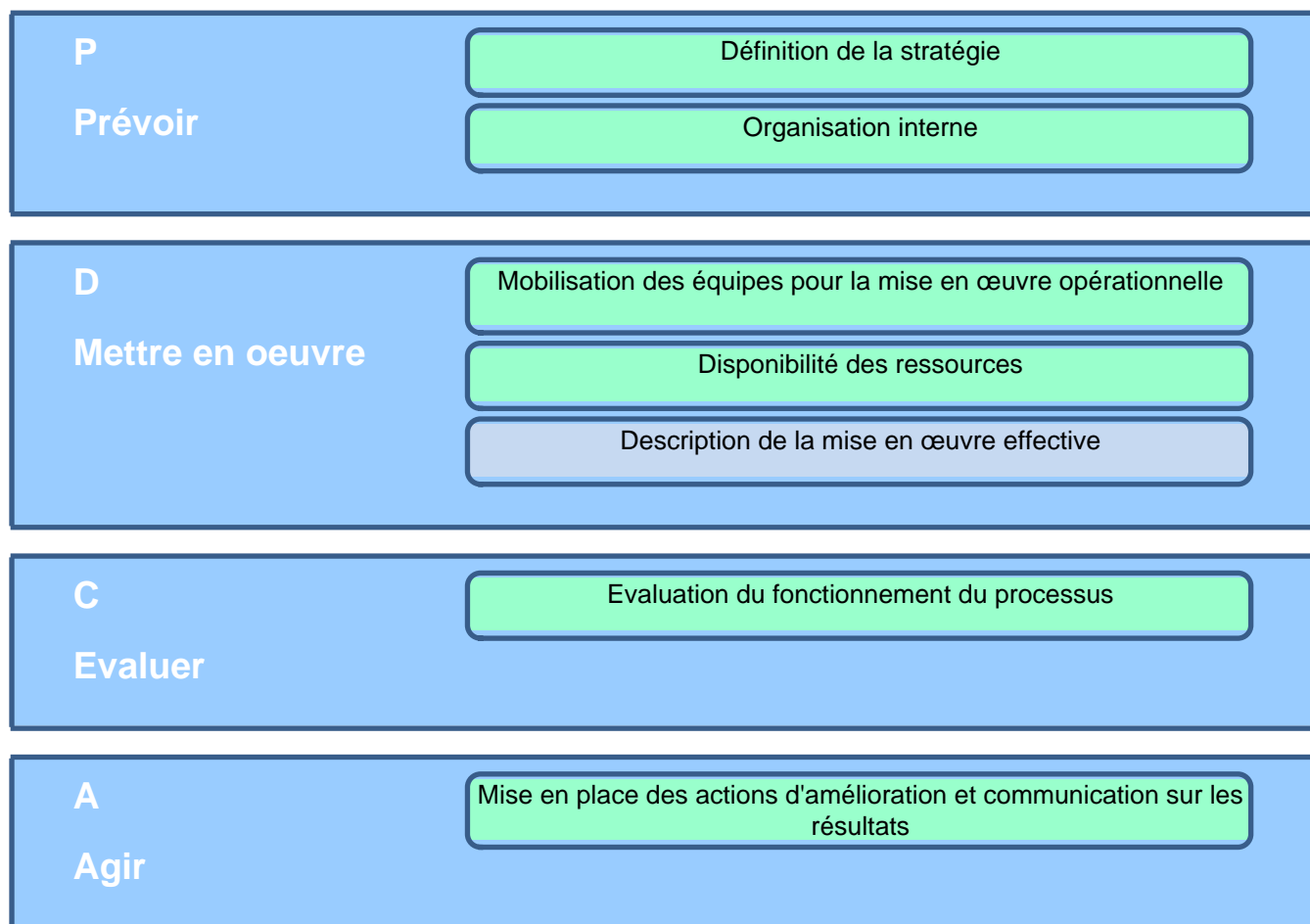
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le secteur d'endoscopie du CHIL a défini sa stratégie relative à son organisation dans la charte du bloc opératoire. Cette stratégie est identifiée sur les besoins, les spécificités et de l'analyse des risques à priori réalisée en commun bloc opératoire et endoscopie.

