



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
SAINTE CATHERINE

19 cote de saverne
Bp 20105
67703 Saverne
OCTOBRE 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
QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	16
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	22
DROITS DES PATIENTS	27
PARCOURS DU PATIENT	32
PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN FIN DE VIE	37
DOSSIER PATIENT	43
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	48
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	54
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	59
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	64
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	68
ANNEXE	74

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 SAINTE CATHERINE	
Adresse	19 cote de saverne 67703 Saverne
Département / région	BAS-RHIN / CHAMPAGNE-ARDENNE/LORRAINE/ALSACE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	670780345	CENTRE HOSPITALIER SAINTE-CATHERINE DE SAVERNE	19 Cote de Saverne 67703 Saverne
Etablissement de santé	670793025	SOINS DE LONGUE DUREE DU CH SAINTE-CATHERINE DE SAVERNE	19 cote de saverne Ch sainte-catherine de saverne 67700 Saverne
Etablissement de santé	670000165	CENTRE HOSPITALIER SAINTE CATHERINE	19 cote de saverne Bp 20105 67703 Saverne

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	48	/	6
MCO	Gyneco-Obstétrique	28	/	/
MCO	Médecine	156	22	/
SLD	SLD	30	/	/
SSR	SSR	22	3	/

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

Accréditation COFRAC du laboratoire en cours.

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	<p>Conventions de coopération avec le centre hospitalier de Haguenau pour la cardiologie et la pneumologie (01/07/2000).</p> <p>Convention de coopération avec les hôpitaux universitaires de Strasbourg relative à la prise en charge des urgences pré-hospitalières (05/04/2002).</p> <p>Convention de coopération avec les hôpitaux universitaires de Strasbourg concernant la prise en charge des urgences en neurochirurgie, chirurgie cardiaque, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie de la main et interprétation des EEG urgents (07/11/2001, avenants du 28/01/2004 et du 23/09/2004).</p> <p>Convention de coopération avec les hôpitaux universitaires de Strasbourg relative aux activités d'obstétriques, néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale (19/11/2002).</p> <p>Convention de coopération avec l'EPSAN concernant la prise en charge des urgences psychiatriques (03/03/2009).</p> <p>Conventions relatives à la prise en charge des patients nécessitant une prise en charge en réanimation avec les centres hospitaliers de Wissembourg et Sarrebourg, et avec la clinique Saint-François (23/06/2009, 21/12/2008, et 23/06/2009).</p> <p>Convention d'établissement associé permettant l'exercice de l'activité de chimiothérapie dans le domaine du cancer du sein avec le Centre Paul Strauss (20/06/2011) et dans le domaine du cancer en pneumologie avec les hôpitaux universitaires de Strasbourg (03/02/2012).</p> <p>Convention constitutive du groupement de coopération sanitaire de biologie publique Alsace nord (BioPAN) avec les centres hospitaliers de Haguenau et Wissembourg (12/09/2012).</p> <p>Projet de constitution d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) avec les centres hospitaliers de Haguenau, Wissembourg et Bischwiller.</p>
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	Chirurgie thoracique carcinologique.
Création d'activités nouvelles ou reconversions	<p>Développement des Hôpitaux de jour Médecine-pneumologie, Gériatrique, et Addictologie.</p> <p>Activité de prélèvement de cornées.</p>

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :

- la certification de l'établissement avec recommandation d'amélioration (B).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques

Droits des patients

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

Management de la prise en charge du patient en endoscopie

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. Le dernier contrôle réalisé les 6, 7 et 8 octobre 2014 par la commission d'arrondissement pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public a fait l'objet d'une recommandation avec une décision défavorable. L'établissement s'est engagé depuis la visite de 2012 dans un programme soutenu de mise en conformité. Sur ce point, la SCDS 2014 a relevé dans son rapport l'effort de l'établissement. Les suites données par l'établissement sont en cours. Les prescriptions majeures ont été levées. A ce stade, la suite du programme de mise en conformité concerne l'élaboration d'un Schéma directeur pour les travaux à entreprendre. Ces travaux devront permettre de lever les prescriptions structurelles et fonctionnelles. Les dispositifs et les travaux de mise en sécurité sont suivis régulièrement par la SCDS. Entre les deux visites périodiques de 2012 et 2014, deux réunions plénières se sont tenues sous la présidence du Sous-Préfet de Saverne : le 12 juillet 2013 et le 27 mars 2014. Ces deux réunions ont permis de présenter dans le détail les principales démarches entreprises.

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
Qualité de vie au travail
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Prise en charge des patients en fin de vie
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	Nouveau-Né	HC Pédiatrie	Néonatalogie	Programmé provenant de la salle de naissance	Simple	MCO
2	Femme âgée	HC chirurgie	Chirurgie orthopédique (hanche ou fémur)	Urgences	Complexe	MCO
3	Adulte	HC médecine	AVC	Urgences	Complexe	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
4	Sujet âgé	HC SLD	Affections de la personne /polypathologie	Programmé	Simple	SLD
5	Sujet âgé	HC SSR	Suite pneumopathie	Programmé	Simple	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

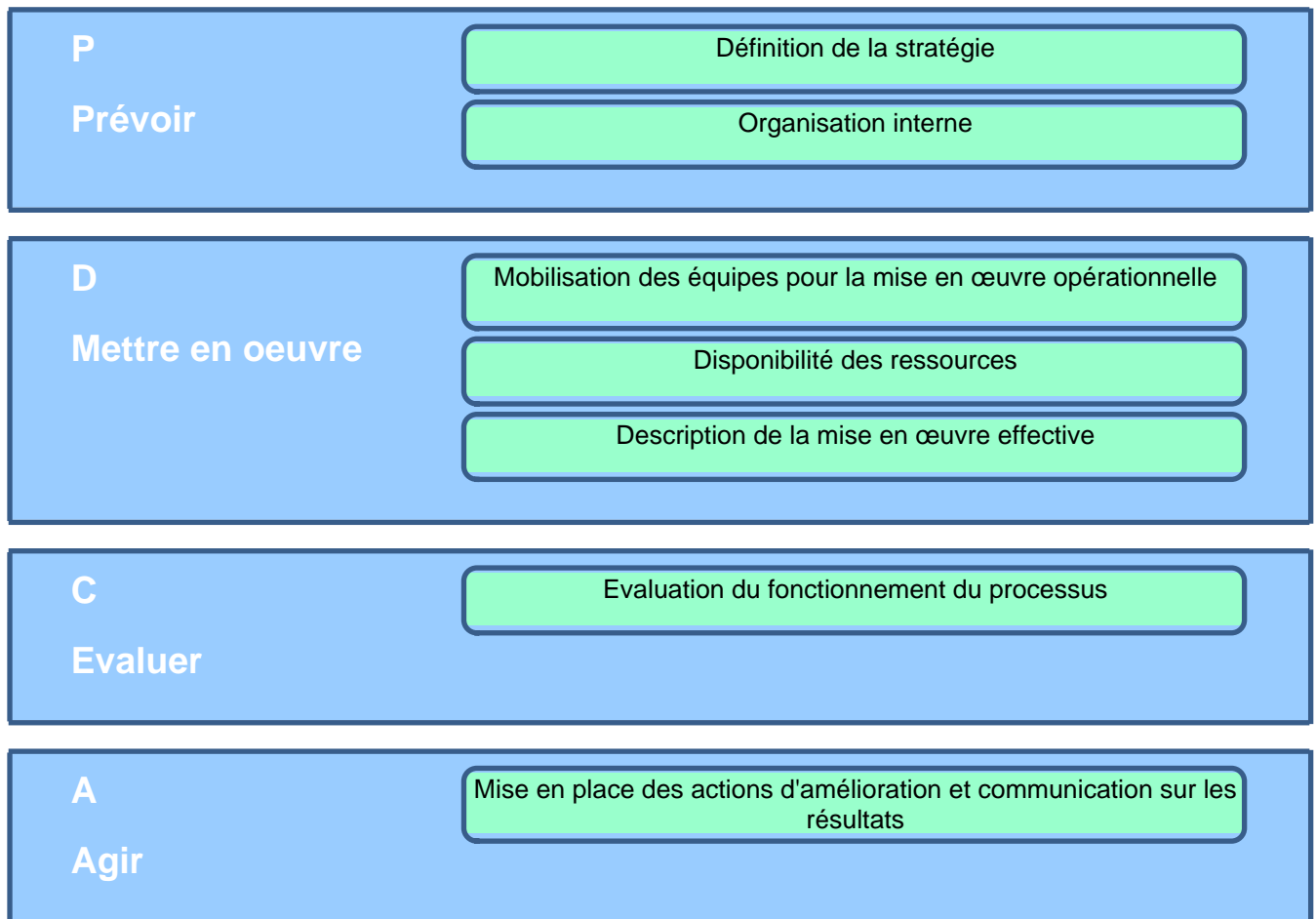
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à mesurer la stratégie et le mode de management mis en place par l'établissement pour le développement de l'approche qualité de vie au travail. Il s'agit notamment de démarches qui contribuent

- à mieux accompagner l'encadrement pour promouvoir la qualité de vie au travail,
- à mieux favoriser et soutenir l'expression des professionnels,
- à mieux soutenir les professionnels, dans leur engagement au quotidien dans le travail,
- à mieux concilier la vie privée et la vie professionnelle.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique concernant la qualité de vie au travail est inscrite dans les orientations stratégiques et portée par le management. Elle est définie dans le projet d'établissement au niveau du projet social 2015-2019.

La partie 2 concerne la promotion de la qualité de vie au travail et porte sur les points suivants :

- l'intégration des nouveaux arrivants
- La mobilité interne
- Les risques de troubles musculo-squelettiques le retour à l'emploi des agents présentant des restrictions d'aptitude
- Les risques psycho-sociaux

Des risques ont été identifiés par l'établissement. Le risque concernant l'absentéisme a été porté au compte qualité compte tenu de la criticité (fréquence 5 et gravité 2).

Les objectifs sont élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques. La politique, définie et validée par la direction s'inscrit dans un objectif de sécurisation de la prise en charge et se décline dans un programme d'actions formalisé et priorisé.

Six actions sont formalisées dans le compte qualité avec des objectifs.

Le bilan du programme d'actions de l'année 2015 fait état de deux actions d'amélioration pour l'intégration des nouveaux arrivants et de huit actions d'amélioration pour la qualité de vie au travail.

Des indicateurs opérationnels sont formalisés avec une priorisation et un échéancier.

Le programme est validé par les instances (CME, COVIR, CRU, COPIL).

Les actions mise en oeuvre par l'établissement permettent de lever la réserve de la précédente visite V2010.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation a été mise en place pour piloter le processus. Le directeur adjoint, ayant les fonctions de DRH, pilote le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés.

Le plan de formation a pris en compte la qualité de vie au travail dans l'établissement.

Un catalogue de formations internes est mis à la disposition des agents pour l'année 2016.

Les équipements informatiques sont mis en place dans les services.

Un livret d'accueil du personnel non médical a été élaboré.

Les personnels ont accès aux documents, procédures et protocoles sur le réseau commun de l'établissement.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a mis en place les moyens correspondant aux besoins nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés que ce soit en ressources humaines, matérielles et documentaires.

Des espaces de discussion existent dans l'établissement. Des réunions ont été mises en place sur le travail avec des sessions de libre expression sur la réorganisation des cycles de travail. Six sessions entre novembre et décembre 2015 ont concerné 60% du personnel.

L'établissement a l'intention de pérenniser ces espaces.

Par ailleurs, un engagement collectif implique les dirigeants, les professionnels et les partenaires sociaux. Des rencontres ont lieu une fois par mois.

La circulation des informations concernant les modalités de mise en oeuvre des projets et les possibles difficultés est organisée. Des réunions périodiques deux fois par mois le mardi regroupent la direction et les personnels d'encadrement (cadres des services).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés.

La déclaration d'événements indésirables permet d'identifier des actions correctives.

Un plan d'action d'amélioration est élaboré avec les responsables identifiés, des échéanciers et des modalités de suivi.

Les événements indésirables concernant la qualité de vie au travail sont identifiés.

Des actions correctives sont identifiées et mises en oeuvre.

L'encadrement est présent sur le terrain au plus près des équipes notamment lors des réunions de service ou staffs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les documents nécessaires sont diffusés aux professionnels (catalogue de formation interne, plan de formation, bilan de formation, projet social, bilan social, etc).
Les locaux sont adaptés. Les matériels informatiques (postes fixes et portables, wifi, etc) mis en place facilitent la qualité de vie au travail.
Les formations prévues dans le plan de formation ont été mises en oeuvre.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini au travers du plan d'actions.
Les actions indiquées dans le compte qualité ont été finalisées.
Dans le cadre des risques psychosociaux afin d'améliorer le soutien aux équipes, des formations à la sophrologie ont été mises en place.
La mobilité interne est facilitée avec la mise en place de stages de découverte.
Dans le cadre des risques psychosociaux, l'établissement tente d'améliorer le soutien aux équipes ou aux agents en difficulté en mettant en place des formations à la gestion du stress.
Afin de limiter les troubles musculo-squelettiques, il a été mis en place une équipe de référents santé au travail formés à l'ergonomie.
Afin de favoriser le maintien ou le retour à l'emploi des agents présentant des restrictions d'aptitude, l'établissement a mis en place des fiches de poste adaptées.
Les événements indésirables concernant les risques professionnels (17 en 2015) et les risques sociaux (2 en 2015) sont analysés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation de la qualité de vie au travail implique l'ensemble des professionnels et les acteurs institutionnels.
Une enquête de satisfaction des personnels a été réalisée en 2013. L'établissement projette de la renouveler en 2016.
L'enquête portait sur l'organisation et le contenu du travail, la possibilité de réalisation et de développement professionnel, la satisfaction générale vis à vis de la rémunération, les qualités des relations de travail avec l'encadrement, l'information et la connaissance sur les réglementations, les relations avec la direction et la reconnaissance.
Le dispositif d'évaluation et de suivi est réalisé notamment à l'aide d'indicateurs représentés par les indices de satisfaction.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont identifiées et font l'objet de suivis périodiques grâce aux indicateurs mis en place.
Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions et concernent notamment la mise en place d'un manuel du nouvel arrivant et une procédure d'accueil de ce nouvel arrivant.
Il a été mis en place également des formations à la gestion du stress, des fiches de poste adaptées pour des agents présentant des restrictions d'aptitude, des référents santé au travail, etc.
La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels par la direction.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

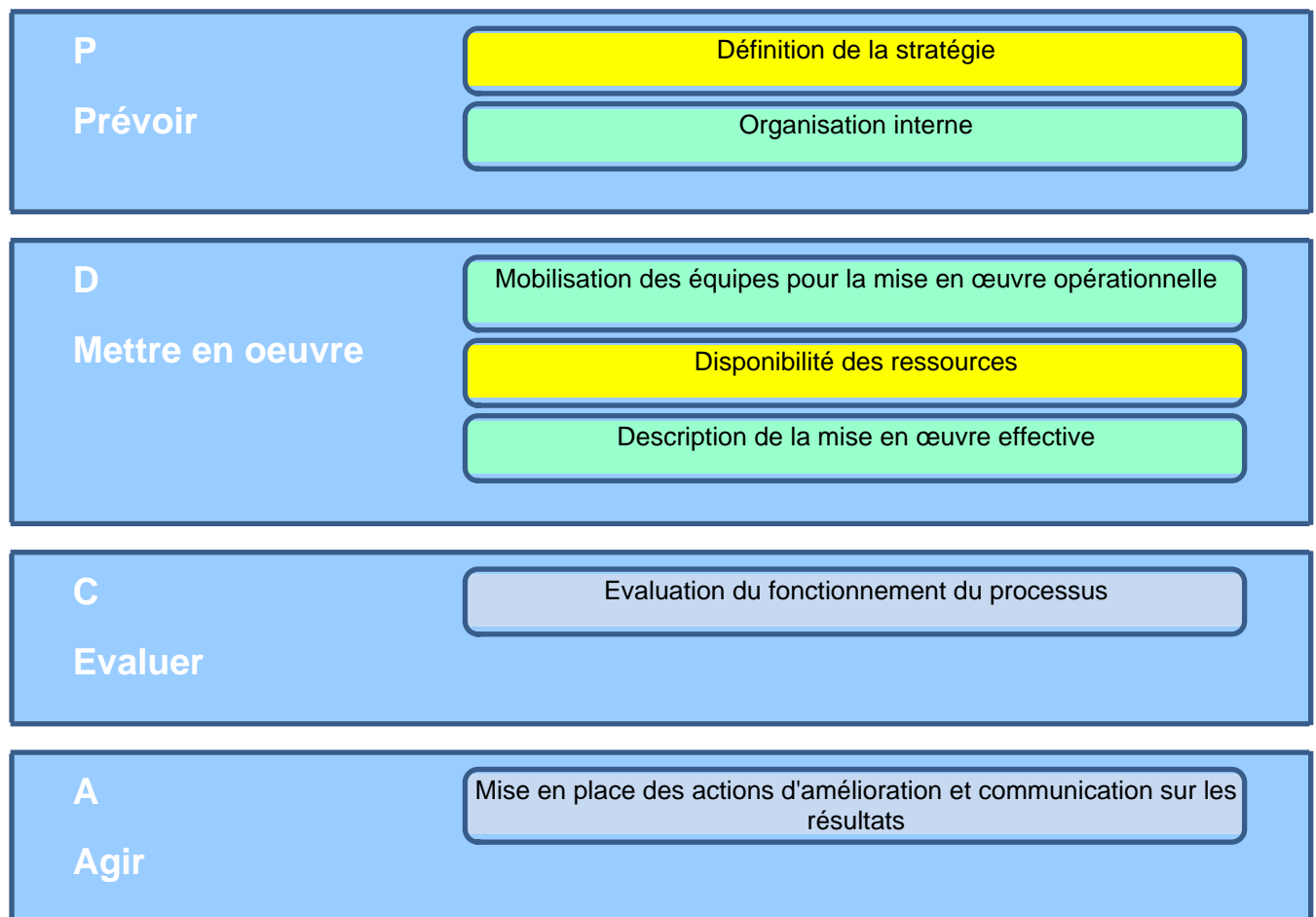
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini un projet d'établissement 2015-2019 qui est composé d'un projet médical, un projet de prise en charge des patients, un projet social et un projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique. Ces différents projets déclinent les orientations stratégiques de la structure au regard de son environnement et de ses perspectives d'évolution, et intègrent la stratégie d'EPP, la veille réglementaire ainsi que la gestion de crise.

L'établissement a également élaboré et diffusé une politique qualité et sécurité des soins validées au 2^{ème} semestre 2015 par différentes instances comme la CME, la CSIMRT et le CTE.

L'établissement a évalué les risques uniquement dans les secteurs à risques (bloc opératoire, endoscopie, réanimation, salle de naissance, urgence) selon différentes méthodes. Une cartographie des risques a priori a été élaboré pour la thématique de la maîtrise du risque infectieux et dans le cadre de l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels.

Une politique EPP 2015-2019 a été définie et diffusée. Cette politique définit le cadre, l'engagement obligatoire dans cette démarche progressivement approprié, les orientations majeures, l'organisation de la démarche et les mesures de soutien.

La politique qualité et sécurité des soins est déclinée en 6 objectifs stratégiques :

1. Renforcer la dynamique d'amélioration continue et de sécurité des soins
2. Développer les évaluations des pratiques professionnelles
3. Consolider le système de management de la qualité
4. Impulser la mise en place de la démarche globale et coordonnée de gestion des risques
5. Poursuivre les vigilances et la sécurité des soins
6. Mettre en œuvre les principes du développement durable dans ses trois dimensions environnementale, sociale et économique.

Cette politique a été élaborée dans la continuité des actions conduites antérieurement en matière de qualité et de sécurité des soins, en tenant compte des décisions de la dernière certification et des projets développés dans le cadre de la prochaine itération.

Cette stratégie est déclinée dans un programme pluriannuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) institutionnel réactualisé chaque année en fonction notamment des bilans et des programmes d'actions des instances.

Le programme institutionnel est disponible sur l'intranet de l'établissement.

D'autres plans d'actions sont également définis au regard des cartographies, des CREX ou de l'analyse des événements indésirables.

L'établissement n'a pas mis en place d'évaluation des risques a priori opérationnelle sur l'ensemble des secteurs d'activité ou des thématiques, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement. L'analyse des risques n'a pas porté sur une méthodologie a priori. Seules des cartographies des risques a posteriori ont été élaborées pour les secteurs à risques (bloc opératoire, endoscopie, réanimation, salle de naissance, urgence). La méthodologie utilisée pour alimenter le compte qualité (auto-évaluation) des thématiques, ne permet pas l'identification des risques mais une identification d'écarts au regard du manuel de certification (sauf maîtrise du risque infectieux).

Il existe néanmoins des programmes d'actions définis et suivi suivant une méthode reconnue. En effet le processus est établi, sur la base d'une méthode, en fonction des risques et besoins propres à l'établissement. Les objectifs sont identifiés.

Néanmoins, l'ensemble des mesures d'amélioration n'est pas décliné dans un programme institutionnel priorisé et unique. Les plans d'actions élaborés au regard des cartographies des risques des secteurs à risques pour chacune des thématiques n'alimentent pas régulièrement le programme d'actions institutionnels. De plus, le PAQSS ne comprend pas la totalité des actions présentées dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Des pilotes sur chaque processus ont été identifiés. Ils ont pilotés la mise en œuvre des plans d'actions définis dans le compte qualité. Ces pilotes ont été accompagnés par la cellule qualité et les instances concernées.

Un certain nombre de pilotes et de référents sont désignés (gestion des événements indésirables) afin d'apporter une expertise dans l'analyse des données.

Des vigilants formés ont été identifiés.

Les besoins en Ressources humaines ont été identifiés par l'établissement. Une cellule qualité fonctionne, elle est composée d'une responsable qualité et d'une assistante qualité. Cette cellule est accompagnée

par un coordinateur de gestion des risques associés aux soins médical mais également par le Président de la CME et la Directrice des Soins Infirmiers.

L'établissement a mis en place une Comité de Pilotage (COFIL) et un comité des vigilances et des risques (COVIR) pour piloter la démarche sous l'égide de la Conférence Médicale d'Etablissement. Ces comités sont multiprofessionnels et intègrent la Direction, la Cellule Qualité, des représentants de la CME (dont le Président) et des cadres. Ces 2 instances pilotent et coordonnent la mise en œuvre de la politique qualité et risques.

Les représentants des usagers ont participé à la démarche qualité et de certification notamment dans le cadre de la CRU. L'établissement leur remet un certain nombre de documents d'information, les intègrent aux instances (CRU, CLIN, COFIL).

Une sous-commission de la CME a été constituée afin de piloter la démarche EPP de l'ensemble de la structure.

La gestion des plaintes et réclamations est pilotée par la Direction en lien étroit avec la CRU et le service qualité.

Les besoins en matériel ont également été mis en place. En effet, un système intranet gère un certain nombre de données qualité (comptes rendus de réunions, politique qualité). La mise en place d'un logiciel plus performant pour permettre une interactivité entre les services concernés est à l'étude.

Des formations sur la gestion des vigilances et des risques sont programmées régulièrement dans le plan de formation.

Une stratégie d'information a été développée notamment à travers un intranet qui permet de diffuser notamment la politique qualité et le PAQSS mais également les comptes rendus de réunion, les résultats d'EPP et les indicateurs de suivi.

Pour coordonner la mise en place du compte qualité, l'établissement a organisé autour du comité de pilotage plusieurs groupes de travail (39 groupes). Ces groupes ont réalisés une auto-évaluation sur la base du manuel de certification et identifié des écarts qu'ils ont intégré dans le compte qualité.

La Cellule qualité est invitée régulièrement dans les différentes instances et les membres du COFIL (DSI, Président CME, CGRAS) ou du COVIR font également le lien entre les secteurs d'activité et les instances.

Des procédures en matière de qualité risques sont identifiées, formalisées et connues des professionnels (signalement des EI, des vigilances, CREX, RMM). L'ensemble de ces démarches sont gérées par la cellule qualité avec les instances concernées. Les interfaces fonctionnent avec les services concernés comme dans la mise en œuvre des CREX ou l'analyse des causes des événements indésirables (formulaires spécifiques, logigrammes disponibles sur l'intranet, retours d'informations).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des supports et des modalités de diffusion des évaluations et des indicateurs de suivi sont établis.

La communication des résultats des actions d'évaluation et d'amélioration est réalisée auprès des professionnels, mais également auprès des usagers (indicateurs nationaux sur le site internet, ou des affiches).

La cellule qualité est opérationnelle. La cellule qualité reste disponible en matière de méthodologie. Elle est également impliquée dans les projets de la structure. La CME et la CSMIRT sont des instances qui font le lien avec les médecins et les cadres pour relier l'information, mais également faire remonter les besoins d'ajustements au regard des pratiques et des services.

Les responsables assurent la sensibilisation des professionnels.