Les risques identifiés lors de l'élaboration du Compte Qualité ont permis de déterminer 2 risques principaux. Ces risques ont été travaillé en collaboration étroite avec le médecin responsable du service d'endoscopie et les professionnels en y associant le service qualité. Une cartographie des risques en endoscopie est réalisée avec les professionnels.

La stratégie est déclinée en programme et plan d'actions, défini à partir de l'analyse des risques, des EI. Cette politique de la PEC des patients au bloc opératoire et en endoscopie est validée par les instances.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus endoscopie est assuré par la cadre de santé du bloc opératoire en étroite collaboration avec le médecin responsable de l'endoscopie. Les règles de fonctionnement de l'endoscopie sont rédigées. Des fiches de poste identifiant leur mission sont également rédigées.

L'activité du secteur endoscopique est sous la responsable d'un médecin chef de pôle gastro-entérologue. Deux praticiens assurent la totalité des actes soit 1300 à 1400 endoscopies par an. Cette activité se déroule dans une salle dédiée au bloc opératoire. Une équipe d'infirmières dédiée assure également la préparation des actes d'endoscopie et la décontamination des endoscopes. 1/3 des endoscopies sont réalisées sous anesthésie générale. Un programme opératoire est réalisé. Une astreinte médicale est assurée. La nuit, une IBODE est de garde et assure l'aide avec le médecin. Les actes sont pour la plupart des actes de dépistage et de diagnostic. Les prélèvements sont externalisés. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Les remplacements des endoscopes sont organisés. Le parc des endoscopes est en adéquation avec l'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cadre du bloc opératoire et le médecin responsable de l'endoscopie organise le fonctionnement du secteur en tenant compte des besoins et des plans d'actions.

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre est opérationnelle pour une prise en charge effective des patients aussi bien en ambulatoire qu'en hospitalisation complète.

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

Le recueil et l'analyse des événements indésirables avec l'implication des professionnels et l'organisation du retour d'expérience sont en place. L'équipe participe aux réunions communes organisées avec le bloc opératoire.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans le secteur d'endoscopie. Des protocoles et des procédures sont régulièrement mis à jour. Ils sont connus des professionnels rencontrés. Ces protocoles sont travaillés en collaboration avec l'infirmière hygiéniste. La gestion documentaire est accessible à tous les professionnels. Des professionnels formés sont dédiées sur ce secteur. Une IBODE en garde peut aider le praticien d'astreinte.

La maintenance des endoscopes est organisée (locaux de stockage, équipement, désinfection). Elle est réalisée par assistance informatisée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'endoscopie connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes.

La régulation des actes est organisée dans le programme opératoire informatisé.

Les pratiques professionnelles s'appuient sur les recommandations de la SNFGE.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles (ambulatoire ou hospitalisation complète).

La traçabilité des actes est assurée. La traçabilité de la décontamination des endoscopes est effective. Le risque ATNC est tracé également.

Les compétences des professionnels sont en adéquation avec l'activité.
Suite au risque identifié dans le CQ, le CHIL a changé son appareil de désinfection et de traitement des endoscopes. Une formation a été dispensée aux professionnels.
Un dispositif de surveillance des matériels utilisés est effectif avec la mise en place des contrôles bactériologiques.
La documentation et les protocoles sont actualisés et connus des professionnels rencontrés.
La continuité de la surveillance du patient et de la vérification des actes sont assurées et tracées (vérification de l'identité, check-list d'endoscopie, traçabilité des endoscopes) dans le dossier du patient.
Les professionnels de l'endoscopie assurent la désinfection et le nettoyage des endoscopes conformément aux règles de bonnes pratiques.
L'utilisation des endoscopes respectent les mesures d'hygiène. Le stockage des endoscopes est conforme aux recommandations.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le fonctionnement du processus endoscopie est évalué par des audits de pratiques.
L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Des audits relatifs à l'hygiène sont régulièrement conduits en lien avec le CLIN.
Les résultats des audits sont connus des professionnels.
Les gastro-entérologues sont également particulièrement impliqués dans la campagne ADECA Alsace. Ils effectuent en effet les coloscopies en cas de test positif et informent la structure de gestion du résultat des coloscopies.

A / AGIR

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

Une démarche d'amélioration est effective dans le secteur d'endoscopie avec un suivi régulier et des actions afin de réduire les risques comme par exemple la mise en place d'une main courante sur l'analyse des reports ou des annulation des examens endoscopiques.
Une mise à jour et révision des protocoles d'endoscopie suite à l'audit national est réalisée.
Le suivi des EI est en place et est opérationnel. Ils sont pris en compte pour l'actualisation du plan d'action.
Le PAQSS global du CHIL reprend toutes les actions évoqués du plan d'actions du secteur endoscopique.
Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

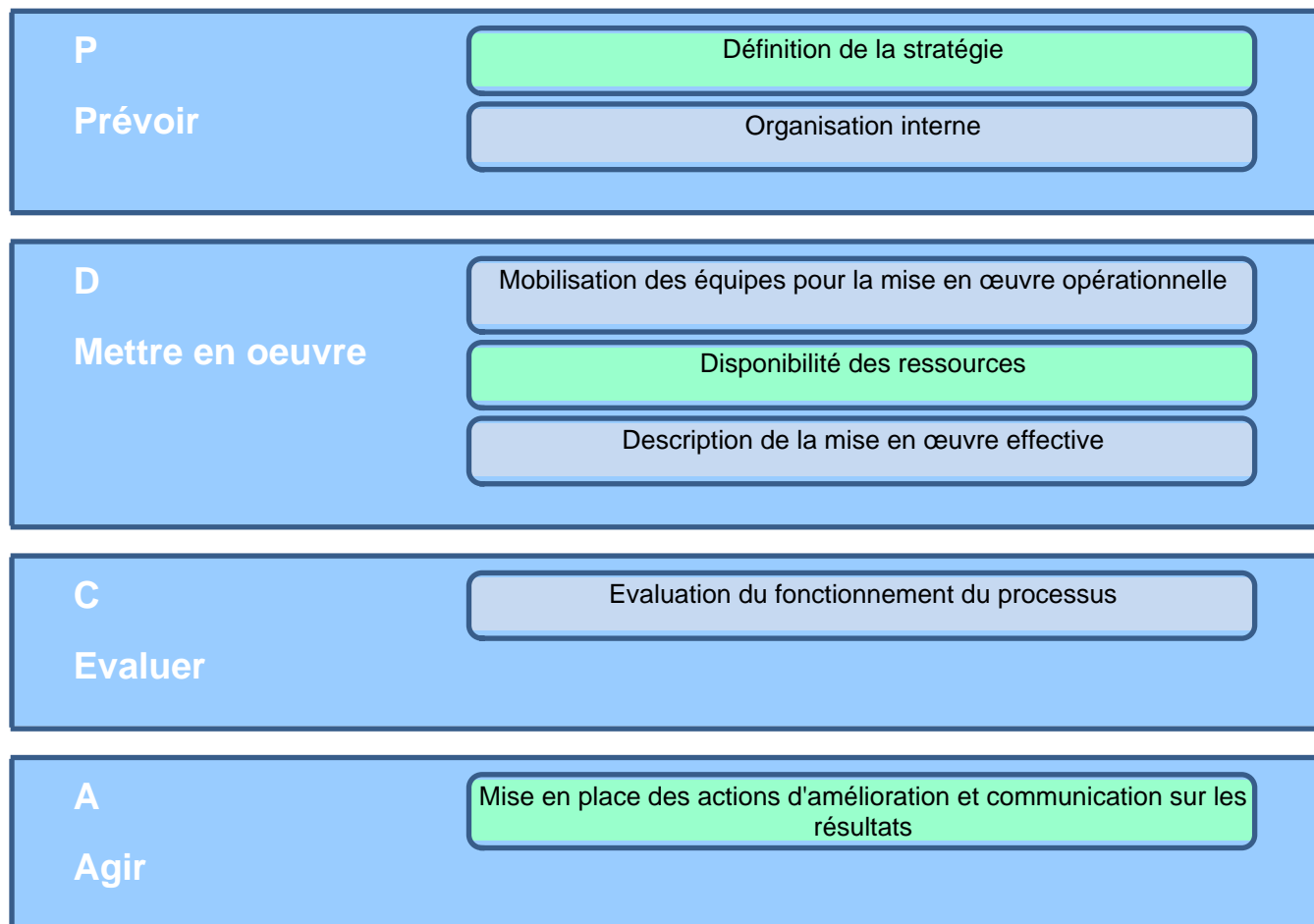
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une stratégie et des objectifs sont définis dans le projet d'établissement et repris dans un document intitulé « Politique du secteur de naissance ». Ces objectifs sont déclinés dans un programme d'actions préventives et curatives, qui est articulé avec le programme institutionnel.