Un système intranet gère un certain nombre de données qualité (comptes rendus de réunions, politique qualité). La mise en place d'un logiciel plus performant pour permettre une interactivité entre les services concernés est à l'étude.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels ont été formés à la méthode d'analyse des causes pour la mise en œuvre des CREX et des RMM (méthode ORION) et sont sensibilisés à la déclaration (charte de non punition).

Des formations sur la gestion des vigilances et des risques sont mises en œuvre (Formation à la méthode ORION par exemple).

Un dispositif de gestion documentaire papier est en place. L'ensemble des procédures et protocoles est regroupé dans une dizaine de classeurs de différentes couleurs en fonction de thématiques propres à l'établissement. L'ensemble du dispositif est géré par la cellule qualité qui assure la diffusion des documents. Le dispositif est connu par les professionnels. Un système de mise à jour des documents est en place.

La Gestion documentaire ne permet pas un accès facilitant aux documents. Le système de gestion documentaire étant sous format papier, conséquente et regroupée dans un nombre important de

classeurs ne permet pas un accès facilité aux documents. Malgré le système mis en place, quelques procédures et protocoles ne sont pas à jour dans les classeurs. Il a été observé lors des audits de processus, que certains documents pourtant diffusés par la cellule qualité, n'étaient pas classés dans les classeurs du service de soins. De plus il est difficile pour les professionnels d'accéder aux documents (plusieurs classeurs/ arborescences complexes).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les doléances des patients ou des usagers font l'objet d'un accusé de réception, et un courrier réponse est adressé au plaignant après une enquête réalisée avec l'aide des cadres et des chefs de service. Un tableau de bord permet le suivi des actions et des délais réglementaires.

Un dispositif de gestion des événements indésirables opérationnel est en place. Une fiche papier est disponible dans tous les services et une fiche d'analyse est disponible pour le référent. Une procédure a été définie et est connue des professionnels. Un retour d'information est réalisé auprès des déclarants par l'intermédiaire d'un courrier de déclaration mais également le cadre du service et/ou le chef de service.

Une démarche transversale de comités de retour d'expérience est en place sur certaines thématiques (CREX médicament) ou certains services (USLD par exemple).

La gestion de crise est déployée notamment au travers du plan blanc. Plusieurs tests ont été mis en œuvre afin d'étudier la faisabilité du plan blanc ou du plan de gestion d'une épidémie (ébola). Suite à ces mises en situation, des actions d'actualisation du plan blanc ont été définies. Les démarches sont connues des professionnels et les informations accessibles.

Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) est mis en place avec des actions définies et priorisées en fonction des thématiques. Les actions sont notamment suivies par le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) de la structure.

La veille sanitaire et réglementaire est assurée par la Direction de l'établissement. Elle assure la diffusion des alertes et des textes réglementaires.

Un comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance est opérationnel et un plan d'actions spécifiques au risque transfusionnel est intégré au PAQSS institutionnel. Des référents en hémovigilance ont été identifiés. Le processus transfusionnel est défini et connu des professionnels

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La satisfaction des patients est évaluée et analysée selon plusieurs enquêtes. Les questionnaires de sorties sont traités régulièrement et l'établissement a participé à l'enquête I-SATIS. Les résultats obtenus sont diffusés auprès des équipes. Les indicateurs nationaux sont suivis et diffusés aux instances concernés, aux professionnels et aux usagers.

Des audits et des évaluations sont programmés et mis en œuvre dans l'ensemble des domaines. Les évaluations des pratiques professionnelles, associés au développement professionnel continu, engendre une dynamique forte et commune. Une démarche CREX/RMM est mise en œuvre dans différents secteurs d'activité. Ces démarches permettent une implication de l'ensemble des professionnels.

Des tableaux de bord sont en cours de mise en place.

Les évaluations obligatoires type IPAQSS sont réalisées conformément aux exigences. Ces évaluations sont complétées par des évaluations IPAQSS hors protocole ou non obligatoires pour la structure comme pour les demandes d'imagerie ou sur l'obésité.

A / AGIR

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

Au niveau de chaque secteur d'activité, les contrôles de conformité des pratiques sont mis en œuvre. Les cadres sont sensibilisés dans le suivi des indicateurs. Ils sont forces de propositions d'actions d'amélioration.

Le document unique d'évaluation des risques professionnels est actualisé régulièrement avec le CHSCT et un suivi est réalisé par l'ingénieur sécurité environnement. Des actions ont été définies en fonction des résultats des évaluations et des projets comme notamment sur les risques psycho-sociaux ou les troubles musculo-squelettiques.

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les plans d'actions des instances et par conséquent le programme d'amélioration qualité et sécurité des soins.

Un certain nombre de bilans est élaboré en fin d'année comme les bilans sur les RMM, les CREX ou la

gestion des FEI (nombres, types..). Ces bilans sont présentés en réunions et disponibles sur l'intranet.

Le PAQSS institutionnel fait l'objet d'un bilan annuel. A la suite de ce bilan le programme est actualisé. Ce programme est notamment actualisé par la responsable qualité au vu notamment des actions validées par les instances (comités), et par l'état d'avancement des axes stratégiques de la politique qualité, du projet de soins ou des services.

Les résultats des différents indicateurs nationaux (IPAQSS, TBIN) donnent lieu à des plans d'actions.

Des supports et des modalités de diffusion des évaluations et des indicateurs de suivi sont établis.

La communication des résultats des actions d'évaluation et d'amélioration est réalisée auprès des professionnels, mais également auprès des usagers (indicateurs nationaux sur le site internet, ou des affiches).

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	L'établissement n'a pas mis en place d'évaluation des risques a priori opérationnelle sur l'ensemble des secteurs d'activité ou des thématiques, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement. L'analyse des risques n'a pas porté sur une méthodologie a priori. Seules des cartographies des risques a posteriori ont été élaborées pour les secteurs à risques (bloc opératoire, endoscopie, réanimation, salle de naissance, urgence). La méthodologie utilisée pour alimenter le compte qualité (auto-évaluation) des thématiques, ne permet pas l'identification des risques mais une identification d'écarts au regard du manuel de certification (sauf maîtrise du risque infectieux).	8d
	PS	L'ensemble des mesures d'amélioration ne sont pas toutes déclinées dans le programme institutionnel. Les plans d'actions élaborés au regard des cartographies des risques des secteurs à risques pour chacune des thématiques n'alimentent pas régulièrement le programme d'actions institutionnels. De plus le PAQSS ne comprend pas la totalité des actions présentées dans le compte qualité.	8a
D / Disponibilité des ressources	PS	La Gestion documentaire ne permet pas un accès facilitant aux documents. Le système de gestion documentaire étant sous format papier, conséquente et regroupée dans un nombre important de classeurs ne permet pas un accès facilité aux documents. Malgré le système mis en place, quelques procédures et protocoles ne sont pas à jour dans les classeurs. Il a été observé lors des audits de processus, que certains documents pourtant diffusés par la cellule qualité, n'étaient pas classés dans les classeurs du service de soins. De plus il est difficile pour les professionnels d'accéder aux documents (plusieurs classeurs/ arborescences complexes).	5c

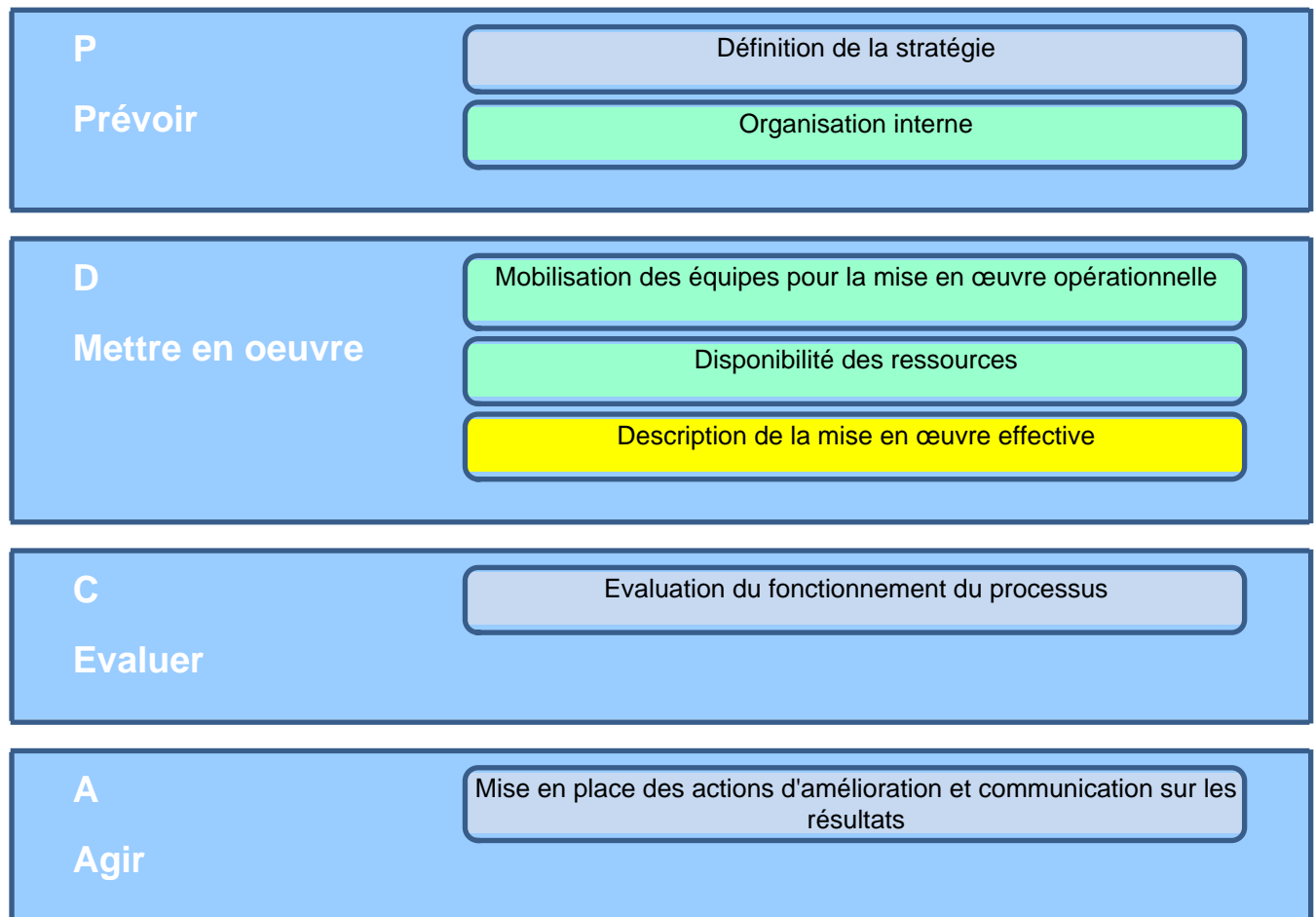
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une politique de maîtrise du risque infectieux a été établie au sein de l'établissement. Elle est intégrée à différents projets 2015-2019 définie par la structure comme le projet médical, le projet de soins ou le projet de la prise en charge des patients. La lutte contre les infections nosocomiales fait partie intégrante du projet qualité et sécurité 2015-2019.

La politique de maîtrise du risque infectieux est présentée aux usagers à travers le livret d'accueil, le site internet et aux représentants des usagers.

Ces objectifs sont définis sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques infectieux, mais également au regard des objectifs que s'est fixé le CLIN ou des scores nationaux (ICALIN2 notamment). Ils sont définis en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, le CLIN, la Direction et l'EOH.

Ce programme de maîtrise du risque infectieux du CLIN et de l'EOH est intégré au programme qualité et gestion des risques 2015 institutionnel.

Les risques identifiés à l'aide d'une grille spécifique ont été analysés, hiérarchisés et ont fait l'objet d'un plan d'actions. Les principaux risques sont déclinés dans le compte qualité ainsi que les actions d'amélioration associées.

La politique en matière de déchets est définie en concertation avec les instances concernées. L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets et d'effluents. Des tableaux de bord ont été mis en place et un programme de sensibilisation des professionnels est établi.

Un programme d'actions sur le bionettoyage est défini et déployé auprès des équipes concernés.

ORGANISATION INTERNE

Un système de pilotage a été mis en place. Ce système parfaitement intégré dans l'organisation de la structure comprend un CLIN sous commission de la CME qui existe depuis plusieurs années, une Equipe Opérationnelle d'Hygiène dynamique et un réseau important de correspondants d'hygiène (1 médical et 1 para médical par service) répartie au sein des services de la structure.

Le CLIN est accompagné par un bureau du CLIN sur des projets ciblés. Sont associés à cette démarche les responsables des différents services techniques ou médico-techniques (biologie, bloc, sécurité).

Une Commission des anti-infectieux est également mis en place et est présidé par un pharmacien identifié. Cette organisation est pilote dans les actions de promotion du bon usage des antibiotiques. Un système d'alerte et de surveillance des BMR est associé à cette démarche, avec des dépistages systématiques réalisés notamment dans le service de réanimation.

Ces différentes équipes d'experts ont une mission de conseil, d'accompagnement et de formation auprès de l'ensemble des professionnels. Elles participent également au traitement des plaintes et réclamations, des fiches d'évènements indésirables et des surveillances environnementales (eau, air, surfaces, endoscopes).

Des actions de communication sont programmées afin de sensibiliser les professionnels autant sur la prévention du risque infectieux que sur le traitement.

Les actions à mettre en œuvre pour assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont définies avec l'EOH et le CLIN. Les responsabilités ont été identifiées et les missions sont définies en interne.

Une cellule air a été créée ainsi qu'une cellule eau qui sont chargées de la surveillance et des différents plans d'actions liés à ces 2 thématiques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux sont planifiées et suivies.

Un suivi est mis en œuvre avec les correspondantes et l'encadrement lors de la mise en place de nouveaux matériels ou de nouvelles procédures (comme par exemple les précautions complémentaires). Des plans d'actions ciblées d'amélioration sont mis en œuvre au sein des secteurs d'activité. Cette déclinaison d'actions repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières sur les résultats. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, mauvais résultats de contrôles). Des circuits d'alerte sont opérationnels et connus des professionnels.

Des programmes d'actions sont également définis et suivi autour des déchets ou du linge. Les services techniques et financiers sont impliqués pour optimiser le dispositif de gestion des déchets en intégrant l'enjeu environnemental en tenant compte du coût financier.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Une Équipe Opérationnelle d'Hygiène composée d'un praticien hygiéniste, d'une infirmière hygiéniste et d'une secrétaire travaille en étroite collaboration avec les médecins de la structure et les différents professionnels. Cette collaboration est axée sur les problématiques liées au risque infectieux autour du patient (prise en charge patient, infections, BMR, formation...), mais également le risque infectieux lié à l'environnement (eau, air, surface).

Les procédures et protocoles relatifs à la maîtrise du risque infectieux sont actualisés régulièrement et disponibles sur support papier dans les services. De nombreux affichages techniques ou de sensibilisation sont à la disposition des équipes. Les procédures et protocoles relatifs à la maîtrise du risque infectieux sont établis en cohérence avec les domaines de risques de l'établissement et les spécificités des patients pris en charge.

Des protocoles d'antibiothérapie et d'antibioprophylaxie sont établis, validés et diffusés. Les médecins ont été sensibilisés à la réévaluation des antibiotiques. Le logiciel nécessite une prescription d'antibiotique argumentée pour être validée. Des outils d'aides à la prescription sont disponibles.

Des procédures d'hygiène des locaux, en lien avec l'EOH (équipe opérationnelle d'hygiène) sont mises en place dans l'ensemble des secteurs d'activité. Elles sont en cours d'actualisation.

Une procédure de gestion de crise globale est établie et intègre la gestion du risque infectieux dans son ensemble (environnemental, épidémique).

Les procédures de gestion des déchets sont établies. Un dispositif de tri sélectif important a été mis en place dans l'ensemble des secteurs d'activité pour notamment le papier, le carton, le plastique et bientôt les stylos.

Des formations régulières des professionnels aux bonnes pratiques (hygiène des mains, précautions complémentaires), au bon usage des antibiotiques et à l'hygiène des locaux sont dispensées.

Une sensibilisation particulière est réalisée auprès des nouveaux arrivants, notamment des internes sur la maîtrise du risque infectieux, sur les BMR et les résistances bactériennes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'équipe Opérationnelle d'Hygiène participe avec le CLIN aux groupes projets en cas de travaux.

Une traçabilité dans le dossier patient, de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est réalisée sur le support informatique. La prescription est argumentée et des alertes sont activées.

Une surveillance particulière des BMR et des BHRE est instaurée.

Les actions à mettre en œuvre pour assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont effectives. Un projet d'envergure est en cours de mise en œuvre afin d'harmoniser les pratiques au regard des recommandations en matière d'hygiène et de bionettoyage (chariots, produits).

Le processus d'élimination, du tri au traitement, est défini.

Cependant, le respect des règles d'hygiène et la sécurité du personnel, ne sont pas suivis sur la totalité du circuit. Le système mis en place ne permet pas de garantir le respect de la réglementation en vigueur sur l'ensemble du processus d'élimination des déchets. Il a été constaté au cours de la visite un chariot cage contenant des sacs DASRI et des sacs DAOM. Ce chariot ouvert et chargé était dans le hall d'un service de soins sans surveillance. Après vérification de l'ensemble des circuits, les chariots sont entreposés généralement dans un local identifié dans les services mais non fermés à clés (sauf services des urgences). Les chariots (recueillant les sacs identifiés à l'aide d'étiquettes) sont ouverts (cages). Ils recueillent les deux types de déchets. Ces déchets sont ensuite transportés par du personnel propre au service de soins dans un autre local intermédiaire situé dans le bâtiment. L'agent hospitalier est alors chargé de trier les sacs pour les déposer dans des collecteurs spécifiques l'exposant à un risque professionnel.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un ensemble d'audits, d'évaluations et d'EPP est programmé sur l'année (précautions complémentaires, zéro bijou, EPP télicoplanine, audit endoscopie).

Des évaluations périodiques du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques sont réalisées.

Ces audits, ces évaluations et ces évaluations de pratiques professionnelles sont mis en œuvre en fonction des axes prioritaires que la CLIN a validé, des surveillances mais également des enquêtes nationales (CCLIN, GREPHH).

La totalité des résultats de ces évaluations est diffusée aux acteurs des secteurs d'activité et aux instances concernées et permet l'identification de mesures correctives.

Des tableaux de bord mise en place par l'EOH et le CLIN (ou le bureau du CLIN).

L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible de ses déchets. Le suivi des consommations et du tri est organisé par les services techniques, de sécurité et des achats. Des actions de sensibilisation sont mises en place en fonction des résultats.

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

Des actions d'amélioration du dispositif au regard des résultats obtenus sont mises en œuvre. Des indicateurs de suivi ont été définis et sont restitués aux secteurs d'activité et à l'encadrement (BMR, consommation SHA). L'ensemble des tableaux de bord permet un suivi en continu et un réajustement au long cours des actions d'amélioration, voire une actualisation du programme de maîtrise du risque infectieux. L'efficacité des actions est évaluée. Des fiches d'interventions sont élaborées systématiquement par l'EOH afin de suivre les demandes et les réponses apportées afin d'ajuster leur programme d'actions.

L'ensemble des actions est suivi dans leur mise en œuvre par le CLIN qui réalise un bilan annuel avec une présentation à la Direction et à la CME.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>Le respect des règles d'hygiène et la sécurité du personnel, n'est pas suivi sur la totalité du circuit.</p> <p>Le système mis en place ne permet pas de garantir le respect de la réglementation en vigueur sur l'ensemble du processus d'élimination des déchets</p> <p>Il a été constaté au cours de la visite un chariot cage contenant des sacs DASRI et des sacs DAOM. Ce chariot ouvert et chargé était dans le hall d'un service de soins sans surveillance. Après vérification de l'ensemble des circuits, les chariots sont entreposés généralement dans un local identifié dans les services mais non fermés à clés (sauf services des urgences). Les chariots (recueillant les sacs identifiés à l'aide d'étiquettes) sont ouverts (cages). Ils recueillent les 2 types de déchets. Ces déchets sont ensuite transportés par du personnel propre au service de soins dans un autre local intermédiaire situé dans le bâtiment. L'agent hospitalier est alors chargé de trier les sacs pour les déposer dans des collecteurs spécifiques l'exposant à un risque professionnel.</p>	8g

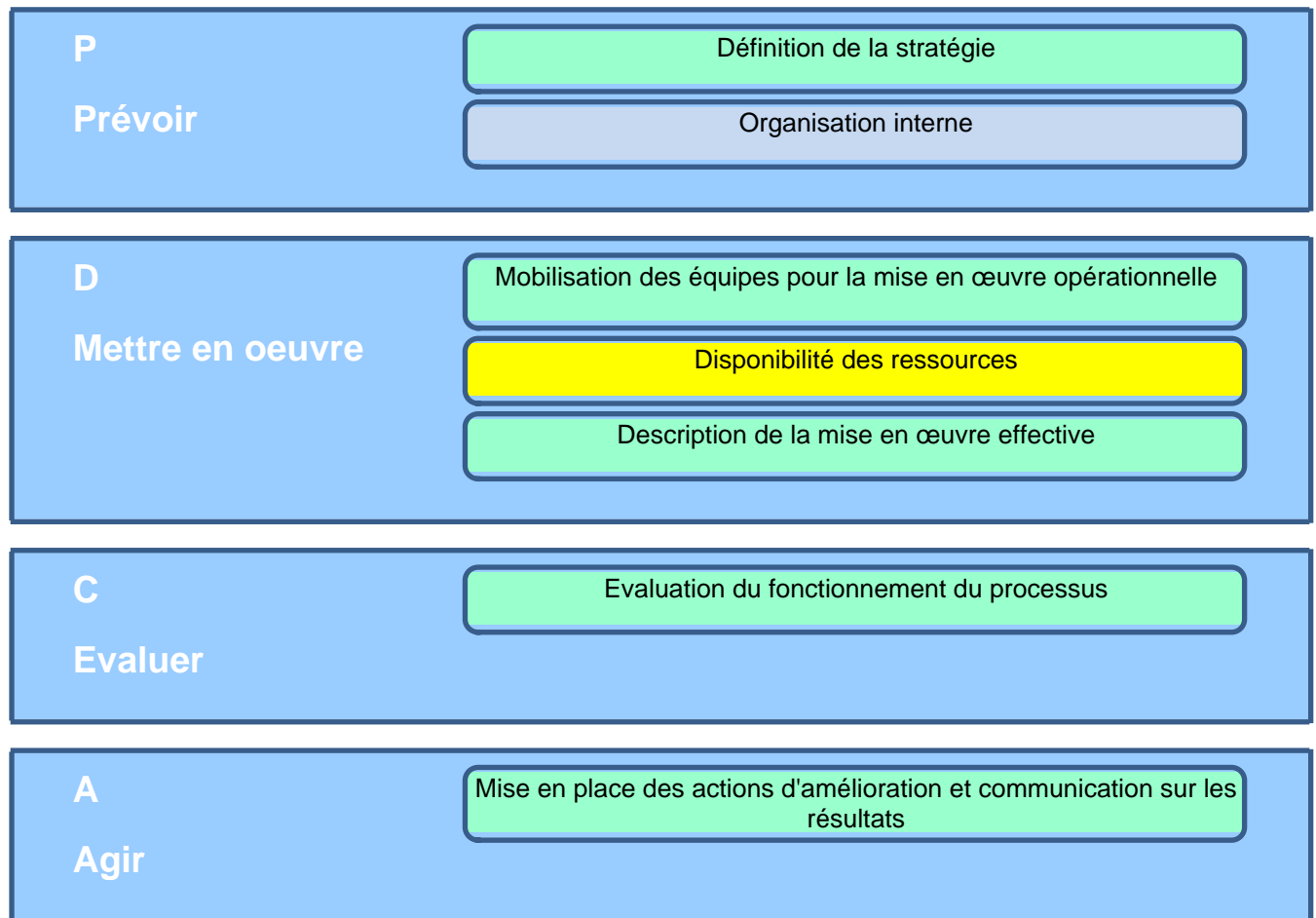
DROITS DES PATIENTS

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

Dans le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques 2015-2019 de l'établissement, le respect des droits du patient a une place toute particulière. Cette thématique fait partie des engagements de l'institution pour garantir le respect des droits de la personne soignée lors de la prise en charge depuis longtemps. Cet engagement se décline en 2 axes : informer la personne soignée de ses droits et obligations et promouvoir la bientraitance dans les soins.

Les actions relatives aux droits du patient sont intégrées dans le programme qualité et sécurité des soins institutionnels qui prend en compte les données et les projets issus des enquêtes de satisfaction, des doléances des patients mais également des recommandations proposées par la CRUQPC ou des observations du comité éthique. Il est également alimenté par les résultats d'EPP ou les indicateurs de suivi.

Les écarts identifiés lors de l'auto-évaluation réalisée par le groupe de travail de la thématique alimentent le compte qualité. Des actions y sont associées. Ces actions sont intégrées au PAQSS institutionnel avec actions définies par les instances ou les groupes de travail spécifiques.

ORGANISATION INTERNE

Les actions relatives au respect du droit du patient sont pilotées par un groupe de travail spécifique. Cette instance est opérationnelle et dynamique. Ces sujets sont également abordés par le comité éthique, la CRUQPC ou en réunions de cadres. Les représentants des usagers désignés par l'ARS sont actifs et intégrés aux démarches en cours ou programmées.

Un Comité éthique a été créé développe régulièrement sur des thématiques liées au droit du patient. Un système est en place pour pouvoir réaliser une saisine en cas de demande.

Une organisation relative à l'information donnée au patient est en place. De nombreuses affiches et plaquettes d'information sont disponibles (chartes, personne de confiance, directives anticipées) dans les services de soins ou sur le site internet de la structure. L'information relative à la gestion des plaintes et réclamations et la commission des relations des usagers est organisée et formalisée.

Les programmes de formations internes mais également externes contiennent de nombreuses formations sur ce sujet (Droits et obligations du patient et sa famille, animation de la personne âgée, mieux communiquer pour faciliter la relation avec le patient).

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Une coordination est opérationnelle entre les secteurs d'amont et d'aval, avec l'aide d'outils comme par exemple « Trajectoire ».

Un certain nombre de procédures ont été définies comme par exemple la procédure d'information du patient en cas de dommage lié aux soins. Ces procédures sont disponibles en format papier dans des classeurs mis à la disposition des professionnels.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies dans une procédure. Cette procédure est diffusée en format papier dans l'ensemble des services de la structure.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la mise en œuvre d'actions d'amélioration sur les droits du patient. Ces actions sont portées par une politique institutionnelle. Chaque service de soins définit notamment un axe de travail autour de la bientraitance afin de promouvoir et porter au cœur même du service des valeurs qu'ils auront identifiées.

Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur certaines thématiques (personne de confiance, intimité, bientraitance).

Des actions correctives peuvent être mises en place en cas de besoin au vue des analyses de fiches d'évènements indésirables des CREX, des RMM ou des doléances. Elles sont identifiées avec la participation de l'ensemble des professionnels. C'est le cas notamment du travail réalisé autour de la personne handicapé (diagnostic), des personnes non communicantes (échelles douleur) ou qui a du mal à s'exprimer (listes des professionnels parlant une langue étrangère y compris le langage des signes ou l'

Alsacien).

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques au regard des objectifs de service ou institutionnels par l'intermédiaire des évaluations réalisées auprès des professionnels (connaissances, pratiques) mais également auprès des patients (nombreuses enquêtes de satisfaction).

Ces actions sont intégrées dans le PAQSS institutionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

De nombreuses chartes ont été finalisées et sont diffusées dans l'ensemble de l'institution : Charte de bientraitance, Charte de la personne âgée dépendante, Charte de l'enfant hospitalisé, charte de la personne accueillie.

Les procédures et les fiches d'information sont consultables dans les services sur format papier. Un grand nombre de plaquettes d'information sont à la disposition des patients et des usagers (directives anticipées, éducation thérapeutique).

Une procédure d'annonce d'un dommage associé aux soins a été formalisée depuis août 2012. Elle est connue des professionnels de l'établissement (Information du patient en cas de dommage lié aux soins).

Les ressources en compétences (effectifs, formation), en matériel et en documentation sont disponibles dans l'ensemble de l'établissement, mais également en lien avec les services de consultations d'amont. Des équipes pluri-professionnelles sont disponibles dans l'ensemble des secteurs (assistantes sociales, psychologues, kinésithérapeutes).

De nombreuses formations sont réalisées sur ce domaine comme le secret professionnel et les droits des patients, la manutention de la personne soignées ou encore la manutention des personnes respectant leur autonomie. Une sensibilisation des professionnels est réalisée à travers les outils diffusés, des projets de services mais également à l'arrivée des nouveaux arrivants.

Plusieurs outils d'aides sont à la disposition des patients, comme le livret « le petit muet » en réanimation avec des photos pour pouvoir communiquer avec les soignants, des ardoises dans les services, un imagier élaboré sur les besoins fondamentaux de Virginia Henderson. Des moyens d'aide à la contention sont également proposés.

Un certain nombre de formulaires sont en place afin d'informer mais également de tracer le consentement du patient (consentement éclairé, questionnaire anesthésie, refus de soins).

Les conditions d'hébergement ne permettent pas totalement le respect de la dignité et de l'intimité des patients sur le SSR et SLD. Il n'y a pas systématiquement de paravents dans les chambres doubles : Au cours des audits de processus, il a été observé que les chambres doubles n'étaient pas dotées de paravents, notamment dans les prises en charge de SLD ou SSR où les patients sont hospitalisés pour de longues durées. Malgré les précautions prises par les professionnels lors notamment des toilettes intimes, des soins et de la formation des professionnels, les conditions architecturales ne permettent de respecter l'intimité et la dignité du patient.

Ce risque est identifié par l'établissement. Le sujet est régulièrement développé aux seins des instances notamment le comité éthique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les patients sont informés de la possibilité de désigner la personne de confiance.

Un ensemble de documents ciblés est diffusé au patient en amont, pendant et après son séjour.

Les interfaces entre secteur orientées autour du dossier patient sont opérationnelles. La traçabilité est assurée. Des systèmes de sécurisation de l'accès aux données patients sont mis en place (droits de sessions, sessions temporaires, limitation d'accès).

Des conventions ou des réseaux ont été développés afin d'assurer une prise en charge globale du patient autour de la prise en charge de la structure. Une forte collaboration existe entre les différents secteurs d'activité afin d'assurer une prise en charge complète au patient (urgences, chirurgie, médecine, maternité, soins de suite et soins de longue durée). Les professionnels se coordonnent et travaillent ensemble afin d'assurer au mieux la continuité de la prise en charge. Le champ des prises en charge assurées par la structure permet cette complétude.

Un accueil personnalisé est préparé dès la programmation de l'admission mais également dans le cadre de l'urgence. L'accueil de l'entourage est organisé. Un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés est effectif.

Lorsque le projet personnalisé de soins est mis en œuvre, la participation du patient et s'il y a lieu de son entourage est recherché. Différents consentements sont demandés et tracés dans le dossier de soins (consentement chirurgie, anesthésie..).

Un contrat de séjour est signé par les patients admis dans le service de soins de longue durée dans le mois suivant son admission. Ce contrat comprend notamment une autorisation de droit à l'image mais également son consentement sur l'affichage de son nom sur la porte de sa chambre (politique engagée par l'établissement afin de faciliter l'orientation des patients accueillis et à l'identification du lieu de résidence). Ce contrat est accompagné d'un projet de vie.

Des procédures sont formalisées et mises en œuvre pour la non divulgation de la présence.

Des pistes de travail ont été déployées concernant le respect du sommeil du patient, la limitation de bruit, la présentation des repas, la manipulation des patients dans le respect de l'intimité, sur la confidentialité et sur les fugues (bracelets d'alerte en USLD). Des organisations sont en place permettant

le respect de la confidentialité comme l'utilisation de pochettes opaques, des films sur les fenêtres, la communication par courrier est privilégiée. Certaines actions sont mises en œuvre sur le respect de l'intimité avec des locaux spécifiques pour certains prélèvements, des blouses pour les patients en radiologie. Une sensibilisation a été réalisée auprès des professionnels mais également des patients et des usagers sur les restrictions de liberté comme par exemple pour la mise en place de précautions complémentaires ou pour les patients d'addictologie. Un encart spécifique est proposé dans le dossier patient informatisé pour tracer l'action. Des organisations de prises en charge autour de la promotion de la bientraitance sont mises en place comme par exemple autour du nouveau-né et de sa maman.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation de la satisfaction du patient et recherche régulièrement avec l'aide du représentant des usagers de développer les taux de retours. Des évaluations de pratiques professionnelles sont mises en œuvre comme par exemple sur le confort des patients lors des contentions. L'évaluation « écoute client » est réalisée tous les deux ans. Cet indicateur regroupe plusieurs évaluations comme les enquêtes de satisfaction de sortie, de l'accueil ou de certaines prises en charge.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration en continu conduit à réexaminer les plans d'actions des instances et par conséquent le programme global qualité et risques régulièrement. Un suivi régulier avec réactualisation des actions est réalisé en CRU (demande de dossiers, plaintes et réclamations, satisfaction patients, information patient). Les actions sont intégrées dans le PAQSS institutionnel. Des supports et des modalités de diffusion des évaluations et des indicateurs de suivi sont établis. La communication des résultats des actions d'évaluation et d'amélioration est réalisée auprès des professionnels, mais également auprès des usagers (site internet, livret d'accueil). Des indicateurs de suivi sont mis en place notamment le suivi des résultats du questionnaire de sortie.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les conditions d'hébergement ne permettent pas le respect de la dignité et de l'intimité des patients sur le SSR et SLD.</p> <p>Pas de présence systématique de paravents dans les chambres double : Au cours des audits de processus, il a été observé que les chambres doubles n'étaient pas dotées de paravents, notamment dans les prises en charge de SLD ou SSR, où les patients sont hospitalisés pour de longue durée. Malgré les précautions prises par les professionnels lors notamment des toilettes intimes, des soins et de la formation des professionnels, les conditions architecturales ne permettent de respecter l'intimité et la dignité du patient. Ce risque est identifié par l'établissement. Le sujet est régulièrement développé aux seins des instances notamment le comité éthique.</p>	10b

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

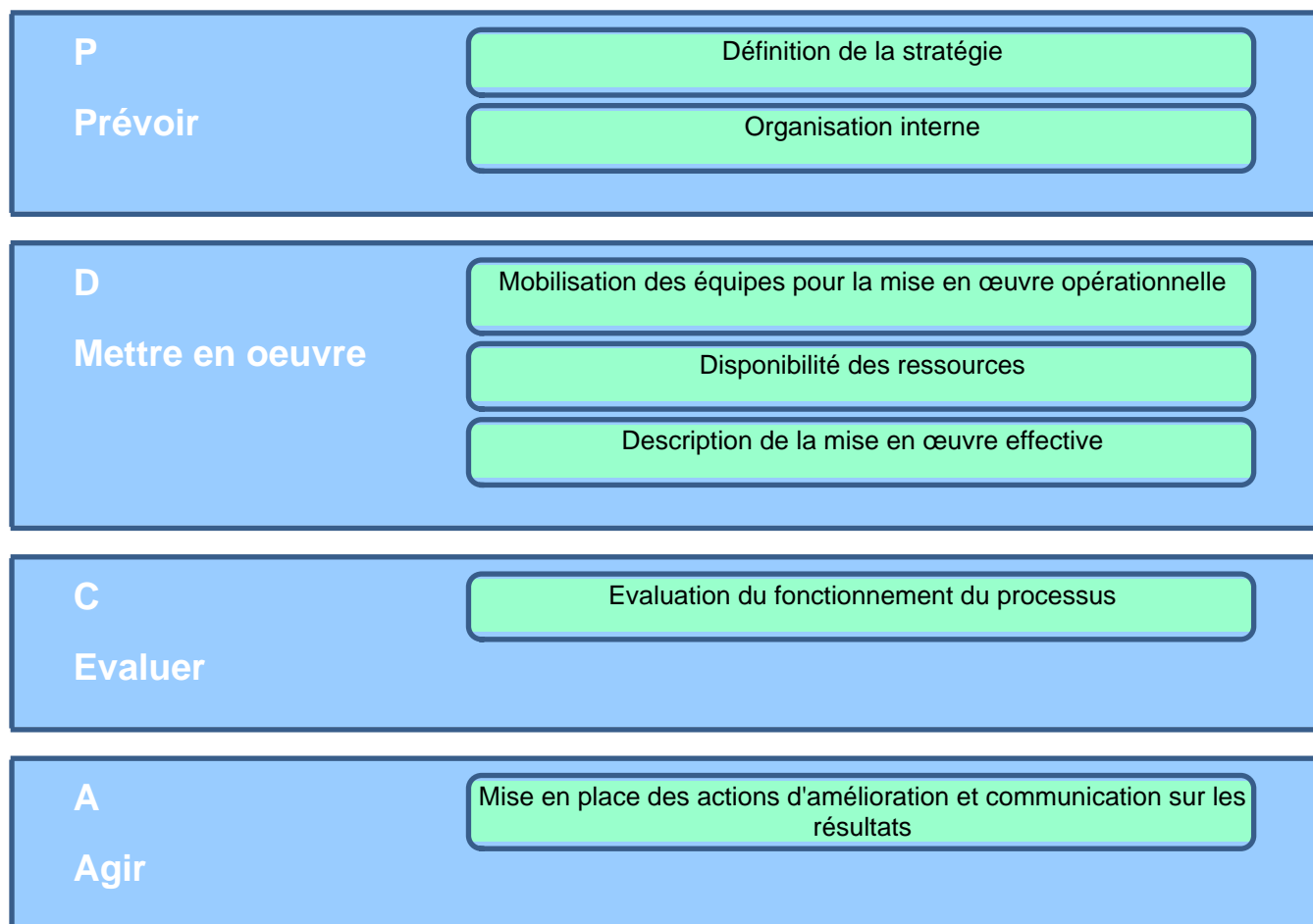
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet d'établissement validé pour la période 2015-2019 formalise la politique de l'établissement. Il prend en compte les besoins à travers l'analyse du SROS déclinée en CPOM, du projet régional de santé ainsi que l'analyse de l'activité de l'établissement et ses axes prioritaires.

Un plan d'actions est inclus dans le plan d'action institutionnel.

L'analyse des risques n'est pas réalisée sur cette thématique. L'analyse des risques n'a pas porté sur une méthodologie a priori.

Les pilotes ont indiqué qu'il n'y avait pas de cartographie des risques formalisée pour cette thématique.

L'établissement s'est appuyé sur l'autoévaluation type V 2010 et des missions de leur établissement pour définir des écarts et développer son plan d'actions.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est sous la responsabilité de la CME et de la commission des soins. Les rôles et responsabilités sont définis et formalisés dans des fiches de postes des professionnels.

L'établissement a adapté ses ressources humaines en réalisant un bilan des compétences. Des formations permettent l'acquisition de nouvelles compétences et la pérennisation de celles existantes. Les besoins en ressources documentaires et matérielles ont été identifiés au cours de réunion de la commission des soins et de réunions pluri professionnelles comme le groupe handicap, le groupe personnes âgées, et les programmes d'éducation thérapeutique (obésité, maladie cardio vasculaire et diabète)

Les ressources documentaires sont mises à la disposition des professionnels dans les services et sur l'intranet. Les coordonnées des personnes à alerter en cas d'urgence vitale sont mises à disposition.

Les ressources matérielles sont mobilisées pour le déploiement de ce processus.

La fonction transport est organisée entre les différents secteurs.

Les interfaces et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus sont organisées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme d'action est décliné dans chaque secteur sous la forme de projets de service qui reprennent les axes prioritaires de l'établissement en particulier les troubles nutritionnels, les populations spécifiques, les pathologies chroniques en général. Il existe une forte implication de la direction des soins pour développer ces programmes avec l'appui logistique de l'unité prévention santé.

Les cadres sensibilisent les professionnels par l'intermédiaire de réunions de service, d'affichage et de formations spécifiques du processus. Des formations à l'urgence vitale sont réalisées en interne. Des formations et sensibilisations à l'éducation thérapeutique avec formation de 40 heures sont réalisées. Les équipes participent à l'élaboration des procédures, à la déclaration des événements indésirables ainsi qu'à l'analyse de leurs pratiques par l'intermédiaire d'EPP. Des actions découlent de cette analyse des pratiques (ex prévention de l'escarre, risque suicidaire).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences sont mis à disposition dans tous les secteurs. Des avis compétents sont recherchés dans les différents services et structures de l'établissement lorsque l'état du patient le nécessite.

Les documents d'information et les protocoles permettant la prise en charge des patients à toutes les étapes de la prise en charge sont présents dans les services et connus des professionnels.

Le dossier médical informatisé est adapté au processus.

Les matériels et procédures permettant la prise en charge de l'urgence vitale sont présents dans tous les secteurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Un service d'urgence permet l'accueil et l'orientation des patients. Il existe des filaires spécifiques d'urgences pour les patients obèses, patients âgés et jeunes enfants.

Des gardes et astreintes dans tous les secteurs permettent la permanence des soins. Les listes sont disponibles dans les services.

L'évaluation initiale du patient est réalisée en temps utile en adéquation avec son état de santé.

Il existe un dispositif adapté de la prise en charge de l'urgence vitale dans tous les secteurs connus des professionnels. Des chariots d'urgence sont disponibles dans tous les services. La traçabilité de la

vérification du chariot d'urgence est effective.

L'organisation de la prise en charge des populations spécifiques ainsi que des pathologies chroniques est effective dès l'entrée du patient par l'intermédiaire de macro cibles ouvertes dans le DPI. Le dépistage des troubles nutritionnels est tracé dans le DPI.

Les personnels sont sensibilisés au dépistage du risque suicidaire dans tous les secteurs. Des actions sont mises en place et l'appel à des psychologues est facilité.

L'organisation de la sortie permettant d'assurer la continuité des soins est effective. Utilisation du logiciel trajectoire, fiche de renseignements médicaux communiquée en amont de la sortie et fiche de suivi médical à la sortie. Des visites à domicile à la sortie de SSR sont réalisées par les ergothérapeutes et les assistantes sociales. Des actions ont permis de permettre l'envoi du courrier de fin d'hospitalisation dans les délais réglementaires.

L'évaluation de la douleur est tracée.

L'évaluation du risque d'escarre est tracée systématiquement à l'entrée.

Le développement de l'éducation thérapeutique est très important dans l'établissement qui possède trois programmes validés par l'ARS : obésité, diabète, risque vasculaire, BPCO, Asthme, addictologie ainsi que des programmes d'éducation à la santé (maladie rhumatismale, insuffisance cardiaque, prévention des chutes, stomathérapie).

Les professionnels évaluent dès l'entrée du patient et dans tous les secteurs la possibilité de mettre en place un programme d'éducation thérapeutique pour tous les patients en collaboration avec l'unité prévention et santé qui met en place un suivi pluri professionnel tracé dans le dossier médical.

Les projets personnalisés de soins ne sont pas développés dans tous les secteurs. Un projet personnalisé de soins réévalué en réunion pluri-professionnelle n'est pas en place en dehors du SSR, de l'unité de soins de longue durée et des patients inclus dans un programme d'éducation thérapeutique. L'observation faite lors d'un patient traceur montre l'absence de traçabilité des réunions pluri professionnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation est réalisée par le suivi de nombreux indicateurs IPAQSS et institutionnels. Six EPP sont en cours sur ce processus. La satisfaction des patients est recueillie par l'intermédiaire du questionnaire de satisfaction remis au patient et aussi d'enquêtes ciblées (ex: enquête sur l'accueil du patient, EPP satisfaction des patients). Des CREX et RMM sont organisés en particulier en service de médecine pneumologique.

Une évaluation institutionnelle annuelle et quadriennale des programmes d'actions d'éducation thérapeutique est réalisée.

Un bilan d'activité du service social est réalisé annuellement.

Les professionnels de chaque secteur sont informés de l'évolution des indicateurs des résultats des évaluations lors de réunions de service et les pilotes lors des réunions de la commission des soins. Des actions découlent des évaluations et viennent implémenter les projets de soins de chaque secteur.

A / AGIR

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

Le plan d'action est réévalué de manière annuelle. Un bilan est réalisé pour l'année N-1 et un nouveau plan d'actions est diffusé pour l'année N. Le plan d'action est validé par le COVIR et intègre le PAQSS institutionnel. La commission des soins réalise un suivi périodique des actions d'amélioration, au cours de nombreuses réunions de services et des différents groupes de travail concernant ce processus et les axes prioritaires (personnes âgées, pathologies chroniques, situation de vulnérabilité, filaires d'urgences...)

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	L'analyse des risques a priori n'est pas réalisé. L'analyse des risques n'a pas porté sur une méthodologie a priori. Les pilotes ont indiqué qu'il n'y avait pas de cartographie des risques formalisée pour cette thématique. L'établissement s'est appuyé sur l'autoévaluation type V 2010 et des missions de leur établissement pour définir des écarts et développer son plan d'actions.	8a
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les projets personnalisés de soins ne sont pas développés dans tous les secteurs. Un projet personnalisé de soins réévalué en réunion pluri-professionnelle n'est pas en place en dehors du SSR, de l'unité de soins de longue durée et des patients inclus dans un programme d'éducation thérapeutique. L'observation faite lors d'un patient traceur montre l'absence de traçabilité des réunions pluri professionnelles.	17a

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN FIN DE VIE

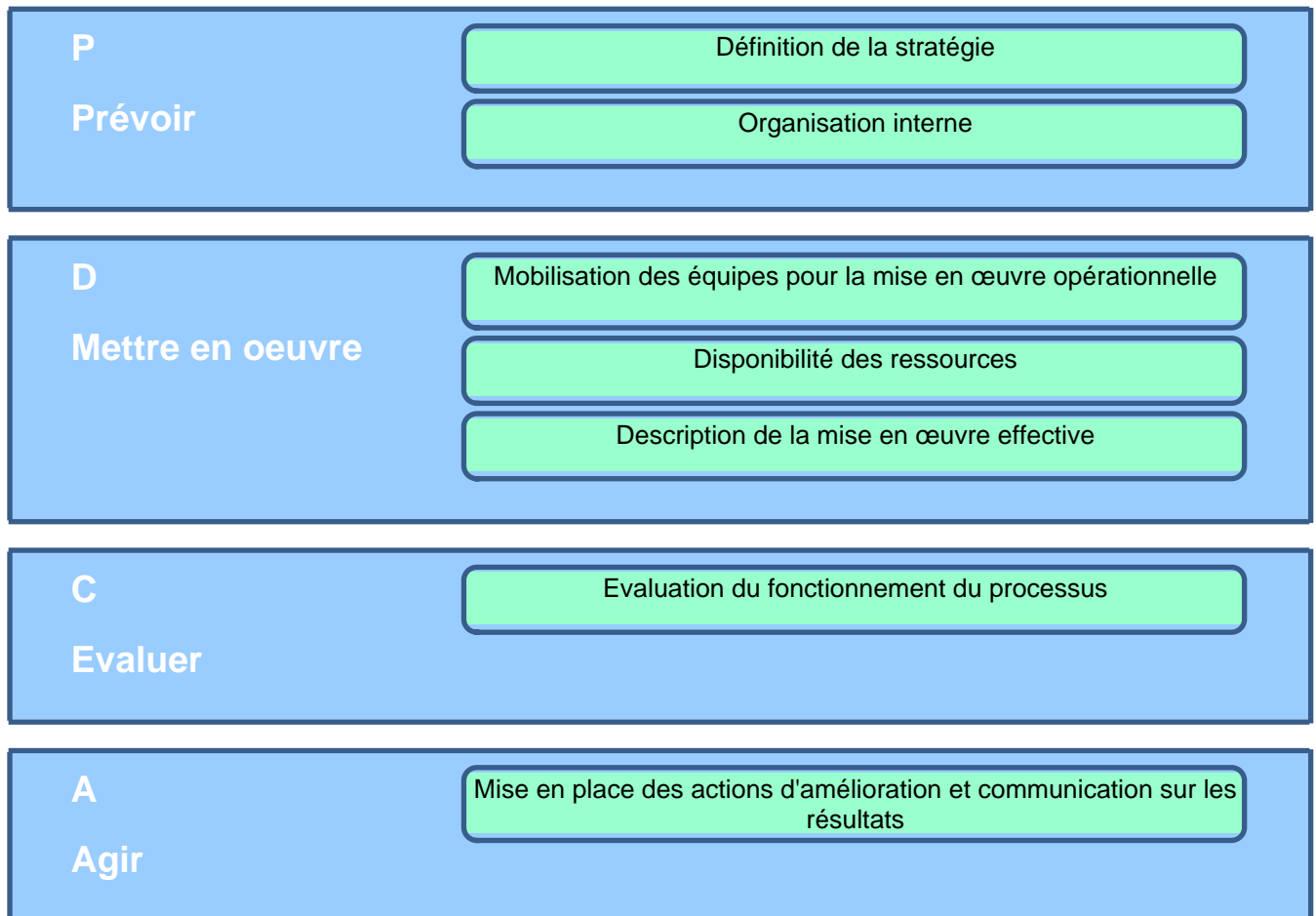
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche palliative visant à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches face aux conséquences d'une maladie grave et potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la douleur et par la prise en compte des problèmes physiques, psychologiques et sociaux qui y sont liés. Toute personne dont l'état de santé le justifie doit pouvoir en bénéficier, quel que soit le lieu de sa prise en charge.

La certification des établissements de santé vise le déploiement d'une démarche palliative intégrée à la pratique de l'ensemble des professionnels. Elle nécessite une approche transversale entre les disciplines médicales et les différents lieux de soins ainsi qu'une organisation du travail « en réseau ».