Le service a défini ses missions avec une unité d'obstétrique de niveau I, réalisant 365 accouchements par an en moyenne, en lien avec le réseau périnatalité régional « naitre en Alsace ».

L'établissement a établi des conventions avec une maternité de référence niveau IIB (CH Haguenau), et un niveau III (CHU Strasbourg), ainsi que pour la PEC et le transfert des nouveaux nés. Le secteur de la salle de naissance a identifié ses risques prenant en compte les IPAQSS, des évaluations internes, les événements indésirables, les recommandations des sociétés savantes, et une cartographie des risques pluri- professionnelle a été réalisée. Ces risques ont été priorités.

La stratégie de la salle de naissance est validée par les instances.

ORGANISATION INTERNE

Le CHIL a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Le chef de service et la sage-femme cadre sont en charge du pilotage et de la mise en œuvre du processus salle de naissance. Il existe un document intitulé

« Règles de fonctionnement du pôle mère enfant » qui décrit l'organisation du secteur. Les modalités de PEC des parturientes et des nouveaux-nés y sont définies, dont la prise en charge des urgences ainsi que l'activité programmée. Les indications et modalités de transfert des parturientes (programmé et urgent, en per et post partum), ainsi que la PEC des nouveau-nés et ses modalités de transfert sont définies, en lien avec le réseau. Les circuits de PEC sont également décrits.

La répartition des tâches entre les professionnels est définie dans des fiches de poste. La permanence des soins est organisée en fonction de l'activité.

L'encadrement organise la diffusion de la culture qualité /sécurité par un système de signalement des événements indésirables et la mise en place des CREX. Des RMM en interne et au sein du réseau sont réalisées. La régulation du secteur est facilitée par l'activité et par l'organisation mise en place. La sécurité de la parturiente est favorisée avec des temps de réunions dédiés et des relèves quotidiennes organisées avec sages-femmes et médecins, et le pédiatre si nécessaire.

Les modalités d'enregistrement des parturientes (y compris en mode inconnu) et des nouveaux-nés sont protocolisés, de même la pose du bracelet d'identification (maman-bébé).

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

Le CHIL s'assure régulièrement de l'existence des ressources humaines en effectifs, compétences et formations. L'intégration des nouveaux arrivants est organisée. Les ressources matérielles en locaux et équipements sont adaptées à l'activité et en conformité avec la réglementation. Le système documentaire informatisé comprend de nombreux documents permettant la prise en charge sécurisée de la maman et du nouveau-né. Des documents d'informations spécifiques pour la parturiente sont disponibles.

La gestion des interfaces avec le service de gynécologie est organisée, ainsi qu'avec le bloc opératoire, les pédiatres, le dépôt de sang et les services médico-techniques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres au secteur de naissance sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Le chef de service et la cadre sage-femme ont organisé la déclinaison du programme qualité de la salle de naissance, en objectifs et plans d'action opérationnels.

Ils sensibilisent régulièrement les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ainsi que sur leurs résultats, favorisant la diffusion de la culture qualité / sécurité du secteur de naissance.

Les professionnels participent au recueil des IPAQSS, ainsi qu'aux réunions CREX et sont associés aux démarches d'EPP.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans le secteur de naissance.