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a mis en place une organisation pour la prise en charge des patients dont l'état de santé justifie une démarche palliative. Trois lits sont identifiés dans l'établissement répartis dans les services de médecine et de pneumologie. Au-delà des lits dédiés, la stratégie de soins visant à préserver la qualité de vie malgré l'évolution potentiellement mortelle de la maladie est mise en œuvre dans l'ensemble des services concernés. Cette organisation interne est complétée par des conventions avec des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs implantées dans le territoire de santé. Une convention avec l'Unité de Soins Palliatifs du CH de HAGUENAU est également finalisée.

Une politique de prise en charge de la fin de vie a été définie et validée par les instances en 2012. Cette politique vise « à favoriser la continuité et la qualité des services d'accompagnement et de soins que les professionnels de l'établissement souhaitent offrir aux personnes soignées au terme de leur vie ». Les principes de cette politique sont intégrés dans le projet de soins 2015-2019.

Un programme d'actions a été défini notamment au regard des résultats de la V2010. Quelques actions sont intégrées au PAQSS institutionnel. Il comprend les démarches développées autour des modalités de recueil de la volonté du patient et de conservation des directives anticipées, mais également concernant l'information du patient et de son entourage.

Les écarts identifiés lors de l'auto-évaluation réalisée par l'établissement alimentent le compte qualité. Des actions y sont associées.

ORGANISATION INTERNE

Le groupe projet est le groupe pilote. Il coordonne la démarche sous l'égide de la CME et de la CSIRMT, avec l'aide du comité éthique et de la CRUQPC.

Trois lits dédiés sont identifiés et opérationnels avec des professionnels formés et des soins supports rattachés.

La CME et la CSIRMT ont été identifiées dans la politique de prise en charge de la fin de vie comme étant les garants du déploiement de cette démarche d'accompagnement du patient en fin de vie.

Ces 2 instances sont accompagnées pour avis par la CRUQPC et par le Comité Ethique de l'établissement qui apporte son éclairage éthique sur des situations particulières ou des sujets plus généraux (bienfaisance, qualité de fin de vie).

Un groupe projet institutionnel a également été mis en place pour travailler sur la mise en œuvre et la définition des pratiques au regard de la réglementation et de la certification.

Des formations sur la fin de vie sont incorporées régulièrement dans les programmes de formation (soins palliatifs, directives anticipées et droits des patients en fin de vie, accompagnement des familles).

Un dispositif structuré de gestion documentaire intégrant des procédures définies et formalisées sur le patient en fin de vie est en place.

La concertation avec les instances concernées est effective.

Les modalités d'information et de recueil de la volonté du patient et de ses directives anticipées sont organisées.

Les interfaces sont organisées avec l'ensemble des services de la structure.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management médical et soignant des secteurs d'activité s'est saisi des enjeux liés à la fin de vie des patients en lien avec les orientations de l'établissement.

Il communique auprès de son équipe sur la politique de prise en charge et de promotion des droits des patients en fin de vie de l'établissement, sa mise en œuvre (plan d'actions associé).

Les équipes s'impliquent et connaissent les objectifs en matière de prise en charge et promotion des droits des patients en fin de vie définis au sein de leur secteur et de l'institution.

Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.

Dans les secteurs concernés, des réunions pluri professionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.

Des actions correctives sont mises en place au sein des secteurs d'activité en cas de non-maîtrise des pratiques ou de non-atteinte des objectifs fixés (retours des plaintes et réclamations, EI, RMM, réflexions éthiques, évaluations des connaissances).

La mise en œuvre de la démarche palliative est tracée dans le dossier patient notamment au travers d'

évaluation régulière. Cette traçabilité permet de gérer les interfaces notamment dans lors des gardes et astreintes, des urgences vitales ou avec les internes.

Un certain nombre de démarche accompagnent la fin de vie comme la prise en charge de toute source de souffrance psychologique, sociale ou spirituelle ou d'inconfort. Ces besoins sont évalués et donne lieu à des actions de soulagement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des référents dans la prise en charge des soins palliatifs et des patients en fin de vie sont identifiés au sein de la structure. Cette équipe de référents comprend notamment un médecin ayant un DU en soins palliatifs, mais également des infirmiers formés.

Lorsque l'état de santé d'un patient nécessite la mise en œuvre d'une démarche palliative ou de fin de vie, une réflexion est menée en équipe pluri-professionnelle. Au-delà de l'équipe médicale et paramédicale, ce sont de nombreux professionnels peuvent être associés à cet accompagnement.

Ces professionnels (assistantes sociales, psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététicienne..) permettent notamment d'offrir une palette des soins de supports lorsque l'état du patient le permet comme par exemple des soins socio-esthétiques, de la sophrologie ou de la méditation mais également un accompagnement global.

En cas de besoins, les professionnels peuvent faire appel à une équipe mobile de soins palliatifs externe ou de transférer le patient dans une unité de soins palliatifs.

Un programme de formation déployé chaque année conforte le dispositif (décès et deuils complexes, sédation en phase terminale, directives anticipées et droits des patients en fin de vie). Des ateliers de pratiques sont également développés.

Des lits dédiés de soins palliatifs sont identifiés au sein de la structure dans les services de médecine et de pneumologie. Ces lits permettent aux équipes de pouvoir assurer la continuité des soins et de la prise en charge pour les patients dont l'état de santé se dégrade.

Une procédure « prise en charge de la personne en soins palliatifs et/ou en fin de vie, actualisée en janvier 2015, est mise à disposition. Cette procédure décrit l'ensemble du processus, des droits du patient à la mise en œuvre de la procédure collégiale.

Une grille d'évaluation de niveau de soins a été élaborée afin de pouvoir aider les professionnels dans la manœuvre thérapeutique dans un souci de confort et de dignité pour le patient.

Des grilles spécifiques ont été développées dans le dossier patient informatisées avec une partie complétée par l'équipe médicale et une partie pour l'équipe paramédicale.

Des plaquettes d'informations à l'attention des patients et des usagers sont disponibles et des affiches diffusées dans tous les secteurs rappellent ce droit de la personne. Cette information est également disponible dans le livret d'accueil ou sur le site internet de l'établissement. Plusieurs procédures indiquent la marche à suivre aux professionnels (« désignation de la personne de confiance et recueil des directives anticipées », « les directives anticipées ») et des outils d'aide sont à la disposition des patients (formulaire spécifique à disposition « mes directives anticipées »). Cette information est tracée dans le dossier.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement a identifié les secteurs concernés par la prise en charge des patients dont l'état nécessite la mise en œuvre d'une démarche palliative. La présence de lits identifiés dans certains permettent d'adapter la prise en charge des patients le nécessitant. Les interfaces sont opérationnelles que ce soit au niveau des transferts vers les services ayant les lits dédiés ou au niveau des professions ou activités de supports.

Des modalités de réflexion et de discussion sont aménagées notamment au travers du comité d'éthique ou du groupe projet. La réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements a été initiée et une procédure a été élaborée et finalisée.

Les projets de prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches sont définis avec le patient, son entourage et les équipes pluri-professionnelles. Des démarches de prise en charge de la douleur, mais également des contraintes physiques, des souffrances psychologiques ou des problématiques sociales sont mises en œuvre par des équipes pluri-professionnelles. L'ensemble de la prise en charge et de la réflexion qui est associée est tracé dans le dossier patient. Certains outils internes ont été mis en place pour assurer le suivi (grille d'évaluation).

Des procédures sont en places et connues des professionnels autour des directives anticipées, de la personne de confiance ou des soins palliatifs.

Les directives anticipées sont tracées lorsqu'elles existent, à défaut les préférences des patients et des proches sont recueillies. Un protocole sur l'arrêt et la limitation de traitements après décision collégiale est en place. L'ensemble de ces réflexions sont tracés dans le dossier du patient.

Plusieurs plaquettes d'information sont à la disposition des familles mais également des professionnels.

Des associations sont présentes et accompagnent les patients tout comme les familles. Les patients peuvent également demander à rencontrer un Ministre du Culte de leur choix.

Un dispositif d'accompagnement interne des soignants a été développé. Ce dispositif permet de soutenir psychologiquement les professionnels de santé confrontés à des prises en charge complexes ou difficiles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'évaluation pluri-professionnelle et en lien avec les structures concernées comme le comité éthique ou la CRUQPC.

Une évaluation a été réalisée en janvier 2015 dans le cadre de l'EPP sur la qualité de la prise en charge des patients recevant des soins palliatifs. Des objectifs d'atteinte des résultats (70%) ont été définis et des axes d'amélioration identifiés (9 axes).

Des indicateurs de pratiques sont mis en place notamment dans le cadre des soins supports (rapport annuel d'activité assistante sociale ou psychologue).

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été identifiées en cohérence avec les résultats des réflexions menées dans les secteurs d'activités concernés. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont assurés par le groupe projet institutionnel qui suit les plans d'actions. L'actualisation des démarches est également assurée au travers du suivi de l'état d'avancement du projet de soins ou des projets de services.

Les résultats des actions mises en œuvre suite à l'évaluation réalisée en janvier 2015 dans le cadre de l'EPP sur la qualité de la prise en charge des patients recevant des soins palliatifs sont pris en compte pour ajuster la démarche entreprise. Une nouvelle évaluation est prévue en février 2016 pour confirmer les résultats.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

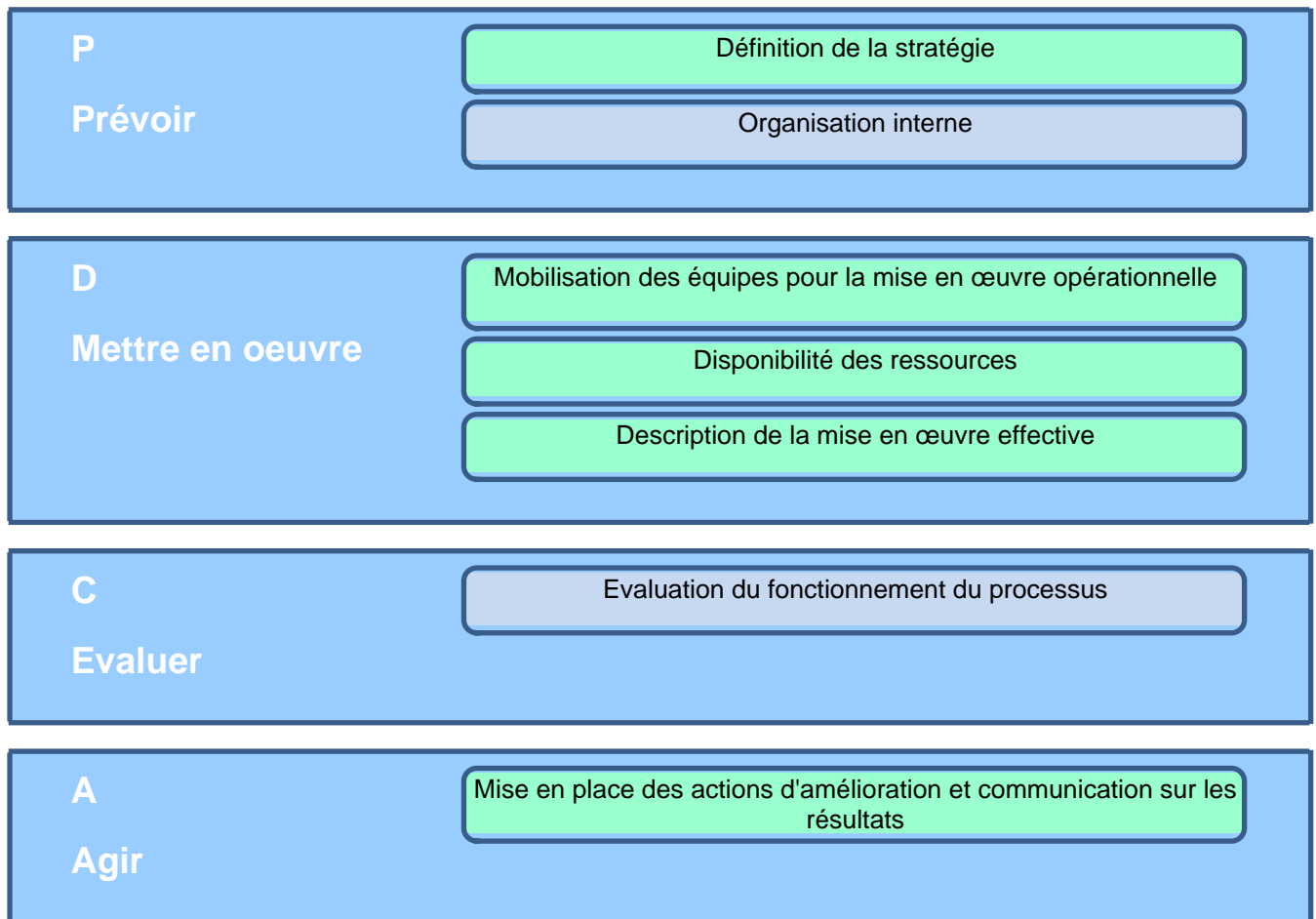
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique concernant le dossier patient est formalisée dans le projet médical 2015-2019 et notamment pour l'informatisation complète du dossier qui est inscrite également dans le schéma directeur informatique. Les règles de gestion du dossier sont formalisées et diffusées.

La charte du dossier patient et de l'information médicale établie en 2008 permet de formaliser les règles de constitution, de gestion, d'accès, de circulation et de communication de l'information médicale au sein de l'établissement.

Un groupe de travail projet « dossier patient » a été constitué au début de l'année 2015 afin d'élaborer un guide de tenue du dossier de soins. Ce guide est en cours de validation.

D'autres procédures concernent l'ordre de rangement du dossier durant l'hospitalisation, l'ordre de rangement des éléments à la sortie, l'archivage et la conservation du dossier, la destruction des dossiers inactifs et le mode dégradé en cas de panne du logiciel.

Les risques ont été identifiés par les groupes de travail qui ont été constitués pour l'élaboration du compte qualité. Les principaux risques ont été mis en évidence en fonction du résultat de l'évaluation des différents processus des trois prises en charges : médecine, SSR et SLD.

La gravité et la fréquence permettent de déterminer la priorité. Les risques ont été repris dans le compte qualité sous la forme d'objectifs concernant l'amélioration des délais d'envoi des dossiers aux patients, les délais de rédaction du courrier de sortie, la traçabilité des éléments du dossier d'anesthésie et l'informatisation complète du dossier.

Les objectifs sont élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques. La politique, définie et validée par la direction et la CME s'inscrit dans un objectif de sécurisation de la prise en charge et se décline dans un programme d'actions formalisé et priorisé.

Des indicateurs opérationnels sont formalisés.

Le programme est validé par les instances (CME, CLIN, CLAN, CLUD, CRU).

ORGANISATION INTERNE

Une organisation a été mise en place pour piloter le processus.

Le médecin DIM, pilote le processus.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés.

Le dossier patient est unique. Il comporte un dossier informatisé complété par un dossier papier avec un niveau d'informatisation différent selon les services.

L'informatisation a commencé dans les années 2000. L'informatisation du dossier a été progressive et n'est pas complètement aboutie. Il reste des dossiers « papier » en réanimation (déploiement prévu au cours du premier semestre 2016) ainsi qu'au bloc opératoire, en chirurgie ambulatoire et en endoscopie. Pour le reste de l'établissement, l'informatisation n'est pas totale et il subsiste une partie « dossier papier » pour les prescriptions de radiologie, de laboratoire et d'examen complémentaires. En revanche, le dossier est informatisé en totalité au service des urgences.

Les dossiers des patients sortis sont conservés dans les locaux des services pendant quatre mois puis archivés dans un local centralisé.

Le plan de formation a pris en compte l'informatisation du dossier.

Les équipements informatiques sont mis en place dans les services.

La gestion des interfaces est organisée.

L'accès du patient à son dossier est organisé par une procédure validée. Cette procédure décrit l'organisation de l'accès du patient à son dossier. L'information figure dans les livrets d'accueil.

Les personnels ont accès aux documents, procédures et protocoles soit sur le réseau commun de l'établissement soit dans des classeurs dans les services.

Les droits d'entrée sont fixés et les profils sont gérés dans le logiciel par les personnes habilitées (médecin DIM et responsable de la cellule informatique).

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a mis en place les moyens correspondant aux besoins nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés que ce soit en ressources humaines, matérielles et documentaires.

Le plan de formation prévoit des formations spécifiques pour le dossier patient informatique.

Les modalités de communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge sont formalisées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle par secteur d'activité. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Des référents sont désignés dans les services.

Plusieurs EPP sont réalisées sur la tenue et la conformité du dossier patient.

La déclaration d'événements indésirables ainsi que le traitement de certains événements en CREX permet d'identifier des actions correctives au niveau des services.

Des RMM sont réalisées au service des urgences en collaboration avec d'autres établissements.

Les risques relatifs aux dossiers patients sont suivis.

Un plan d'action d'amélioration est élaboré avec les responsables identifiés, des échéanciers et des modalités de suivi.

Les événements indésirables concernant le dossier patient sont analysés.

Des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La gestion du dossier patient informatisé (DPI) fait l'objet de formations réalisées par le fournisseur mais également en interne au sein de l'établissement.

Les ressources humaines déployées et les formations mises en œuvre permettent l'exploitation des dossiers des patients.

Une formation individuelle est assurée pour les nouveaux arrivants.

La gestion documentaire non informatisée permet à la totalité des professionnels d'avoir accès aux procédures dans les services.

Les modalités de communication sont connues de l'ensemble des professionnels grâce aux formations réalisées et aux informations données en interne.

L'accompagnement concerne également les nouveaux arrivants et les stagiaires.

Les locaux sont adaptés. Les matériels informatiques (postes fixes et portables, wifi, etc.) sont mis en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Un mode dégradé a été mis en place en cas de panne wifi ou informatique.

Une procédure de continuité de l'activité en mode dégradé a été établie.

L'administrateur de garde est contacté en cas de panne. Le service informatique imprime les plans de soins nécessaires à la continuité des soins dans les services.

Une astreinte est assurée 24h sur 24 tous les jours de l'année.

Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sont suivis au moyen d'un tableau par la personne habilitée au niveau de la direction.

Les demandes d'accès du patient à son dossier sont enregistrées et suivies par l'attachée d'administration hospitalière. Le bilan figure dans le compte rendu de la CRU.

Les éléments constitutifs de la prise en charge sont tracés en temps utile dans le dossier patient informatisé.

Les prescriptions de biologie ne sont pas conformes. Elles ne comportent pas les renseignements cliniques.

Dans la plupart des services, les prescriptions de laboratoire sont, soit saisies sur le logiciel, soit réalisées sur la fiche de prescription en format papier. Les IDE saisissent alors les renseignements dans le logiciel du laboratoire.

Les biologistes ont toutefois accès au dossier patient informatisé.

D'ailleurs, l'observation du patient traceur en SSR gériatrique a mis en évidence des examens de laboratoire pour lesquels les renseignements cliniques ne sont pas renseignés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la gestion du dossier patient est réalisée notamment sur la base d'indicateurs.

En effet, l'établissement recueille les indicateurs IPAQSS en SSR et MCO. Il n'est pas assujéti à ces indicateurs en SLD mais il réalise des évaluations dans ce secteur sur la base des indicateurs IPAQSS. Ainsi, l'évaluation en 2014 en SLD a porté sur la totalité des dossiers.

Le recueil d'information pour la tenue du dossier patient en SSR et MCO porte sur la conformité globale du dossier, le délai d'envoi du courrier, la traçabilité de l'évaluation et du suivi de la douleur, le dépistage des troubles nutritionnels et la traçabilité des troubles d'escarres.

D'autres audits figurent dans le programme d'action qualité.

Des EPP sont réalisées sur l'évaluation de la macro-cible d'admission, la conformité du dossier patient avant endoscopie digestive, la conformité des demandes d'intervention de kinésithérapie et la conformité de tenue du dossier de soins.

Les évaluations, audits et indicateurs sont énumérés dans le bilan qualité et gestion des risques.

Une enquête de satisfaction concernant le dossier patient informatique a été réalisée

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients est réalisée. Les délais sont conformes à la réglementation.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont identifiées et font l'objet de suivis périodiques grâce aux indicateurs mis en place.
Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions.
La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels par le responsable qualité et risques.
Les résultats des indicateurs IPAQSS sont affichés dans l'établissement.
La communication est réalisée également auprès des usagers par l'intermédiaire de la CRU.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les prescriptions de biologie ne sont pas conformes. Elles ne comportent pas les renseignements cliniques. L'observation du patient traceur en SSR gériatrique a mis en évidence des examens de laboratoire pour lesquels les renseignements cliniques ne sont pas renseignés. Dans la plupart des services, les prescriptions de laboratoire sont, soit saisies sur le logiciel, soit réalisées sur la fiche de prescription en format papier. Les IDE saisissent alors les renseignements dans le logiciel du laboratoire. Les biologistes ont toutefois accès au dossier patient informatisé.	14a

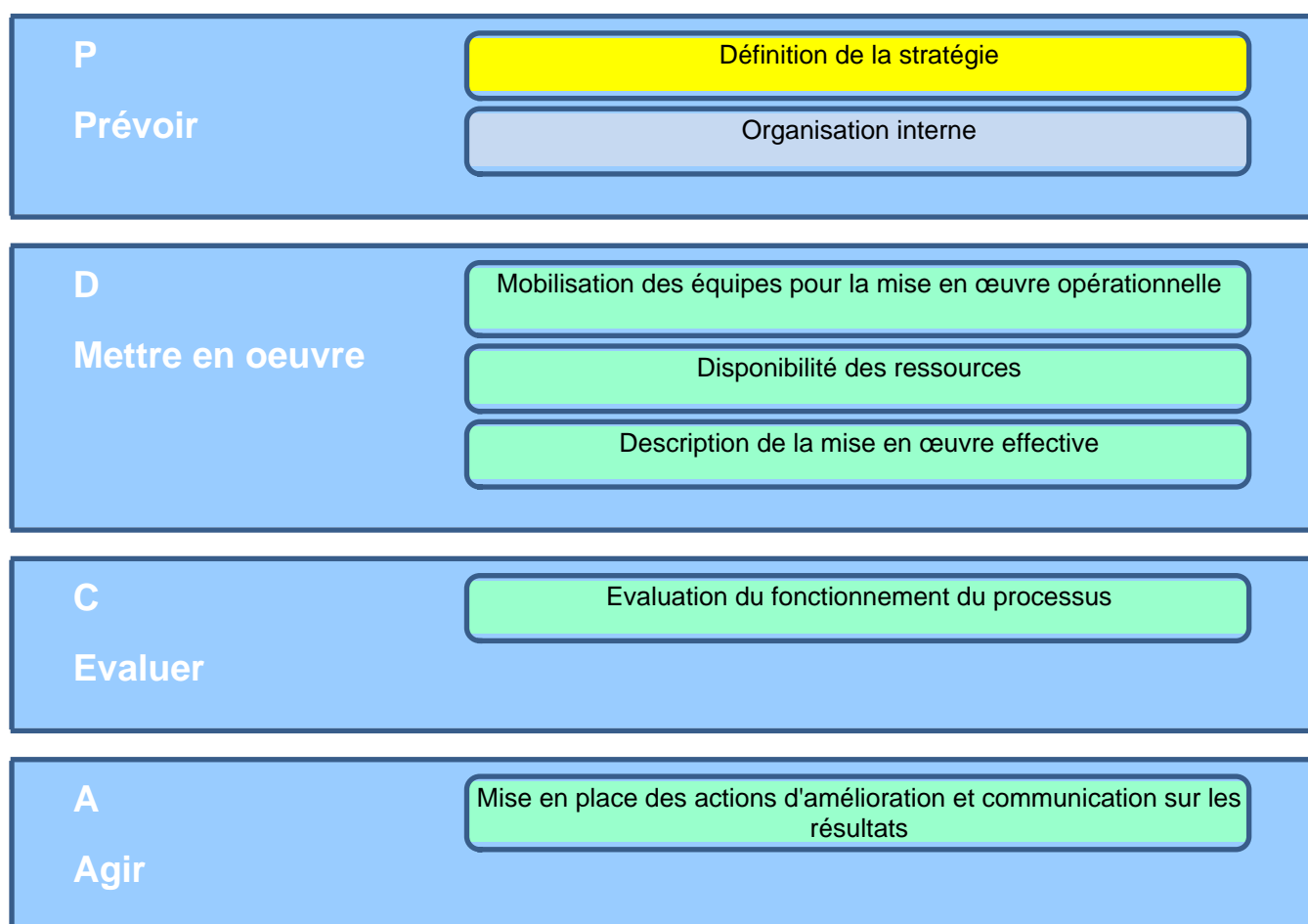
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

L'établissement a rédigé une politique générale de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en octobre 2012.

Le volet pharmacie du projet d'établissement 2015/2019 formalise les objectifs et les besoins en terme de prise en charge médicamenteuse.

L'établissement a contractualisé un CBUM 2014/2018.

Cependant, la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient rédigée en 2012 et le projet d'établissement 2015/2019 volet pharmacie ne comportent pas de disposition spécifique pour la personne âgée.

La stratégie de prise en charge médicamenteuse du sujet âgé n'est donc pas formalisée.

Le secteur pharmacie formalise une cartographie des risques à posteriori réactualisée annuellement. Celle ci est réalisée à partir de l'analyse des événements indésirables (EI) du circuit du médicament. Dans cette cartographie, les risques sont cotés en terme de criticité.

Un audit "interdiag" avait également été réalisé en 2013 et avait permis la réalisation d'une cartographie des risques à priori.

Un audit AMDEC a été réalisé en 2013 sur l'étape administration dans le service de médecine 1.

L'établissement a repris dans le compte qualité les risques majeurs perçus: risques liés à l'administration (source: AMDEC 2013 et EI administration), risques liés à la dispensation globale (source: INTERDIAG 2013 et CBU) et les risques liés à la prescription chez le sujet âgé (source: certification 2010).

Ces risques ont été cotés et hiérarchisés selon la méthodologie HAS.

Au regard des risques identifiés selon différentes sources: analyse des EI, CBU 2015, arrêté du 6 avril 2011, audits (INTERDIAG 2013 et AMDEC 2013), l'établissement élabore un plan d'actions annuel intégré dans les onglets "prise en charge médicamenteuse" et "COMEDIMS" du PAQSS général.

Ce programme d'actions est présenté aux instances: COMEDIMS, CME COPIL.

Les pilotes des actions et les groupes de travail éventuels sont précisés, les échéances et les indicateurs de suivi le cas échéant sont définis.

L'ensemble de la prise en charge médicamenteuse est informatisée sauf en réanimation.

Il existe un projet d'informatisation pour le service de réanimation que l'établissement prévoit de déployer au premier semestre 2016.

La cartographie des risques de la prise en charge médicamenteuse à priori et à posteriori n'est pas formalisée de façon exhaustive.

Les risques identifiés par l'établissement par différentes sources ne sont pas intégrés dans une cartographie des risques à priori et à posteriori, suivie et actualisée comme il est décrit dans l'arrêté du 6 avril 2011.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus : COMEDIMS, Cellule opérationnelle du médicament de composition pluri professionnelle et pharmacien responsable du management de la qualité de la PECM.

Les rôles et responsabilités sont identifiés.

L'établissement a mis en place un COMEDIMS. Il a créé une cellule opérationnelle du médicament

Pluri professionnelle représentative des acteurs des différentes étapes de la PECM. Cette cellule est chargée de l'analyse des EI, de la collaboration avec les professionnels de terrain dans la recherche des actions d'amélioration liés aux EI et du suivi du programme d'actions PECM.

La pharmacienne chef de service est responsable du système de management de la qualité de la PECM et membre du COPIL.

La responsable qualité est membre de la cellule opérationnelle du médicament.

Les travaux de la cellule opérationnelle sont valisés par le COPIL et la CME.

La gestion des EI est sous la responsabilité du pharmacien adjoint formée à l'analyse des risques.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires:

Au niveau de la PUI 4 ETP pharmaciens, chacun ayant des responsabilités spécifiques (notamment gestion des risques, préparation des cytostatiques et médicaments dérivés du sang), 7,25 ETP préparateurs en pharmacie dont un cadre.

Les professionnels médicaux et soignants sont en effectif suffisant et pour assurer les étapes de prescription et d'administration.

Il existe un plan de formation intégrant les professionnels intervenant dans la prise en charge médicamenteuse

La pharmacie à usage interne est installée dans des locaux comportant des zones de stockage fermées (DMS et produits de pansement), d'une chambre froide avec alarme centralisée, d'un local sécurisé par

serrure à code pour le stockage des stupéfiants, d'une zone de stockage centrale des médicaments en continuité avec l'entrée de la pharmacie également utilisée comme zone de dé cartonnage, d'un local secrétariat, d'un guichet de rétrocession ouvert sur la zone d'entrée, d'une unité de reconstitution des cytostatiques avec SAS en dépression, de bureaux pour les pharmaciens et un local de préparation magistrale.

Les locaux sont entretenus par une équipe de nettoyage dédiée et formée.

Les équipements sont conformes aux besoins: chariots et caisses de transport scellées respectant la chaîne du froid si besoin. L'équipement informatique est disponible selon les besoins des services impliqués dans la prise en charge médicamenteuse.

Le logiciel dossier patient intègre un module de prescription, un module de validation pharmaceutique avec avis aux prescripteurs transmis via le dossier patient et un module plan de soins intégrant la traçabilité de l'administration. La maintenance des équipements est réalisée. En cas de panne informatique la sauvegarde toutes les heures des données permet la reprise des activités liées à la prise en charge médicamenteuse. Une astreinte informatique est organisée 24/24.

L'établissement a prévu les ressources documentaires en format papier: procédures, protocoles. Ces procédures décrivent l'ensemble du circuit du médicament et des activités liées à la prise en charge médicamenteuse.

Les procédures prescription/dispensation/administration/commande/transport/stockage sont disponibles. L'ensemble de ces procédures constituent le manuel qualité (MAQ) de la prise en charge médicamenteuse.

La gestion des interfaces entre les professionnels : médecins, IDE, pharmacien est organisée formellement pour faciliter la concertation entre ces professionnels.

La gestion des interfaces entre les secteurs d'hospitalisation et la pharmacie sont organisés.

La permanence pharmaceutique est organisée: les services disposent de dotation pour besoins urgents et il existe une astreinte pharmacien 24/24.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Il existe des plans d'actions pour chaque secteur issus des onglets COMEDIMS et prise en charge médicamenteuse du PAQSS.

La communication est réalisée aux cadres des services en staff "cadre" 2 fois par mois. Le cadre préparateur en pharmacie participe à ce staff. Les objectifs sont précisés aux cadres par la direction qualité.

Les responsables de service sensibilisent leurs équipes au risque d'erreur lié au circuit du médicament.

Une EPP est en cours concernant les risques liés aux modalités de l'administration. La réorganisation de cette étape est en cours de généralisation.

Les internes en médecine sont sensibilisés par le pharmacien aux EI liés au circuit du médicament (2 sessions par an avec support formalisé)

Une chambre des erreurs a été mise en place durant la semaine de sécurité des patients en 2015.

Les professionnels participent aux EPP, réalisent des CREX et participent au signalement des EI liés au circuit du médicament.

Lors du signalement d'un EI, un binôme de la cellule opérationnelle rencontre le déclarant, recueille les informations et les propositions d'amélioration du professionnel de terrain, ces actions sont proposées lors de l'analyse de l'EI.

L'analyse des EI est réalisée en CREX pluri professionnel. Le retour au déclarant est réalisé par courrier ou mail.

Les actions correctrices sont identifiées avec les professionnels concernés, à la fois en ce qui concerne les EI mais également en ce qui concerne les risques à priori identifiés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence médicale sont adaptées pour l'étape prescription. Les formations sont mises en oeuvre, notamment les formations à l'erreur médicamenteuse pour les internes.

Les internes sont formés à l'utilisation du logiciel de prescription par le SIM. Les médecins ont été sensibilisés à la prescription chez le sujet âgé dans le cadre d'une EPP (mise à disposition d'une plaquette spécifique)

Les pharmaciens sont formés: formation du pharmacien assistant au DU "analyse et gestion des risques en santé", formation du pharmacien chef de service au risque liés erreur médicamenteuse dans le cadre du DPC.

L'étape administration est réalisée par des IDE sensibilisées au risque induit (EPP suite à AMDEC risque lié à l'administration)

La chambre des erreurs organisée par un pharmacien durant une semaine en 2015 a permis la sensibilisation de nombreux professionnels (médecins, internes, IDE, As, Sage femmes) aux risques liés à la prise en charge médicamenteuse.

La documentation liée à la PECM est accessible sous forme de classeurs dans tous les secteurs d'activité. Les procédures sont actualisées.

Les supports et les règles de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs. La prescription est informatisée dans tous l'établissement sauf dans le secteur de réanimation. Dans ce secteur la prescription papier est réalisée sur la feuille de suivi journalier qui sert de support à la traçabilité de l'administration

Les ressources en matériels sont adaptées: la PUI et les services disposent de postes informatiques fixes et portables. Le logiciel dossier patient permet la sécurisation des étapes de prescription/dispensation/administration. Le matériel de stockage est adapté à la PUI et dans les services : armoires de rangement, coffres pour les stupéfiants, stockage réfrigéré), le matériel de transport est adapté et respecte la chaîne du froid.

Concernant les locaux: La pharmacie à usage interne est installée dans des locaux comportant des zones de stockages fermées (DMS et produits de pansement), d'une chambre froide avec alarme centralisée, d'un local sécurisé par serrure à code pour le stockage des stupéfiants, d'une zone de stockage centrale des médicaments en continuité avec l'entrée de la pharmacie également utilisée comme zone de dé cartonnage, d'un local secrétariat, d'un guichet de rétrocession ouvert sur la zone d'entrée et la zone de stockage centrale, d'une unité de reconstitution des cytostatiques équipée (dépression, hotte..) et accessible par un SAS en dépression, de bureaux pour les pharmaciens et un local de préparation magistrale.

Les locaux sont entretenus par une équipe de nettoyage dédiée et formée.

Cependant, les locaux de la PUI ne permettent pas de réaliser le dé-cartonnage et la rétrocession de manière conforme. En effet, il n'existe pas de zone de dé-cartonnage dédiée. Le dé cartonnage est réalisé dans l'entrée de la PUI en continuité directe avec les lieux de stockage des médicaments.

Le guichet de rétrocession est ouvert sur la zone de stockage des médicaments et sur la zone de dé cartonnage (entrée de la PUI).

Les patients qui entrent à la pharmacie pour la rétrocession traversent la zone de dé cartonnage.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La continuité du traitement médicamenteux est assurée. A l'entrée les prescriptions prennent en compte le traitement personnel du patient. En cas de transfert ou à la sortie une ordonnance est éditée à partir de la prescription informatisée du logiciel dossier.

L'analyse pharmaceutique a priori de l'ensemble du traitement est réalisée et la validation pharmaceutique est tracée. Des avis pharmaceutiques sont émis et accessibles par les prescripteurs via le logiciel dossier patient. La dispensation nominative hebdomadaire est engagée en SSR. La dispensation est globale sur les autres secteurs sauf pour les médicaments à risque, la généralisation de la dispensation nominative est validée par l'établissement, cette généralisation nécessite le renforcement de l'équipe de préparateurs en pharmacie (chiffrée à 3 ou 4 professionnels supplémentaires).

Le suivi des péremptions est réalisé.

L'établissement respecte les règles de bonne pratique en matière de préparation des cytostatiques. Cette préparation et l'organisation de la dispensation est formalisée dans la procédure : "organisation circuit chimiothérapie anticancéreuse à la pharmacie" actualisée en 2014.

La préparation est centralisée à la PUI, elle est réalisée dans une salle en dépression sous hotte par un pharmacien ou un préparateur en pharmacie. Un SAS en dépression permet l'accès au local.

L'établissement réalise également des préparations magistrales.

Les modalités de rangement, stockage et transport des médicaments sont adaptés et permettent la sécurisation du circuit (étiquetage, modalités de rangement, respect de la chaîne du froid, modalités spécifiques pour les stupéfiants).

L'administration est réalisée par du personnel habilité (IDE) après vérification de la prescription. La traçabilité de l'administration est réalisée sur un support informatique: plan de soins édité à partir de la prescription ou sur un support papier en regard de la prescription en réanimation. Cette traçabilité est réalisée en temps réel dans les services de médecine 1 et 2, chirurgie 1 et 2, SSR, pédiatrie et réanimation.

Le pharmacien dispose de la liste des prescripteurs.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre les secteurs (médical/soins/pharmacie) sont opérationnelles.

Des actions structurées d'information des patients sur le bon usage des médicaments sont développées dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique (diabète, maladies cardiovasculaires, asthme, rhumatismes inflammatoires chroniques). Des fiches d'information patients sont éditées (ex: anticoagulant oraux directs).

Les patients rencontrés dans le cadre des «patients traceurs» avaient reçu une information concernant leur traitement médicamenteux.

Les dotations dans les armoires des services, les possibilités de dépannages entre services et l'astreinte "pharmacien" 24/24 permet d'assurer la permanence pharmaceutique.

Les médicaments inclus dans les chariots d'urgence disponibles dans les services sont contrôlés (disponibilité et péremption).

Cependant, la traçabilité de l'administration du médicament par les IDE est anticipée dans les services de pneumologie, gynécologie/obstétrique et en USLD. Cette traçabilité est réalisée à la préparation des piluliers pour des raisons invoquées de lenteur de l'outil informatique. Cette traçabilité n'est donc pas

réalisée en temps réel à l'administration. Elle n'est donc pas conforme dans ces services.
Ce risque lié à l'administration avait été repéré dans l'audit AMDEC. Il a été corrigé dans certains services, la généralisation à l'ensemble de l'établissement est prévu mais pas encore réalisé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a réalisé en 2013 deux audits : INTERDIAG et AMDEC de l'étape administration.
Une autoévaluation au regard du référentiel HAS V2010 a été menée en mars 2015.
L'établissement a développé des démarches d'EPP concernant la prise en charge médicamenteuse: "prescription du "targocid", respect de la chaîne du froid, prescription du sujet âgé, gestion du traitement personnel des patients.
L'évaluation est également réalisée dans le cadre du CBUM dont les indicateurs sont suivis.
L'établissement suit les indicateurs IPAQSS: taux de prescription informatisée de l'indicateur tenue du dossier, prescription "ocytocine" dans les indicateurs IPAQSS de la salle de naissance.
Le recueil des événements indésirables liés au circuit de médicament est réalisé.
L'analyse des EI est réalisé par la cellule opérationnelle du médicament en collaboration avec les professionnels concernés, les actions d'amélioration sont recherchées avec les professionnels de terrain. Un bilan annuel est formalisé sous l'intitulé " cartographie des risques".
Des CREX sont formalisés par la cellule opérationnelle du médicament et permettent l'analyse pluriprofessionnelle des événement indésirables.

A / AGIR

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

En fonction des résultats des différentes évaluations, les actions d'amélioration concernant la prise en charge médicamenteuse sont mises en œuvre et intégrées dans le programme d'action institutionnel.
Les actions d'amélioration sont définies de manière pluri professionnelle au sein de la cellule opérationnelle du médicament et au sein des CREX.
L'établissement a utilisé le compte qualité pour définir les plans d'actions concernant ses risques principaux.
En externe les résultats des IPAQSS sont affichés à l'attention des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	La cartographie des risques de la prise en charge médicamenteuse à priori et à posteriori n'est pas formalisée de façon exhaustive. Les risques identifiés par l'établissement par différentes sources ne sont pas intégrés dans une cartographie des risques à priori et à posteriori, suivi et actualisée comme il est décrit dans l'arrêté du 6 avril 2011.	20a
	PS	La stratégie de prise en charge médicamenteuse du sujet âgé n'est pas formalisée. la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient rédigée en 2012 et le projet d'établissement 2015/2019 volet pharmacie ne comportent pas de dispositions spécifiques pour la personne âgée.	20b
D / Disponibilité des ressources	PS	Les locaux de la PUI ne permettent pas de réaliser le dé-cartonnage et la rétrocession de manière conforme Il n'existe pas de zone de dé-cartonnage dédiée. Le dé cartonnage est réalisé dans l'entrée de la PUI en continuité directe avec les lieux de stockage des médicaments. Le guichet de rétrocession est ouvert sur la zone de stockage des médicaments et sur la zone de dé cartonnage (entrée de la PUI). Les patients qui entrent à la pharmacie pour la rétrocession traversent la zone de dé cartonnage.	20a
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité de l'administration du médicament par les IDE est anticipée dans les services de pneumologie, gynécologie/obstétrique et en USLD. Cette traçabilité est réalisée à la préparation des piluliers pour des raisons invoquées de lenteur de l'outil informatique. Cette traçabilité n'est donc pas réalisée en temps réel à l'administration. Elle n'est donc pas conforme dans ces services. Ce risque lié à l'administration avait été repéré dans l'audit AMDEC. Il a été corrigé dans certains services, la généralisation à l'ensemble de l'établissement est prévu mais pas encore réalisé.	20a bis

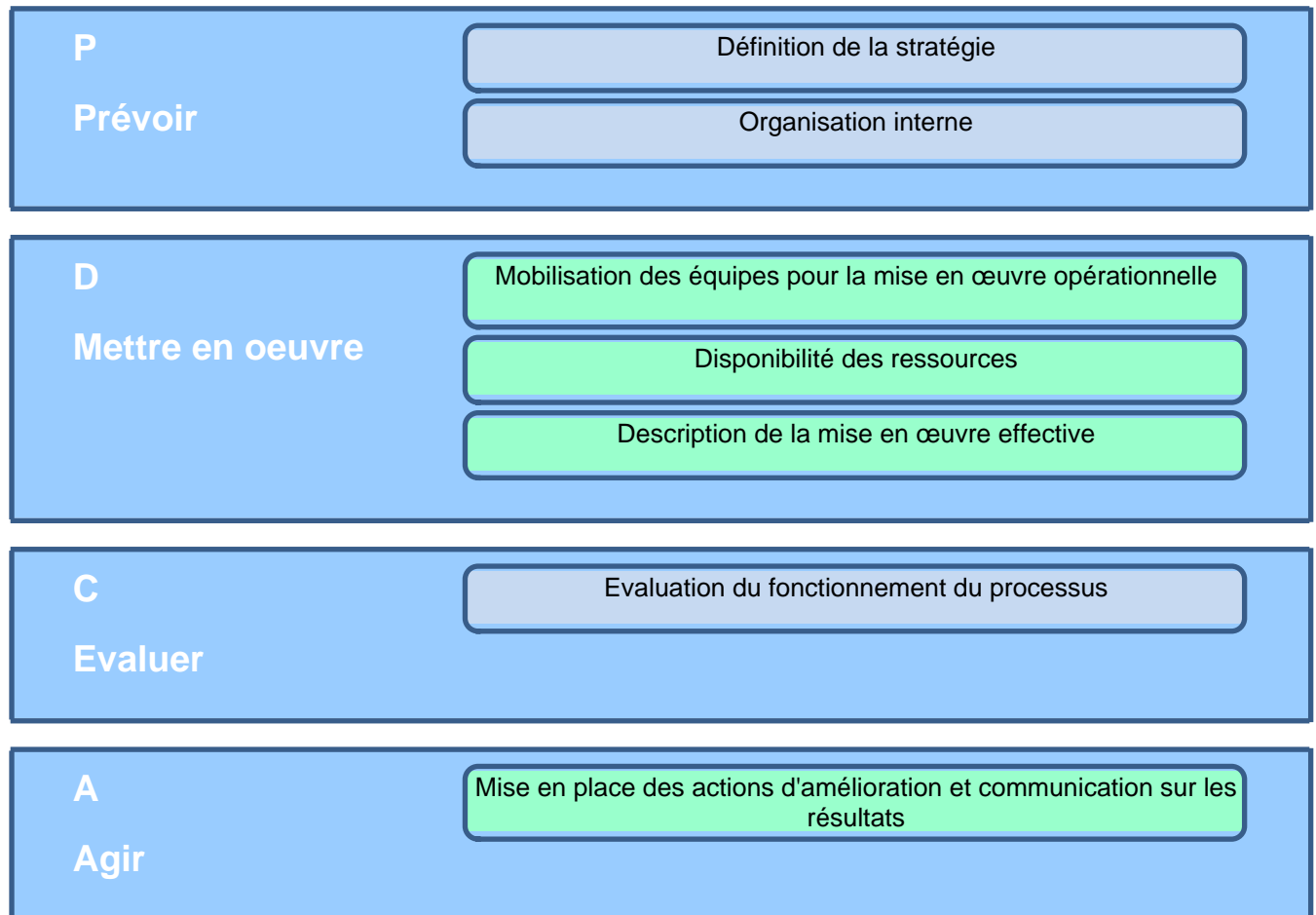
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

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 politique des urgences fait partie des objectifs du CPOM signé en 2014 avec l'ARS.
Les objectifs définis au niveau du territoire de santé numéro 1 et du centre hospitalier concernent la prise en charge des urgences neurovasculaires et vasculaires au CHU de Strasbourg par convention, l'organisation de l'accès H24 à l'endoscopie bronchique pour les patients du territoire de santé, la mise en œuvre de l'informatisation complète du dossier, le développement des plages de consultations externes non programmées, l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée et l'organisation de la filière de soins de chirurgie pédiatrique.
L'établissement adhère au réseau urgences Alsace "Résural".
Le projet d'établissement comprend, dans le projet de service de pédiatrie, un paragraphe concernant les urgences des enfants avec des actions de formation continue et des RMM pour les urgences pédiatriques.
Le projet médical intègre le projet de service de la structure des urgences adultes ainsi que le projet de service du SMUR de saverne.
Il existe une cartographie des risques propre aux urgences adultes et une cartographie propre aux urgences enfants.
Les risques sont hiérarchisés. Il existe un programme d'actions propre aux urgences.
Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies avec des objectifs, des responsables, des échéanciers et des modalités de suivi.
Le compte qualité reprend 14 risques prioritaires.
Le programme est présenté aux instances.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation du service des urgences est formalisée dans le règlement de fonctionnement des services des urgences adultes et enfants (version 2 du 25 janvier 2016).
Les urgences adultes et enfants sont séparées dans des bâtiments différents et sont organisées en deux pôles distincts. .
Le service des urgences adultes dépend du pôle « laboratoire-urgences-réanimation-radiologie » et le service des urgences enfants dépend du pôle « parents-enfants-adolescents ».
L'organisation du service des urgences inclut le recours aux avis spécialisés. Cette organisation est formalisée dans le règlement de fonctionnement des urgences. Elle est connue des acteurs du territoire de santé.
Le pilotage est réalisé par quatre pilotes (chef de service et cadre des urgences adultes, chef de service et cadre des urgences enfants) dont les missions sont formalisées.
Le plan de formation 2016 prend en compte les formations en intra dans l'établissement ainsi que les formations institutionnelles.
Le catalogue des formations internes 2016 prend en compte les besoins de formations des services des urgences.
La gestion documentaire intègre les procédures nécessaires. Des classeurs sont mis à disposition des professionnels dans chacun des deux services.
Plusieurs logiciels sont déployés. Le dossier patient est complètement informatisé.
Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés selon le degré d'urgences et la typologie des patients.
Pour les enfants, un protocole définit les trois circuits relatifs aux lésions traumatiques.
Une fiche de liaison unique adultes-enfants est mise en place à l'accueil des urgences et renseignée par l'infirmière à l'arrivée.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, le service des urgences accueille les patients 24h sur 24h.
Les examens de laboratoire et de radiologie sont réalisés dans l'établissement avec des circuits bien identifiés.
La gestion des interfaces et des circuits est organisée afin de faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.
Une organisation permet de connaître la disponibilité des lits en temps réel au sein des services du centre hospitalier au moyen du logiciel.
Un état des lieux est également réalisé trois fois par jour directement avec les services concernés. Cet état des lieux est formalisé dans un tableau.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Deux plans d'action propres aux deux secteurs (urgences adultes et urgences enfants) sont établis en déclinaison du programme d'actions institutionnel avec des responsables, des échéanciers et des indicateurs de suivi. Les responsables assurent la sensibilisation des professionnels au regard des objectifs institutionnels. Des actions d'évaluation et d'amélioration sont menées par les secteurs et permettent d'évaluer l'organisation et le fonctionnement.

Plusieurs EPP spécifiques aux urgences sont en cours (par exemple, l'évaluation du temps de passage aux urgences pour les personnes de plus de 75 ans, l'évaluation du syndrome coronarien, etc). Le service participe à des revues de mortalité-morbidité (RMM) avec d'autres établissements deux fois par an.

Le recueil des événements indésirables est réalisé et fait l'objet d'actions d'améliorations.

La dernière réunion de RMM a eu lieu le 21 janvier 2016 avec les centres hospitaliers de Haguenau, Saverne et Wissembourg. Trois cas ont été présentés. Les analyses des causes ont permis d'identifier des mesures correctives. Les actions d'améliorations mises en oeuvre en 2016 concernent notamment le bracelet d'identification, l'évaluation du risque d'escarre et la mise en place de différentes formations.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le service des urgences enfants comprend sept pédiatres. Un pédiatre est de garde sur place. Certains sont formés à la neurologie, l'allergologie et la réanimation néonatale.

Des internes effectuent leurs stages dans les deux services.

Les formations réalisées concernant notamment l'accueil et l'orientation des patients correspondent aux besoins du service que ce soit pour les urgences enfants ou adultes. Une formation concerne notamment l'accueil de la personne âgée.

Une formation CREX et RMM est proposée par l'ARS.

Les locaux sont vastes et bien adaptés. Ils comprennent pour les urgences adultes, un accès pour les ambulances séparé des accès piétons. Une hélistation se trouve à proximité immédiate.

Le SMUR dispose d'un local spécifique près du service de réanimation avec deux véhicules équipés. Les appels sont reçus par le SAMU de Strasbourg qui oriente les patients.

Les documents sont actualisés et disponibles.