Les effectifs sont adaptés à l'activité et du personnel supplémentaire peut être mobilisé, si nécessaire. La permanence des soins est assurée avec présence H 24 d'une sage-femme, d'une auxiliaire puéricultrice et d'un anesthésiste. L'obstétricien et le pédiatre sont d'astreinte la nuit et les week-end. Des formations spécifiques sont proposées, en interne et par l'intermédiaire du réseau.

Les locaux sont appropriés à la PEC des parturientes et du nouveau-né avec une salle de césarienne réservée H24 au bloc opératoire situé à proximité immédiate de la salle de naissance. Les équipements sont adaptés à l'activité.

Les professionnels sont associés à l'élaboration et à la mise en place des protocoles et procédures. Ces documents sont issus de recommandations de bonnes pratiques et adaptés aux besoins et aux pathologies des patientes et des nouveaux-nés. Ils sont connus et aisément accessibles en permanence. Les procédures d'hygiène sont élaborées en lien avec le CLIN.

Des documents d'information et d'éducation parentale sont disponibles.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur de naissance connaît l'organisation définie, et met en œuvre les procédures et protocoles établis pour la PEC des parturientes et des nouveaux-nés, y compris dans les situations d'urgence.

La régulation du secteur de naissance est organisée afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité de la parturiente. De part sa taille, les relations entre les acteurs de la PEC sont facilitées. Le suivi et le traitement des événements est assuré par les responsables du secteur de naissance en lien étroit avec la direction des soins. Dans les suites d'un signalement d'un EIG, une mission d'inspection a pu constater la réalisation de l'analyse de cet événement, ainsi que l'élaboration d'un plan d'actions et la mise en œuvre des mesures correctives.

L'organisation permet la continuité et la coordination à toutes les étapes de la PEC depuis la consultation avec un dossier de suivi sous format papier (y compris lorsque la parturiente est suivie en ville), jusqu'à l'admission en salle de naissance (partogramme en format papier), puis en service avec des dossiers papiers pour la maman et le bébé. Les modalités de transmission des informations en cas de transfert sont définies et sont connues des équipes. Les prescriptions médicamenteuses sont informatisées, les sages-femmes peuvent prescrire certains médicaments. En cas de césarienne, 3 niveaux d'urgences sont définis, les procédures d'appel des anesthésistes et du pédiatre sont connues. Des actions de bientraitance pour la patiente (présence d'un accompagnement lors du travail, respect de l'intimité, allaitement, techniques d'analgésie ...) et pour le nouveau-né (lien mère enfant, peau à peau, PEC de la douleur...) sont favorisées. La sortie est organisée avec une consultation précoce programmée par une sage-femme libérale ou du secteur.

Les pratiques professionnelles issues des recommandations du réseau Naitre en Alsace sont protocolées et sont actualisées, si besoin. Elles sont toutes validées.

L'interface avec le secteur d'hospitalisation et le bloc opératoire est opérationnelle.

Les circuits organisés pour les patients, les professionnels, le matériel, le linge et les déchets sont respectés. La traçabilité est organisée et opérationnelle, incluant les vérifications effectuées (actes, hygiène, ouverture des salles de naissance, contrôles...).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CHIL assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.).

Le chef de service et la sage-femme cadre assurent régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du fonctionnement du secteur par des indicateurs quantitatifs : bilan d'activité, dont taux de césarienne, taux de transferts des parturientes programmés et en urgences et d'indicateurs qualitatifs : IPAQSS, EPP (dont une évaluation de l'analgésie péridurale), nombre d'événements indésirables.....

L'évaluation est exploitée afin d'identifier des actions.

A / AGIR

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

Des actions d'améliorations sont mises en œuvre en lien avec les risques identifiés, notamment sur la surveillance et la prévention de l'hémorragie du post partum, permettant une amélioration des pratiques. Ces actions sont intégrées avec le programme d'actions institutionnel.

La communication des résultats est assurée en interne comme en externe, notamment sur les résultats des IPAQSS.