Les professionnels sont informés des documents mis en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les protocoles sont mis en œuvre pour la prise en charge du patient. L'organisation est connue des professionnels. L'encadrement des nouveaux arrivants est structuré avec des formations spécifiques.

La prise en charge non programmée directement dans les secteurs de soins est réalisée pour les deux secteurs de médecine et devrait être étendue à la pneumologie.

Pour les urgences enfants, la pédiatrie permet ce type de prise en charge.

Les services de consultation permettent également de prendre en charge directement les patients.

Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont opérationnels et utilisés, avec l'implication des professionnels. Il existe une organisation du retour d'expérience. La communication est réalisée par les cadres ou lors des réunions de service.

Les circuits définis par des procédures permettent d'orienter les patients. L'accueil est assuré par une infirmière. Un livret d'accueil spécifique aux urgences adultes est remis aux patients.

Le suivi et la position des patients pris en charge sont réalisés sur un grand écran.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi des temps de passage selon le degré d'urgence au moyen d'un logiciel utilisé dans l'établissement.

La traçabilité des heures d'arrivée, de passage et de sortie est réalisée. Le tableau de bord comprend huit EPP relatives aux services des urgences.

Une EPP a été réalisée sur l'évaluation du temps de passage de la personne âgée de plus de 75 ans. Un indicateur de suivi a été mis en place.

Une autre EPP concerne la prise en charge du syndrome coronarien.

Des indicateurs quantitatifs sont suivis sur un tableau de bord.

Un audit a été réalisé sur l'évaluation de la pose du bracelet aux urgences adultes.

Le recueil des événements indésirables est réalisé par l'intermédiaire du cadre de santé au moyen de l'imprimé mis en place par le service qualité.

Le recueil des questionnaires est réalisé de façon périodique.

Un retour est réalisé auprès des professionnels.

A / AGIR

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

Un plan d'action est réalisé par le service qualité avec un échéancier et des actions d'amélioration.
Les actions et évaluations sont intégrées au programme annuel d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques
Le suivi des actions permet de réévaluer les risques.
Les résultats des évaluations et les actions d'amélioration sont présentées à la CRUQPC.
La communication est organisée auprès des usagers : livret d'accueil, réunions, journal, affichage.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

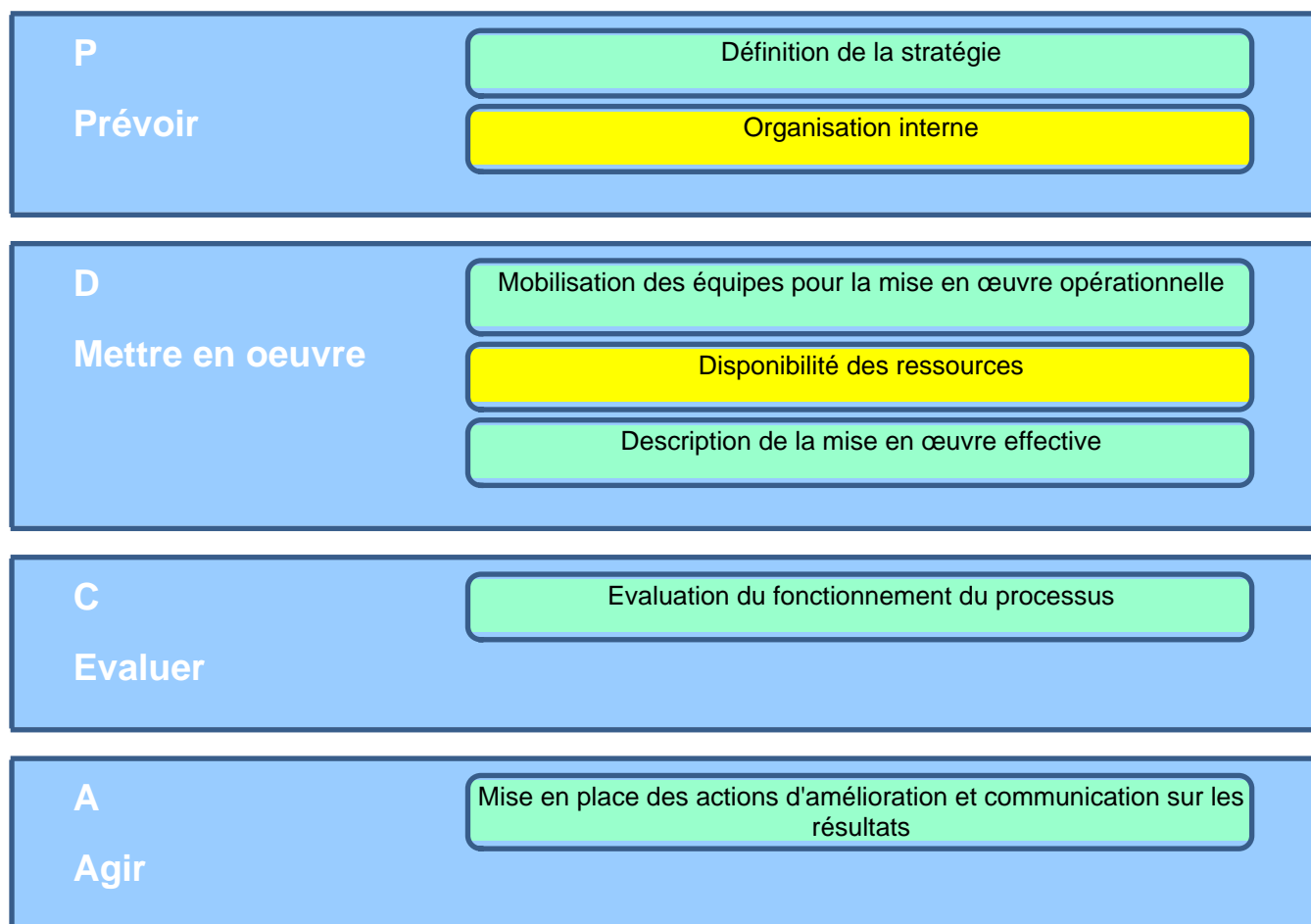
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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

L'établissement a défini une stratégie concernant le bloc opératoire et l'UCA développée dans le projet médical avec des axes quantitatifs en particulier pour la traumatologie et la chirurgie ambulatoire et des axes qualitatifs en développant une démarche qualité et gestions des risques spécifiques à ce secteur. Les missions du bloc opératoire sont définies dans la charte de bloc validée en 2011. Les missions de l'unité de chirurgie ambulatoire (SITASA) sont définies dans une charte validée en 2015.

Une analyse des risques hiérarchisés est réalisée, actualisée en 2015 dont découle un plan d'actions intégré au plan d'actions de l'établissement.

Le bloc opératoire comprend cinq salles d'opération 4 ISO 7, une ISO 5 et 9 places de SSPI. Il permet la prise en charge de patients en chirurgie digestive, orthopédique, gynécologique, ophtalmo et orl.

ORGANISATION INTERNE

Le bloc opératoire et la SSPI sont sous la responsabilité de la chef de bloc également responsable du SITASA. Il existe deux coordonnateurs médicaux au bloc opératoire et un responsable médecin anesthésiste réanimateur du SITASA. Les missions des responsables sont définies avec l'existence d'une fiche de poste. La régulation est sous la responsabilité de la chef de bloc en accord avec les coordonnateurs médicaux.

Cependant, le nombre de réunions du conseil de bloc est inférieur à celui prévu par la réglementation. Le conseil de bloc se réunit une fois par an. La charte prévoit des réunions 4 fois par an mais réglementairement il doit se réunir une fois par mois.

Les différents circuits de prise en charge sont organisés : hospitalisation programmée complète, ambulatoire et prise en charge urgente en particulier le code rouge de césarienne en urgence. Une liste des pathologies nécessitant une prise en charge sans délai est listée dans la charte de bloc.

Les ressources humaines sont adaptées à l'activité. Le bloc fonctionne avec des IADE IBODE IDE ASH. Les deux IDE de salle de réveil ont été formées en interne par les IADE et les MAR. Les nouveaux salariés sont doublés pendant plusieurs semaines.

Le SITASA fonctionne avec des IDE, des aides-soignants et un secrétariat.

Les protocoles, procédures, fiches d'interventions, modes d'emplois, documents de traçabilité sont mis à disposition des professionnels au bloc opératoire.

L'architecture du bloc opératoire permet la marche en avant. Les blocs opératoires sont équipés de système de traitement d'air. La salle de SSPI est dimensionnée en adéquation avec l'activité du bloc.

Les différents circuits des déchets du linge et la gestion de l'air et de l'eau sont organisées.

Les prélèvements réglementaires sont prévus à échéance régulière.

Les interfaces sont prévues avec les différents secteurs et en particulier des fiches suiveuses papiers accompagnant le patient. Les médecins ont la possibilité de consulter le dossier patient informatisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le plan d'action est décliné dans le secteur bloc opératoire et SITASA par l'intermédiaire de groupes de travail pluri professionnels correspondant aux axes d'améliorations définis au plan institutionnel. Des projets de services reprennent les actions définies. Les professionnels sont informés au cours de réunions de service. Les responsables soignants et médicaux assurent la conformité des pratiques par des audits (hygiène, préparation de salle, bionettoyage check-list)

Les professionnels participent au recueil d'événements indésirables et à la mise en oeuvre d'évaluations des pratiques professionnelles.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La charte du SITASA prévoit le circuit du patient depuis son entrée jusqu'à la sortie avec en particulier l'appel de la veille et du lendemain qui est tracée. Les conditions de sortie remplissent tous les paramètres de sécurité : passage concomitant du praticien et de l'anesthésiste, documents de sortie permettant le suivi d'aval, information délivrée aux patients et à leurs familles sur la procédure à suivre en cas d'événements non attendus.

Le patient est invité à visiter le SITASA lors de la consultation de pré anesthésie.

Les professionnels sont formés à leurs activités lors de formation interne et externe (congrès d'hygiène,

formation bio-nettoyage, urgence vitale, douleur, bienveillance).

Les procédures, fiches techniques sont connues des professionnels et accessibles dans des classeurs au bloc opératoire en SSPI et au SITASA.

Les interfaces sont organisées. Un dossier papier suit le patient au bloc opératoire avec les éléments médicaux nécessaires au suivi.

Les praticiens ont accès au dossier médical informatisé. Le système d'information est accessible.

Les locaux sont adaptés à l'activité : Nombre de postes de SSPI en adéquation avec le nombre de salles d'opérations ouvertes, places ouvertes au SITASA.

En cas de panne les professionnels s'adressent au service biomédical.

Le matériel d'urgence vitale est à disposition.

L'approvisionnement en matériels, DMI DMS Médicaments et produits sanguins permet de répondre à l'activité.

Les compétences et effectifs sont adaptés à l'activité dans chacun des secteurs : bloc, SSPI, SITASA.

Toutefois, l'utilisation de personnel non qualifié a été signalée. Deux personnels ne disposent pas des qualifications nécessaires. Deux aides soignantes font fonction de panseuses mais doivent partir en retraite en 2016 et 2017. Il est prévu de recruter des IDE ou IBODE.

Le conseil de bloc se réunit une fois par an bien que la charte prévoit des réunions 4 fois par an.

Les matériaux utilisés au bloc ne sont pas tous réglementaires. Il persiste des portes en bois d'aspect dégradé fermant les zones de stockage et en particulier au niveau de la zone de stockage du matériel d'orthopédie qui est située juste à côté du SAS d'entrée de la salle de chirurgie orthopédique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les compétences et effectifs sont adaptés au planning opératoire.

La continuité des soins est assurée. Les listes de gardes anesthésistes, IBODE et les astreintes des chirurgiens et des IADE sont à disposition dans les secteurs concernés.

Les différents circuits sont en place. L'architecture du bloc opératoire est sur le modèle du double circuit et permet la marche en avant.

Les circuits du matériel, du linge, et des déchets sont conformes.

La maîtrise du risque infectieux est en place : Le bio nettoyage est réalisé et tracé, la préparation de l'opéré tracé, l'antibioprophylaxie proposée en consultation de pré anesthésie administré et tracé en temps et en heure.

Les contrôles d'air, d'eau et de surface sont réalisés et tracés.

La planification est réalisée par la responsable du bloc avec les coordonnateurs médicaux.

Le programme est validé et modifié si nécessaire par la chef de bloc en particulier pour planifier les urgences.

Le consentement après discussion bénéfice risque, chirurgical et anesthésique est bien recueilli et tracé dans la fiche de suivi.

L'identité est vérifiée à chaque étape de la prise en charge.

L'échange d'information avec les secteurs selon les règles établies est effectif.

L'intimité des patients et la confidentialité sont préservés tout au long du parcours.

La check list sécurité du patient est mise en oeuvre et tracée dans le dossier patient papier.

Lors de la visite de l'EV, deux salles d'opération étaient en activité. Deux MAR et deux IADE pour l'anesthésie étaient présents. La check-list a été réalisée en trois temps.

La douleur est évaluée en SSPI à intervalle régulier ainsi qu'en post-op au SITASA.

La radioprotection est effective sous la responsabilité d'un radio compétent du service de radiologie. Les personnels du bloc ont été formés à la radioprotection.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables est effective. Elle est tracée dans le dossier médical informatisé.

L'ouverture de salles opératoires et anesthésiques est tracée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation est réalisée à l'aide des indicateurs IPAQSS, et de tableaux de bord d'activité (taux réel d'occupation des salles, taux de ré-hospitalisations, taux de reprise chirurgicale, taux d'ambulatoire (54%). Une EPP est en cours sur l'hypothermie post opératoire. Une évaluation de la satisfaction des patients dont une enquête spécifique du secteur a été réalisée. L'information aux professionnels est faite par l'intermédiaire de réunions de service d'affichage et au cours de réunions pluri professionnels sur la mise en oeuvre de projet de soins.

A / AGIR

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

Le plan d'action fait l'objet d'une réévaluation annuelle. Un bilan de l'année n-1 est réalisé et un nouveau plan d'action est mise en oeuvre pour l'année n. La diffusion dans les secteurs est assurée par la direction des soins les cadres au cours de réunion pluri professionnelles.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	Le nombre de réunions du conseil de bloc est inférieur à celui prévu par la réglementation. Le conseil de bloc se réunit une fois par an. La charte prévoit des réunions 4 fois par an mais réglementairement il doit se réunir une fois par mois.	26a
D / Disponibilité des ressources	NC	Deux personnels ne disposent pas des qualifications nécessaires. Deux aides soignantes font fonction de panseuses. Celles-ci doivent partir en retraite en 2016 et 2017. Il est prévu de recruter des IDE ou IBODE pour les remplacer.	26a
	NC	Certaines portes du bloc sont en bois et sont vétustes ce qui génère un risque pour l'hygiène. Il persiste encore des portes en bois d'aspect dégradés ouvrant sur les zones de stockage. En particulier au niveau de la zone de stockage du matériel d'orthopédie juste à coté du sas d'entrée dans la salle de chirurgie orthopédique.	26a

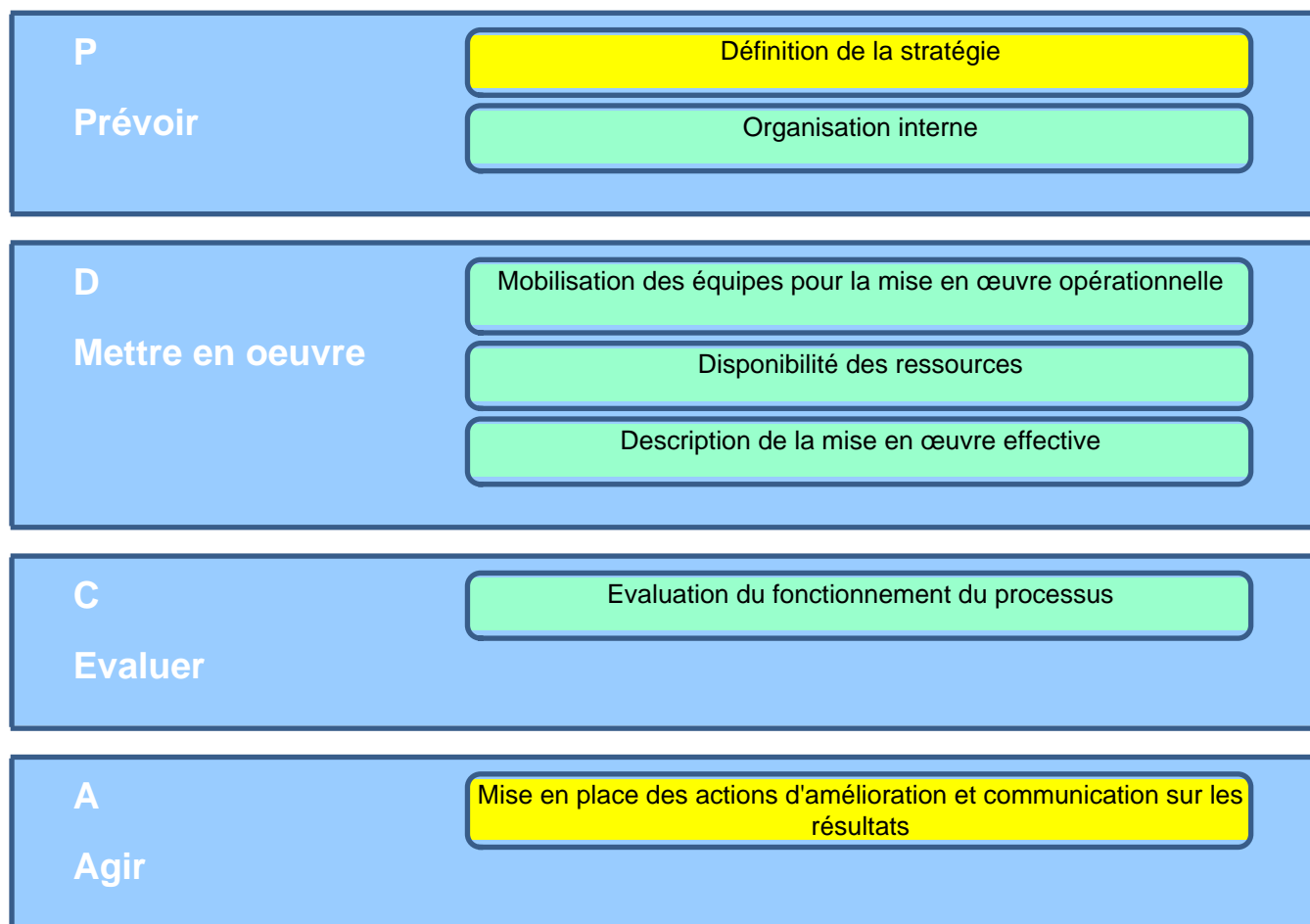
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les missions sont définies dans le projet médical et le projet de soins du projet d'établissement validé pour la période 2010-2019.

L'analyse des risques hiérarchisés est réalisée lors de réunions pluri professionnelles. Un plan d'actions en découle intégré au plan d'actions institutionnel.

L'activité d'endoscopie se déroule sur quatre sites : un site d'endoscopie digestive avec réalisation d'examen sous anesthésie générale, un site de bronchoscopie et cystoscopie et un site de d'écho-endoscopie trans-thoracique et un site d'endoscopie ORL.

Le traitement des endoscopes est décentralisé sur chaque site.

La stratégie ne repose pas sur une identification structurée des risques. L'analyse des risques ne concerne pas tous les secteurs. La cartographie des risques liés à la bronchoscopie est en cours de réalisation. L'analyse des risques ne donne pas toujours lieu à un plan d'actions. Seule l'endoscopie digestive possède un plan d'actions.

ORGANISATION INTERNE

Les différents sites d'endoscopie sont sous la responsabilité des cadres de chaque service qui assurent la régulation des activités et s'assurent de la conformité des pratiques. Des réunions communes des différents secteurs d'endoscopie sont réalisées par les cadres pour permettre l'uniformisation des pratiques.

L'établissement a identifié les ressources humaines. Un plan de formation est prévu chaque année. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées en réunions communes aux différents secteurs d'endoscopie. Les documents sont mis à disposition des professionnels par l'intermédiaire de classeurs dans les services.

Un plan de maintenance préventive et curative est défini en collaboration avec le biomédical. Les prélèvements de sécurité réglementaires (air eau et matériel) sont planifiés avec l'EOH.

Les interfaces sont prévues avec les différents secteurs sous la forme d'un dossier de demande d'endoscopie contenant les éléments permettant de réaliser la procédure dans les meilleures conditions de sécurité.

Les services d'endoscopie ont accès au dossier patient informatisé ce qui permet la mise à disposition dans le DPI des comptes rendus d'endoscopie.

Les documents de traçabilité sont prévus dans les différents secteurs.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La stratégie est déclinée au sein de secteurs d'endoscopie. Seule l'endoscopie digestive possède un véritable plan d'actions décliné dans le secteur concerné.

Des projets de services sont mis en place dans tous les secteurs d'endoscopie suivis par les cadres et au niveau institutionnel. Les professionnels participent à la rédaction de ces projets de service. Des évaluations sont réalisées pour évaluer la conformité des pratiques. Le recueil et l'analyse des événements indésirables avec implication des professionnels est en place.

Une seule EPP est réalisée dans le secteur d'endoscopie digestive.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont adaptées à l'activité. Des formations externes sont réalisées au CHU de Strasbourg et dans les instituts de formation ANFH et CERFA (plan de formation 2015).

Les nouveaux salariés bénéficient d'un tutorat de plusieurs semaines en interne et des formations externes.

Les protocoles métiers sont mis à disposition des professionnels dans des classeurs qualifiés et certains sont affichés dans les salles d'endoscopie et de désinfection.

Les locaux de désinfection sont indépendants des salles d'examen. Un traitement d'air de capacité correspondant à la réglementation est présent dans les salles de décontamination. Il existe une maintenance préventive et curative.

Les endoscopes font l'objet d'une maintenance curative et préventive tracée dans des cahiers d'endoscopes. Le matériel annexe est mis à disposition.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les procédures réglementaires pour la réintroduction des endoscopes après retour de maintenance sont en place.

Les prélèvements (air, eau, endoscopes, laveurs désinfecteurs) sont réalisés selon la réglementation. Des prélèvements d'ambiance dans les salles de désinfection sont réalisés et tracés. Les résultats sont à disposition des professionnels dans les secteurs d'endoscopies. Les tenues des professionnels sont réglementaires et permettent leur protection. Le transport des endoscopes se fait dans des bacs avec des codes couleurs permettant de différencier le propre du sale. Le stockage est réalisé dans des armoires spécifiques de façon verticale dans le service d'endoscopie digestive et dans des bacs hermétiques dans les autres secteurs. La maintenance curative et préventive est tracée dans les cahiers d'endoscopes.

Les prélèvements (air, eau, endoscopes, laveurs désinfecteurs) sont tracés dans les services. Les résultats sont à disposition des professionnels. Les tenues sont réglementaires et permettent la protection des professionnels.

Cependant, la traçabilité de l'ouverture de salle pour l'anesthésie en endoscopie digestive n'est pas assurée.

La traçabilité de l'ouverture de salle pour l'anesthésie en endoscopie digestive n'a pas été réalisée le jour de la visite du service d'endoscopie digestive. Ce type de document a bien été prévu et présenté.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation est réalisée par le suivi d'indicateurs quantitatifs : indicateurs IPAQSS, et suivi des prélèvements de sécurité.

L'audit national du GREPHH a été réalisé.

Les actions d'évaluation et d'amélioration ne sont pas réalisées dans tous les secteurs. En effet, seul le secteur de l'endoscopie digestive bénéficie d'un plan d'actions inclus dans le plan d'action de l'établissement. Une EPP a été réalisée. Des projets de service sont réalisés avec des actions définies.

La satisfaction des patients est évaluée via le questionnaire de satisfaction de l'établissement et une enquête spécifique de l'endoscopie réalisée tous les 3 ans. Les résultats des évaluations sont communiqués aux professionnels lors de réunions de services et d'affichage dans les services.

A / AGIR

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

Le plan d'actions de l'endoscopie digestive est inclus dans le plan d'action de l'établissement. Il est réévalué tous les ans suite à un bilan de l'année N-1.

En dehors de l'endoscopie digestive, les actions ne sont pas articulées avec le PAQSS. Des projets de service sont réalisés dans les autres secteurs avec des actions définies, mais ne sont pas inclus dans le PAQSS.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	NC	La stratégie ne repose pas sur une identification structurée des risques. L'analyse des risques ne concerne pas tous les secteurs. La cartographie des risques liés à la bronchoscopie est en cours de réalisation. L'analyse des risques ne donne pas toujours lieu à un plan d'action. Seul l'endoscopie digestive possède un plan d'action.	8a
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité de l'ouverture de salle pour l'anesthésie en endoscopie digestive n'est pas assurée. La traçabilité de l'ouverture de salle pour l'anesthésie en endoscopie digestive n'est pas réalisée le jour de la visite sur le service d'endoscopie digestive. Ce type de document a bien été prévu et présenté.	26b
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Les actions d'évaluation et d'amélioration ne sont pas réalisées de façon périodique dans tous les secteurs. En effet, seul le secteur de l'endoscopie digestive bénéficie d'un plan d'actions inclus dans le plan d'action de l'établissement.	26b
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	En dehors de l'endoscopie digestive, les actions ne sont pas articulées avec le PAQSS. Des projets de service sont réalisés dans les autres secteurs avec des actions définies, mais ne sont pas inclus dans le PAQSS.	26b

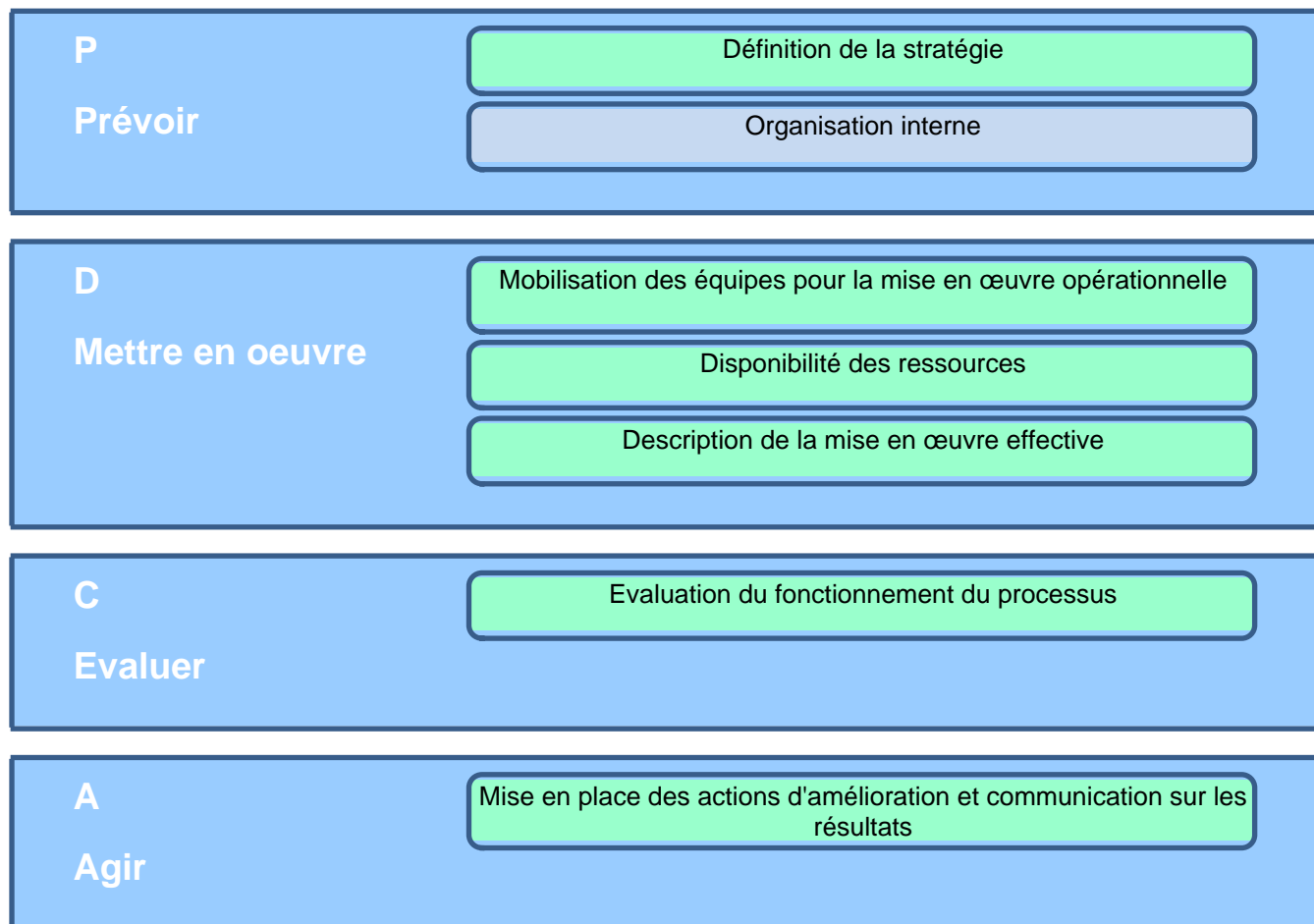
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a une autorisation pour la prise en charge obstétricale des patientes relevant d'une maternité de niveau II. L'autorisation a été renouvelée en 2007. L'établissement a formalisé la coopération avec le CHU de Strasbourg pour les patientes relevant d'une maternité de niveau III. L'établissement adhère au réseau régional "Naître en Alsace".

Les objectifs sont formalisés dans le volet maternité du projet d'établissement 2015/2019.

Les orientations prennent en compte le risque foetomaternel, compte tenu du niveau II de la maternité.

Le secteur "salle de naissance" dispose de trois salles de naissance, d'une salle de pré travail, d'une salle d'enregistrement du rythme cardio foetal, d'une salle de pré travail "nature", d'une salle de réanimation du nouveau né, d'une salle d'examen, d'une salle de consultation sage femme, d'une salle de repos, d'une salle d'attente et de bureaux.

Le bloc opératoire est accessible rapidement par un ascenseur spécifique situé à la sortie de la salle de naissance.

Le secteur salle de naissance a recensé ses risques dans une cartographie débutée en 2012 et dont la dernière actualisation date de 2015.

Il a utilisé les données issues des indicateurs nationaux, des événements indésirables, d'une évaluation selon la méthodologie patient traceur et de l'autoévaluation du secteur réalisée en mars 2015 selon le référentiel du manuel de certification V 2010.

Ces risques sont classés, les moyens de prévention existants sont précisés, les risques sont cotés en terme de criticité. Les causes, conséquences et les propositions d'actions sont recherchées. Les professionnels ont été associés à l'élaboration de la cartographie des risques.

Les actions d'amélioration identifiées sont suivies, certaines sont intégrées au PAQSS de l'établissement (onglet "COVIR" et onglet "services" pour le service d'obstétrique).

Les 3 risques identifiés dans le compte qualité sont issus des recommandations professionnelles récentes (suite à un EIG survenu en salle de naissance dans un établissement de santé), de la cartographie des risques et de l'autoévaluation mars 2015. Dans le compte qualité les risques ont été cotés et hiérarchisés selon la méthodologie HAS. Tous les risques identifiés sont assortis d'un plan d'actions. Toutes les actions prévues dans le compte qualité ont été mises en œuvre.

Les actions ont été validées par le COVIR.

Cependant, le service n'a pas formalisé un programme d'action exhaustif et articulé avec le PAQSS de l'établissement.

Le PAQSS de l'établissement ne comporte pas d'onglet salle de naissance, les actions d'amélioration identifiées en salle de naissance ne sont pas retrouvées de manière exhaustive dans le PAQSS.

Le PAQSS ne donne pas une vision exhaustive des plans d'actions de l'établissement (il ne reprend qu'une partie des actions d'amélioration menées en SDN).

ORGANISATION INTERNE

Les responsables de la mise en œuvre du programme sont le médecin obstétricien membre du COVIR et du COPIL, en concertation avec le chef de service et la sage femme chargée de la coordination. Les rôles et les responsabilités de ces professionnels sont identifiés et connus des professionnels de terrain et des responsables de l'établissement. La régulation des activités est réalisée par le chef de service et la sage femme coordinatrice des soins. Elle permet le respect des organisations dans l'objectif de sécurisation de la prise en charge des patientes prises en charge de manière programmée ou en situation d'urgence

Le secteur salle de naissance a mis en place une organisation pour répondre à la sécurisation de la prise en charge obstétricale.

Cette organisation fait l'objet d'une procédure dans le classeur de protocoles: "organisation salle de naissance".

L'établissement est organisé pour répondre aux besoins en terme de ressources humaines (remplacements, maintien des effectifs réglementaires, planning de gardes et astreintes), il existe un plan de formation annuel des professionnels.

Les ressources en matériel en salle de naissance sont conformes aux besoins et la maintenance est assurée par le service biomédical. Le contrôle des salles est formalisé par une procédure .

La gestion documentaire est organisée en terme de procédures, protocoles et documents de traçabilité. La participation au réseau "naître en Alsace" permet l'optimisation de la gestion documentaire.

Une organisation spécifique est en place pour la prise en charge des césariennes en fonction du degré d'urgence.

Les interfaces sont organisées entre le secteur salle de naissance, le bloc opératoire, le service de gynécologie, le service de pédiatrie, le service d'anesthésie et le laboratoire d'analyse médicale interne. Les circuits entre les différents secteurs sont définis et adaptés au degré d'urgence.

La coordination et les échanges d'informations sont organisés avec la pédiatrie et le bloc opératoire en

cas d'urgence (souffrance néonatale, hémorragie). L'organisation en place avec le laboratoire permet de disposer des produits de transfusion en urgence.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le secteur de naissance est inscrit dans une démarche d'évaluation des pratiques, d'analyse des risques et d'adaptation de ses pratiques au regard des évolutions des recommandations. Les actions d'amélioration sont recherchées avec les professionnels de terrain. Un plan d'action spécifique au secteur est mis en œuvre.

Les professionnels sont sensibilisés au moment des réunions de service trimestrielles.

Les pratiques sont évaluées au travers de la participation aux RMM, EPP et IPAQSS salle de naissance. Le retour aux professionnels de terrain des résultats est formalisé. Le recueil des événements indésirables est en place avec retour aux professionnels déclarants par mail ou courrier. Un patient traceur "césarienne" a été réalisé en décembre 2015.

Les actions correctrices sont recherchées avec les professionnels de terrain au regard des dysfonctionnements, des évolutions de réglementation et des évaluations (EPP, indicateurs).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence sont prévues: Le personnel intervenant en salle de naissance est conforme à la réglementation: une sage femme de garde 24/24, une sage femme en 8h/15h, une sage femme en renfort sur le service de néonatalogie, une auxiliaire de puériculture 24/24, un médecin gynécologue obstétricien en garde ou astreinte opérationnelle 24/24, un anesthésiste en garde 24/24.

L'équipe est composée de 26 sage femmes, 19 auxiliaires de puériculture, 8 IDE, 7 médecins dont 5 gynécologues obstétriciens, un gynécologue médical et un médecin de médecine générale assistés de 4 internes en médecine.

Les formations sont prévues et intégrées au plan de formation de l'établissement (pour exemple: analyse du rythme cardiofoetal, manœuvres obstétricales, prise en charge du nouveau né en salle de naissance, acupuncture).

Les professionnels participent aux congrès de spécialité et aux journées de formation du réseau "naître en Alsace". Un atelier de simulation de réanimation en salle de naissance a été réalisé en 2015, 40 professionnels y ont participé.

Les locaux sont adaptés.

Les équipements sont disponibles en salle de naissance: échographe, chariot urgence, matériel de réanimation du nouveau né, matériel de surveillance du fœtus (RCF, PHmètre..), mesure rapide du taux d'hémoglobine. Un matériel spécifique est disponible pour le confort des patientes à faible risque en salle "nature".

Le système documentaire est disponible sous format papier. Les procédures sont actualisées et adaptées aux évolutions des pratiques.

Les pratiques professionnelles sont formalisées dans le classeur: "protocoles médicaux". Ces procédures sont conformes aux recommandations de bonne pratique et élaborées en coopération avec le réseau régional.

Les situations d'urgence sont formalisées (pour exemple: césarienne avec codes couleurs prenant en compte le degré d'urgence, hémorragie du post partum, embolie amniotique, conduite à tenir en cas de liquide méconial..)

Les protocoles prennent en compte les situations spécifiques (pour exemple: accouchement sous le secret)

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge des patientes et des nouveaux nés est réalisée en conformité avec les protocoles. La traçabilité est organisée et réalisée.

Concernant la traçabilité des activités des soins obstétricaux: le suivi de la patiente est tracé dans le dossier "AUDIPOG" initié en suivi de grossesse, le suivi du travail est réalisé sur un partogramme, les items relatifs à la prévention, au diagnostic et à la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance sont suivis. Les indicateurs IPAQSS évaluant la prévention et la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance sont en progression avec des scores entre 69 et 88 %.

Concernant la traçabilité des soins du nouveau né, elle est réalisée sur le carnet de santé et sur le document "feuille de prise en charge du nouveau né". Ce document est également un document de liaison en cas de transfert en néonatalogie.

La traçabilité des vérifications est assurée (chariot urgence, vérification des salles, maintenance et contrôle du matériel).

L'identification de la maman et du bébé sont conformes (bracelet d'identification simple pour la maman et double pour le nouveau né).

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

La sage femme trace l'autorisation de transfert de la patiente dans le service. Ce transfert est organisé en collaboration avec le service d'obstétrique et le dossier de la maman et du nouveau né sont transmis.

En cas de transfert du nouveau né en néonatalogie, le pédiatre se déplace en salle de naissance. La

présence du pédiatre est anticipée en cas de situation à risque pour l'enfant (organisation constatée lors du patient traceur enfant qui concernait un enfant jumeau de petit poids).

En cas de césarienne programmée ou en urgence les organisations prévues sont appliquées. Le bloc obstétrical est accessible par ascenseur spécifique et permet un accès rapide malgré l'absence de contiguïté.

Les délais de réalisation de césarienne ont été évalués dans le cadre de l'EPP.

Les transferts extérieurs sont réalisés selon les procédures et les coopérations formalisées.

L'interface avec le laboratoire est organisée pour les examens biologiques en urgence et pour la mise à disposition de produits sanguins en urgence.

Des staffs et des réunions de coordination sont organisés :

Réunions de service, réunions de pôle (3 fois par an), staff quotidien, réunion hebdomadaire avec le service de néonatalogie, staff de coordination pour les grossesses à risque et césariennes.

L'établissement organise également un staff mensuel avec les professionnels médico-psycho-sociaux du secteur pour le suivi des patientes présentant des difficultés psychosociales.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement est engagé dans une démarche d'évaluation. Le recueil des IPAQSS salle de naissance est réalisé. Des RMM sont organisées, elles font l'objet de comptes rendus et d'un bilan d'activité annuel formalisés.

Le secteur salle de naissance réalise des évaluations de pratiques professionnelles : cartographie des risques en salle de naissance, évaluation de la tenue du partogramme, évaluation de la pertinence des codes couleurs et des délais de réalisation des césariennes.

A / AGIR

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

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

La diffusion du PAQSS annuel est réalisée sur l'intranet de l'établissement

La communication des résultats et actions est réalisée en interne en réunion de service et par les diffusions des compte rendus de réunions sur intranet.

L'affichage des IPAQSS est réalisé à destination des professionnels et des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	<p>Le service n'a pas formalisé un programme d'action exhaustif et articulé avec le PAQSS de l'établissement.</p> <p>Le PAQSS de l'établissement ne comporte pas d'onglet salle de naissance, les actions d'amélioration identifiées en salle de naissance ne sont pas retrouvées de manière exhaustive dans le PAQSS.</p> <p>Le PAQSS ne donne pas une vision exhaustive des plans d'actions de l'établissement (il ne reprend qu'une partie des actions d'amélioration menées en SDN).</p>	26b

ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	P / Définition de la stratégie	PS	L'établissement n'a pas mis en place d'évaluation des risques a priori opérationnelle sur l'ensemble des secteurs d'activité ou des thématiques, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement. L'analyse des risques n'a pas porté sur une méthodologie a priori. Seules des cartographies des risques a posteriori ont été élaborées pour les secteurs à risques (bloc opératoire, endoscopie, réanimation, salle de naissance, urgence). La méthodologie utilisée pour alimenter le compte qualité (auto-évaluation) des thématiques, ne permet pas l'identification des risques mais une identification d'écarts au regard du manuel de certification (sauf maîtrise du risque infectieux).	8d
		PS	L'ensemble des mesures d'amélioration ne sont pas toutes déclinées dans le programme institutionnel. Les plans d'actions élaborés au regard des cartographies des risques des secteurs à risques pour chacune des thématiques n'alimentent pas régulièrement le programme d'actions institutionnels. De plus le PAQSS ne comprend pas la totalité des actions présentées dans le compte qualité.	8a
	D / Disponibilité des ressources	PS	La Gestion documentaire ne permet pas un accès facilitant aux documents. Le système de gestion documentaire étant sous format papier, conséquente et regroupée dans un nombre important de classeurs ne permet pas un accès facilité aux documents. Malgré le système mis en place, quelques procédures et protocoles ne sont pas à jour dans les classeurs. Il a été observé lors des audits de processus, que certains documents pourtant diffusés par la cellule qualité, n'étaient pas classés dans les classeurs du service de soins. De plus il est difficile pour les professionnels d'accéder aux documents (plusieurs classeurs/ arborescences complexes).	5c
Gestion du risque infectieux	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Le respect des règles d'hygiène et la sécurité du personnel, n'est pas suivi sur la totalité du circuit. Le système mis en place ne permet pas de garantir le respect de la réglementation en vigueur sur l'ensemble du processus d'élimination des déchets Il a été constaté au cours de la visite un chariot cage contenant des sacs DASRI et des sacs DAOM. Ce chariot ouvert et chargé était dans le hall d'un service de soins sans surveillance. Après vérification de l'ensemble des circuits, les chariots sont entreposés généralement dans un local identifié dans les services mais non fermés à clés (sauf services des urgences). Les	8g

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			chariots (recueillant les sacs identifiés à l'aide d'étiquettes) sont ouverts (cages). Ils recueillent les 2 types de déchets. Ces déchets sont ensuite transportés par du personnel propre au service de soins dans un autre local intermédiaire situé dans le bâtiment. L'agent hospitalier est alors chargé de trier les sacs pour les déposer dans des collecteurs spécifiques l'exposant à un risque professionnel.	
Droits des patients	D / Disponibilité des ressources	NC	Les conditions d'hébergement ne permettent pas le respect de la dignité et de l'intimité des patients sur le SSR et SLD. Pas de présence systématique de paravents dans les chambres double : Au cours des audits de processus, il a été observé que les chambres doubles n'étaient pas dotées de paravents, notamment dans les prises en charge de SLD ou SSR, où les patients sont hospitalisés pour de longue durée. Malgré les précautions prises par les professionnels lors notamment des toilettes intimes, des soins et de la formation des professionnels, les conditions architecturales ne permettent de respecter l'intimité et la dignité du patient. Ce risque est identifié par l'établissement. Le sujet est régulièrement développé aux seins des instances notamment le comité éthique.	10b
Parcours du patient	P / Définition de la stratégie	PS	L'analyse des risques a priori n'est pas réalisé. L'analyse des risques n'a pas porté sur une méthodologie a priori. Les pilotes ont indiqué qu'il n'y avait pas de cartographie des risques formalisée pour cette thématique. L'établissement s'est appuyé sur l'autoévaluation type V 2010 et des missions de leur établissement pour définir des écarts et développer son plan d'actions.	8a
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les projets personnalisés de soins ne sont pas développés dans tous les secteurs. Un projet personnalisé de soins réévalué en réunion pluri-professionnelle n'est pas en place en dehors du SSR, de l'unité de soins de longue durée et des patients inclus dans un programme d'éducation thérapeutique. L'observation faite lors d'un patient traceur montre l'absence de traçabilité des réunions pluri professionnelles.	17a
Dossier patient	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les prescriptions de biologie ne sont pas conformes. Elles ne comportent pas les renseignements cliniques. L'observation du patient traceur en SSR gériatrique a mis en évidence des examens de laboratoire pour lesquels les renseignements cliniques ne sont pas renseignés. Dans la plupart des services, les prescriptions de laboratoire sont, soit saisies sur le logiciel, soit réalisées sur la fiche de prescription en format papier. Les IDE saisissent alors les renseignements dans le logiciel du laboratoire. Les biologistes ont toutefois accès au dossier patient informatisé.	14a
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	P / Définition de la stratégie	PS	La cartographie des risques de la prise en charge médicamenteuse à priori et à posteriori n'est pas formalisée de façon exhaustive. Les risques identifiés par l'établissement par différentes sources ne sont pas intégrés dans une cartographie des risques à priori et à postériori, suivi et actualisée comme il est décrit dans l'arrêté du 6	20a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			avril 2011.	
		PS	La stratégie de prise en charge médicamenteuse du sujet âgé n'est pas formalisée. la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient rédigée en 2012 et le projet d'établissement 2015/2019 volet pharmacie ne comportent pas de dispositions spécifiques pour la personne âgée.	20b
	D / Disponibilité des ressources	PS	Les locaux de la PUI ne permettent pas de réaliser le dé-cartonnage et la rétrocession de manière conforme Il n'existe pas de zone de dé-cartonnage dédiée. Le dé cartonnage est réalisé dans l'entrée de la PUI en continuité directe avec les lieux de stockage des médicaments. Le guichet de rétrocession est ouvert sur la zone de stockage des médicaments et sur la zone de dé cartonnage (entrée de la PUI). Les patients qui entrent à la pharmacie pour la rétrocession traversent la zone de dé cartonnage.	20a
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité de l'administration du médicament par les IDE est anticipée dans les services de pneumologie, gynécologie/obstétrique et en USLD. Cette traçabilité est réalisée à la préparation des piluliers pour des raisons invoquées de lenteur de l'outil informatique. Cette traçabilité n'est donc pas réalisée en temps réel à l'administration. Elle n'est donc pas conforme dans ces services. Ce risque lié à l'administration avait été repéré dans l'audit AMDEC. Il a été corrigé dans certains services, la généralisation à l'ensemble de l'établissement est prévu mais pas encore réalisé.	20a bis
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire	P / Organisation interne	NC	Le nombre de réunions du conseil de bloc est inférieur à celui prévu par la réglementation. Le conseil de bloc se réunit une fois par an. La charte prévoit des réunions 4 fois par an mais réglementairement il doit se réunir une fois par mois.	26a
	D / Disponibilité des ressources	NC	Deux personnels ne disposent pas des qualifications nécessaires. Deux aides soignantes font fonction de panseuses. Celles-ci doivent partir en retraite en 2016 et 2017. Il est prévu de recruter des IDE ou IBODE pour les remplacer.	26a
		NC	Certaines portes du bloc sont en bois et sont vétustes ce qui génère un risque pour l'hygiène. Il persiste encore des portes en bois d'aspect dégradés ouvrant sur les zones de stockage. En particulier au niveau de la zone de stockage du matériel d'orthopédie juste à coté du sas d'entrée dans la salle de chirurgie orthopédique.	26a
Management de la prise en charge du patient en endoscopie	P / Définition de la stratégie	NC	La stratégie ne repose pas sur une identification structurée des risques. L'analyse des risques ne concerne pas tous les secteurs. La cartographie des risques liés à la bronchoscopie est en cours de réalisation. L'analyse des risques ne donne pas toujours lieu à un plan d'action. Seul l'endoscopie digestive possède un plan d'action.	8a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité de l'ouverture de salle pour l'anesthésie en endoscopie digestive n'est pas assurée. La traçabilité de l'ouverture de salle pour l'anesthésie en endoscopie digestive n'est pas réalisée le jour de la visite sur le service d'endoscopie digestive. Ce type de document a bien été prévu et présenté.	26b
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Les actions d'évaluation et d'amélioration ne sont pas réalisées de façon périodique dans tous les secteurs. En effet, seul le secteur de l'endoscopie digestive bénéficie d'un plan d'actions inclus dans le plan d'action de l'établissement.	26b
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	En dehors de l'endoscopie digestive, les actions ne sont pas articulées avec le PAQSS. Des projets de service sont réalisés dans les autres secteurs avec des actions définies, mais ne sont pas inclus dans le PAQSS.	26b
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance	P / Définition de la stratégie	PS	Le service n'a pas formalisé un programme d'action exhaustif et articulé avec le PAQSS de l'établissement. Le PAQSS de l'établissement ne comporte pas d'onglet salle de naissance, les actions d'amélioration identifiées en salle de naissance ne sont pas retrouvées de manière exhaustive dans le PAQSS. Le PAQSS ne donne pas une vision exhaustive des plans d'actions de l'établissement (il ne reprend qu'une partie des actions d'amélioration menées en SDN).	26b



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Ce document a vocation à être publié dans le rapport de certification. Il vous est donc demandé de ne pas en modifier la forme, notamment en ajoutant ou en supprimant des items.

Il doit être retourné complété à la HAS, au format Word.

FICHE INTERFACE V2014 ARS – HAS

À REMPLIR PAR LA HAS

VISÉE PAR LA HAS LE :

À REMPLIR PAR L'ARS

TRANSMISE À LA HAS LE : 1^{ER} OCTOBRE 2015

IDENTITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : CENTRE HOSPITALIER
SAINTE CATHERINE

N° DE DÉMARCHE : 30842
(4 OU 5 CHIFFRES MENTIONNÉS SUR
LES COURRIERS DE LA HAS)

N° FINESS : 670780345

TYPE D'ÉTABLISSEMENT : CH

PARTIE 1 : ÉLÉMENTS D'INFORMATION SUR L'ÉTABLISSEMENT

PILOTAGE & STRATEGIE

*Ces informations ont vocation à apporter un éclairage sur le contexte de votre établissement.
Elles seront utiles à la préparation de votre cycle de certification, notamment lors de l'analyse de votre compte-qualité.*

PILOTAGE DEPUIS LA DERNIÈRE CERTIFICATION

Y a-t-il eu des changements dans le pilotage général (Directeur, PDG, Président de CME, Président du CA...) : oui non
Si oui, précisez qui (fonction) et depuis quand : Changement de président du Conseil de Surveillance en date du 23 mai 2013

Avez-vous nommé un coordonnateur général des risques associés aux soins ? oui non
Si oui, précisez qui (fonction) et depuis quand : Dr Nicolae FANATAN, praticien hospitalier au service de médecine 2, nommé depuis le 07 février 2011

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

OBSERVATIONS ARS

Signé ☞ période de validité : 2012-2016 En cours de signature Si non, pourquoi :

CONTRAT DE BON USAGE DES MÉDICAMENTS (Document à joindre dans son intégralité via SARA)

OBSERVATIONS ARS

Validité : 2014-2018
Sanction éventuelle prononcée par l'ARS : oui non

Le Centre hospitalier de Saverne à l'issue de l'évaluation du rapport d'étape portant sur l'année 2014 a obtenu un score de 96 /100.
Une seule remarque a été formulée à l'établissement. Celle-ci portait sur le développement des liens ville-hôpital en vue d'assurer la continuité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse à partir de l'hospitalisation

MODIFICATION DE REGIME JURIDIQUE (REGROUPEMENT, FUSION, RACHAT, REVENTE, ABSORPTION, GCS ES...)

OBSERVATIONS ARS

Sous quelles modalités, avec qui ?

Réalisé, dates :

Pas de modification

/	Prévu : Domaine :	
---	----------------------	--

PRINCIPALES COOPERATIONS* (CONVENTIONS, PARTENARIATS, CHT, GCS DE MOYEN...)		OBSERVATIONS ARS
Sous quelles modalités, avec qui ? GCS e-Santé Alsace avec 41 établissements de santé d'Alsace	Réalisé, dates : 10/08/2007 Prévu : Domaine : systèmes d'information	
Sous quelles modalités, avec qui ? Communauté Hospitalière du Territoire Nord Alsace avec les hôpitaux de : Haguenau, Wissembourg et Bischwiller	Réalisé, dates : 30/06/2014 Prévu : Domaine : coopération entre établissements	
Sous quelles modalités, avec qui ? GCS Biopan avec les hôpitaux de : Haguenau et Wissembourg Intégration de l'hôpital de Sarrebourg le 24/06/2014	Réalisé, dates : 06/11/2012 Prévu : Domaine : Laboratoire	
Sous quelles modalités, avec qui ? Adhésion au SIH Moselle Sud dans le cadre de la prestation blanchisserie externalisée	Réalisé, dates : 01/09/2014 Prévu : Domaine : Blanchisserie	
Sous quelles modalités, avec qui ? Conventions de coopération avec le centre hospitalier de Haguenau pour la cardiologie et la pneumologie	Réalisé, dates : 01/07/2000 Prévu : Domaine :	
Sous quelles modalités, avec qui ? Convention de coopération avec les hôpitaux universitaires de Strasbourg relative à la prise en charge des urgences pré hospitalières	Réalisé, dates : 05/04/2002 Prévu : Domaine :	
Sous quelles modalités, avec qui ? Convention de coopération avec les hôpitaux universitaires de Strasbourg concernant la prise en charge des urgences en neurochirurgie, chirurgie cardiaque, chirurgie maxillo faciale, chirurgie de la main et interprétation des EEG urgents	Réalisé, dates : 07/11/2001, avenants du 28/01/2004 et du 23/09/2004 Prévu : Domaine :	
Sous quelles modalités, avec qui ? Convention de coopération avec les hôpitaux universitaires de Strasbourg relatives aux activités d'obstétriques, néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale	Réalisé, dates : 19/11/2002 Prévu : Domaine :	
Sous quelles modalités, avec qui ? Convention de coopération entre le SAMU 67 (hôpitaux universitaire de Strasbourg) et le SMUR du Centre Hospitalier de Saverne	Réalisé, dates : 24/06/2011 Prévu : Domaine :	

Sous quelles modalités, avec qui ? Convention d'organisation de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) avec les hôpitaux universitaires de Strasbourg	Réalisé, dates : 22/07/2014 Prévu : Domaine :	
Sous quelles modalités, avec qui ? Convention de coopération avec l'EPSAN concernant la prise en charge des urgences psychiatriques	Réalisé, dates : 03/03/2009 Prévu : Domaine :	
Sous quelles modalités, avec qui ? Convention de Coopération entre le secteur de psychiatrie infanto-juvénile de l'EPSAN et le service de pédiatrie du CH de Saverne	Réalisé, dates : 22/07/2013 Prévu : Domaine :	
Sous quelles modalités, avec qui ? Conventions relatives à la prise en charge des patients nécessitant une prise en charge en réanimation avec les centres hospitaliers de Wissembourg et Sarrebourg et avec la clinique Saint François	Réalisé, dates : 23/06/2009 Prévu : Domaine :	

*Une ligne par convention : ajouter autant de lignes que nécessaire

RECOMPOSITION HOSPITALIÈRE DEPUIS LA DERNIÈRE CERTIFICATION			OBSERVATIONS ARS
Arrêt ou transfert d'une ou plusieurs activités autorisées :	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Si oui, laquelle ? : Depuis quand :	
Création de nouvelles activités autorisées :	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input checked="" type="checkbox"/> Si oui, laquelle ? : Depuis quand : Education thérapeutique du patient atteint d'asthme (20/01/2014) Education thérapeutique et réentraînement à l'effort (20/01/2014) Education thérapeutique : prévention des maladies cardiovasculaires / éducation à la santé – Nutrition dans le pays de Saverne (23/12/2010 – renouvellement d'autorisation en date du 15/12/2014)	
Suspension d'activité(s)	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Si oui, laquelle ? : Depuis quand :	Réduction de 12 lits de médecine en 2014.

Reconversion	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Si oui, laquelle ? : Depuis quand :	
Installation dans de nouveaux locaux	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> A quelle date ?	

MISSIONS DILIGENTÉES (IGAS, CONSEILLERS GÉNÉRAUX DES ETABLISSEMENTS, COMMISSION REGIONALE DES COMPTES...) DEPUIS LA DERNIÈRE ITÉRATION DE LA PROCÉDURE				OBSERVATIONS ARS
THÉMATIQUE CONCERNÉE	OPÉRATEUR	DATES	CONCLUSION	
/				

RECONNAISSANCES ET EVALUATIONS EXTERNES/INSPECTIONS ET CONTROLES				OBSERVATIONS ARS
TYPE DE RECONNAISSANCE	SECTEURS OU ACTIVITÉS CONCERNÉES	OPÉRATEUR	DATES	
Accréditation laboratoire COFRAC	Laboratoire	COFRAC	En cours Visite d'accréditation prévue en 2016	
Certification ISO	/			
Accréditation JACIE	/			
Labellisation Centre de Maladies Rares	/			
Autres reconnaissances externes : ...	/			

ENGAGEMENT DANS DES PROGRAMMES D'AMELIORATION			OBSERVATIONS ARS
THÉMATIQUE CONCERNÉE	OPÉRATEUR	DATES	
/	ANAP		
Candidature au programme d'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité – 2 ^{ème} phase	IFAQ	26 juin 2014	
/	Programme de recherche sur la performance du système des soins (PREPS)		
/	Autre(s) :		

COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT SUR LA PARTIE PILOTAGE ET STRATEGIE

COMMENTAIRES DE L'ARS SUR LA PARTIE PILOTAGE ET STRATEGIE

Changement de président du Conseil de Surveillance en date du 23 mai 2013 ; c'est M. Leyenberger Stéphane, Maire de Saverne, qui a été désigné par arrêté du 12 avril 2013.

M. Werlé directeur du centre hospitalier de Saverne, assure également la direction par intérim de l'EHPAD de Sarre-Union depuis le 18 février 2015.

INSTANCES ET COMITES

*Ces informations ont vocation à apporter un éclairage sur les acteurs stratégiques et opérationnels de votre organisation.
Elles seront utiles à la compréhension de votre fonctionnement et à l'élaboration du calendrier de visite.*

LISTE DES INSTANCES DE PORTEE GENERALE*					OBSERVATIONS ARS
<i>Objectif : Identifier les instances de l'établissement et définir les acteurs qui seront rencontrés durant la visite.</i>					
INSTANCES DE PORTEE GENERALE* <i>(ou équivalent dans votre structure)</i>	NOMBRE DE REUNIONS PAR AN (SUR LES TROIS DERNIERES ANNEES ECOULEES)			COMMENTAIRES	PRESENCE DES USAGERS OUI/NON
	2012	2013	2014)		
CA / Conseil de Surveillance	2	3	3		OUI
Conseil exécutif / Directoire	3	4	2		NON
CE / CTE (<i>Comité Technique d'Etablissement</i>)	3	3	3		NON
CHSCT	4	4	4		NON
CME	5	4	3		NON
DS (<i>Direction des Soins</i>) / CSIRMT (<i>Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques</i>)	3	3	3		NON
CRUQPC	4	4	4		OUI

**Une ligne par instance : ajouter autant de lignes que nécessaire*

LISTE DES STRUCTURES SPECIALISEES*				OBSERVATIONS ARS
STRUCTURES (COMMISSIONS, COMITES) EN CHARGE DE		NOMBRE DE REUNIONS 2014	COMMENTAIRES	
THEMATIQUES	NOM USUEL DE LA STRUCTURE DANS L'ES			
Qualité / Gestion des risques	COPIL COVIR	0 2		
Infections nosocomiales / Evènement Indésirable Associé aux Soins (EIAS)	CLIN	3		
Coordination des vigilances	COVIR	2		
Médicament et Dispositifs Médicaux	COMEDIMS	3		
Lutte contre la douleur	CLUD	3		
Conseil de bloc ou équivalent	Conseil de bloc	3		
Nutrition (CLAN ou équivalent)	CLAN	2		
EPP	Sous-commission médicale DPC/EPP	4		
Information médicale	Sous-commission d'information médicale	3		
Sécurité transfusionnelle	CSTH	1		2 réunions CSTH en 2014 : 14/03/2014 et 11/12/2014
Ethique	Comité d'éthique	1		
Anti-infectieux	Comité anti-infectieux	3		

*Une ligne par thématique : ajouter autant de lignes que nécessaire

ACTIVITES

Nous attirons votre attention sur la nécessité de vérifier l'exactitude des données ici précisées.

Nous vous invitons par ailleurs à indiquer toute information utile relative à des évolutions d'activité, récentes ou prévisibles, en utilisant la case « Commentaires » prévue à cet effet.

ACTIVITÉS DE SOINS AUTORISEES			OBSERVATIONS ARS
Activité de médecine	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Activité de chirurgie en hospitalisation complète	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Activité de chirurgie ambulatoire	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Activité de chirurgie esthétique	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non	
Activité de gynécologie-obstétrique	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Activité de néonatalogie	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Activité de réanimation néonatale	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non	
Activité de psychiatrie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non	
Activité de soins de suite et réadaptation	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Activité de soins de longue durée	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Hospitalisation à domicile	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non	
Transplantation d'organes et greffes de moelle osseuse	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non	
Traitement des grands brûlés	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non	
Chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non	
Surveillance continue	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non	
Neurochirurgie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non	
Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non	
Médecine d'urgence	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Réanimation	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Anesthésie	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Soins intensifs	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non	

Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non	
Activités cliniques d'assistance médicale à la procréation (AMP), activités biologiques d'AMP, recueil, traitement, conservation et cession de gamètes issus de don, activités de diagnostic prénatal	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non	
Pharmacie à usage intérieur	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Activité de reconstitution des cytostatiques	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Unité centralisée ?	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Traitement du cancer : - par chirurgie, - par chimiothérapie, - par radiothérapie. - utilisation de radioéléments	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/> non	

SECTEUR A RISQUES		OBSERVATIONS ARS
Radiothérapie	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Médecine nucléaire	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Endoscopie	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Salle de naissance	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Electroconvulsivothérapie	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Technique Interventionnelle utilisant l'Imagerie Médicale	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Balnéothérapie	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	

COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT SUR LA PARTIE ACTIVE

COMMENTAIRES DE L'ARS SUR LA PARTIE ACTIVE

RELATIONS AVEC LES USAGERS

PLAINTES / CONTENTIEUX *

OBSERVATIONS ARS

Nombre (2014) : 2

Nombre (2013) : 1

** Alors que la plainte peut conduire à une action en justice permettant un dédommagement, la réclamation porte sur des revendications au sein de l'établissement.*

RÉCLAMATIONS

OBSERVATIONS ARS

Nombre (2014) : 49

Nombre (2013) : 47

COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT SUR LA PARTIE RELATIONS AVEC LES USAGERS

Au niveau des 49 réclamations enregistrées en 2014, seules 32 sont des réelles réclamations liées à la prise en charge. 17 réclamations représentent des contestations de facture en lien avec le régime particulier.

COMMENTAIRES DE L'ARS SUR LA PARTIE RELATIONS AVEC LES USAGERS

PARTIE 2 : BILAN DES CONTRÔLES EFFECTUÉS ET INSPECTIONS CONCERNANT LA SÉCURITÉ SANITAIRE

Retrouvez toutes les informations explicatives dans le Guide « Sécurité sanitaire dans les établissements de santé »

<http://www.sante.gouv.fr/securite-sanitaire-dans-les-etablissements-de-sante-la-reglementation-applicable.html>

La fiche interface doit reprendre chacune des structures identifiées dans le VIPES.

- 1 FINESS ES = 1 fiche

Pour les établissements multi sites, ce tableau est donc à dupliquer pour chaque site.

Cas particuliers :

- Si deux FINESS ont la même adresse, ne faire qu'une fiche.
Ex : CH 000000000 - 8 rue des Pins et USLD 000000001 - 8 rue des Pins, alors 1 seule fiche.

Les informations contenues ci-dessous ont vocation à apporter un éclairage sur le niveau de sécurité sanitaire de votre établissement.

Pour les 3 items suivants : sécurité incendie, stérilisation, hygiène alimentaire, mentionnez uniquement, dans la colonne « Organisme de contrôle » les contrôles réalisés par des organismes et corps d'inspection de l'Etat.

***Pour les autres items, mentionnez en priorité les contrôles réalisés par des organismes et corps d'inspection de l'Etat.
A défaut, mentionnez les contrôles effectués par des sociétés privées agréées.***

DOMAINES DE SÉCURITÉ NE PAS AJOUTER NI SUPPRIMER D'ITEMS	ORGANISME DE CONTRÔLE <i>Aucune case ne doit rester vide :</i> - Indiquez « NC » si vous n'êtes pas concernés, - Indiquez « Activité sous-traitée » si l'activité est sous-traitée, - Indiquez « Aucun contrôle réalisé » si vous êtes concernés sans qu'aucun contrôle n'ait eu lieu.	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT <i>Utilisez cette colonne pour toute information utile à la compréhension, et pour indiquer les contrôles menés en interne, notamment lorsque vous n'avez pas eu de contrôle externe sur un item.</i>	OBSERVATIONS ARS
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE		
			N'oubliez pas de cocher toutes les cases utiles. Ces informations sont indispensables à l'instruction de votre dossier								
Pour la sécurité incendie : uniquement organismes et corps d'inspection de l'Etat Sécurité incendie * - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission d'Arrondissement pour la Sécurité contre les risques d'Incendie et de Panique dans les ERP	6-7-8 octobre 2014	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	SOCOTEC ARS	27/05/2014 13-14 mars 2014	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	En attente du rapport	Le risque lié à l'amiante est géré au sein de l'établissement.
Circuit du médicament	« Aucun contrôle réalisé »		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pour la stérilisation : uniquement organismes et corps d'inspection de l'Etat Stérilisation des dispositifs médicaux	DRASS	02/10/2001	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Désinfection des dispositifs médicaux	« Aucun contrôle réalisé »		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pour l'hygiène alimentaire : uniquement organismes et corps d'inspection de l'Etat Hygiène alimentaire**	DDSV	12/04/2006	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eau d'alimentation**	Centre d'Analyse et de recherche	16/12/2014	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eaux à usage médical***	Laboratoire interne au CH	19/01/2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrôle mensuel	

Eaux à usage technique****	« Aucun contrôle réalisé »		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eaux chaudes sanitaires	ARS	13-14 mars 2014	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>La vétusté d'une partie des installations d'eau chaude sanitaire (ECS), avec la présence d'anciennes conduites en acier galvanisé assurant la distribution d'ECS rend difficile, voir impossible, l'équilibrage des réseaux. Cette situation concerne tout particulièrement le bâtiment 1, et en moindre mesure le bâtiment 2. Cette situation est connue de l'établissement, et le risque légionelles est géré dans la limite des contraintes fonctionnelles liées à l'âge et à l'état des installations.</p> <p><u>Plusieurs actions ont été demandées à l'établissement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptation de la fréquence des relevés de températures afin de satisfaire aux exigences de l'arrêté du 1^{er} février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'ECS, - Réalisation de l'ensemble des prélèvements et analyses légionelles par un laboratoire accrédité COFRAC, conformément aux dispositions de l'arrêté précité, - Optimisation de l'équilibrage des réseaux afin de disposer d'une ECS présentant une température supérieure ou égale à 50 °C en tout point du système de distribution, à l'exception des tubes finaux d'alimentation des points de puisage, conformément aux dispositions de l'arrêté du 30 novembre 2005 modifiant l'arrêté du 23 juin 1978 relatif aux installations fixes destinées au chauffage et à l'alimentation en ECS des bâtiments d'habitation, des locaux de travail ou des locaux recevant du public. (Selon l'établissement, la mise en œuvre de cette dernière action nécessite la planification de travaux sur une période minimum de 3 ans.)

Sécurité anesthésique	« Aucun contrôle réalisé »		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Secteur opératoire	« Aucun contrôle réalisé »		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Radiothérapie	NC	NC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.	ARS	13-14 mars 2014	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		La gestion des DASRI est organisée au sein de l'établissement. Les actions suivantes ont toutefois été demandées, en application des dispositions de l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soin à risque infectieux et assimilés et des pièces anatomiques : - Mise en place d'un disconnecteur d'extrémité sur le point d'eau du local laverie situé à proximité de l'aire d'entreposage des DASRI, - Prolongation du grillage de la plateforme de regroupement des DASRI, afin d'éviter la pénétration d'animaux, - Identification du congélateur destiné à recevoir les pièces anatomiques.
Déchets à risques radioactifs	NC	NC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Déchets à risques chimiques et toxiques	« Aucun contrôle réalisé »		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Effluents liquides	Centre d'Analyse et de recherche	23-24 oct 2014	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

* pour les structures ambulatoires des établissements publics en santé mentale (CMP, CATTP ...) et les antennes des centres de dialyse, dupliquer la ligne sur la sécurité incendie

** pour les structures ambulatoires des établissements publics en santé mentale (CMP, CATTP ...) et les antennes des centres de dialyse, dupliquer la ligne sur l'hygiène alimentaire et l'eau d'alimentation

*** Eaux à usage médical : eau de piscine et de balnéothérapie, eaux pharmaceutiques, eau pour dilution des solutions concentrées pour hémodialyse, eau purifiée, eau pour préparation injectable ...

**** Eaux à usage technique : eau déminéralisée, eau distillée et eau osmosée. Elles sont notamment utilisées pour le rinçage des appareils et de la verrerie, pour le fonctionnement des analyseurs de biologie...

COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT SUR LES DOMAINES DE SECURITE

COMMENTAIRES DE L'ARS SUR LES DOMAINES DE SECURITE

Contrôle dépôt de sang réalisé le 18/10/2013 : le rapport final est daté du 13/01/2014 : l'hémovigilance et la gestion du dépôt de sang donnent toute satisfaction dans cet établissement.

Contrôle IPAQSS réalisée le 06/09/2013 : le contrôle IPAQSS 2013 portant sur la prise en charge initiale de l'AVC a permis de valider le recueil.

SUIVI AVIS DEFAVORABLE SECURITE INCENDIE

L'existence d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux, en lien avec la sécurité incendie, ouvre la possibilité de surseoir à la certification.

Si vous êtes concernés, nous vous invitons à être le plus précis possible dans les réponses apportées.

OBSERVATIONS ARS

Avez-vous mis en place un programme de mise en conformité ?

Commentaire :

Si les deux visites périodiques de la Sous-commission départementale de sécurité (SCDS) des 17, 18 et 19 septembre 2012 et des 6, 7 et 8 octobre 2014 ont émis un avis défavorable à l'exploitation des locaux, l'établissement s'est engagé depuis la visite de 2012 dans un programme soutenu de mise en conformité. Sur ce point, la SCDS 2014 a relevé dans son rapport l'effort de l'établissement.

Extrait du rapport 2014

« Il est tout de même à noter que les membres de la direction semblent très impliqués en terme de sécurité et que le Service Sécurité a déjà levé ou fait lever un grand nombre de prescriptions dans le dernier rapport de visite de 2012.

Ce service est d'ailleurs en pleine expansion puisque le directeur déclare qu'il accueillera un 9^{ème} agent SSIAP dès le mois de janvier 2015.

Il faut cependant poursuivre les efforts entrepris par les responsables d'exploitation, notamment sur un plan structurel des bâtiments et sur le recrutement quantitatif et qualitatif des agents du service sécurité, pour atteindre les mesures conservatoires et un niveau de sécurité acceptable »

En effet, le premier indicateur est la diminution du nombre de prescriptions entre 2012 et 2014 :

Visite de 2012 – 37 prescriptions :

- 7 structurelles ;
- 14 fonctionnelles ;
- 12 comportementales ;
- 4 relatives au déploiement d'un Service de Sécurité Incendie d'Assistance à Personne (SSIAP)

Visite de 2014 – 15 prescriptions :

- 4 structurelles ;
- 10 fonctionnelles ;
- 1 comportementale.

Hors les prescriptions relatives à la structure des bâtiments, les prescriptions majeures ont été levées, en particulier :

oui non

<ul style="list-style-type: none"> - la réalisation d'un Rapport de veille réglementaire sur mise en demeure (RVRMD) sur l'ensemble des articles de sécurité incendie et panique dans les ERP (Art R 123-13 du Code de la construction et de l'habitation). Le document a été restitué à la SCDS le 11 juin 2013, copie transmise à l'Agence Régionale de Santé d'Alsace, le 17 juin 2013 ; - la création d'une équipe de sécurité SSIAP, le 1^{er} octobre 2013, opérationnelle depuis le 1^{er} novembre 2013 (24h/24, 7 jours/7). L'équipe encadrée par l'ingénieur chargé de la sécurité (SSIAP 3) est constituée de 9 agents (8 agents SSIAP 1 et 1 agent SSIAP 2) ; - la forte implication des personnels de l'établissement pour suivre et respecter les règles de sécurité incendie au quotidien. <p>A ce stade, la suite du programme de mise en conformité concerne l'élaboration d'un Schéma directeur pour les travaux à entreprendre sur la base de deux études de faisabilité réalisées au début de l'année 2014. Ces travaux devront permettre de lever les prescriptions structurelles et fonctionnelles.</p> <p>Concernant les prescriptions structurelles, leurs levées évolueront en lien avec le Plan directeur qui concerne la restructuration de l'établissement.</p>		
<p>Si oui, ce programme a-t'il fait l'objet d'un accord d'une autorité (CSI, Agence Régionale de Santé...) ?</p> <p>Les dispositifs et les travaux de mise en sécurité sont suivis régulièrement par la SCDS. Entre les deux visites périodiques de 2012 et 2014, deux réunions plénières se sont tenues sous la présidence du Sous-Préfet de Saverne : le 12 juillet 2013 et le 27 mars 2014. Ces deux réunions ont permis de présenter dans le détail les principales démarches entreprises, en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le RVRMD ; - deux études de faisabilité pour une mise à niveau sécuritaire des bâtiments ; la première estimation des travaux étant de 6 107 792 €. - la présentation de l'équipe SSIAP (organisation du service et missions). 	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<p>Le programme de mise en conformité a-t'il débuté ?</p> <p>Si non, des mesures transitoires ont-elles été prises ?</p> <p>Si oui, quelles mesures ont été mises en place ?</p> <p>La principale mesure concerne la constitution et le déploiement de l'équipe sécurité. Elle a permis de lever les prescriptions fonctionnelles majeures, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la gestion du poste de contrôle sécurité et des centrales du système de sécurité incendie (SSI) ; - la maintenance préventive et curative des dispositifs de secours incendie ; - les interventions de sensibilisation « au quotidien » des personnels. <p>La deuxième mesure est la mise en place d'un programme de formation institutionnelle aux règles de sécurité pour tous les personnels de l'établissement (formation obligatoire).</p>	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Nous vous rappelons que si vous obtenez un avis favorable en cours de procédure, il est indispensable de transmettre copie de l'avis de la CSI au Service de Certification, afin d'actualiser la fiche interface le cas échéant.