



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DE
SAINT- AMAND-MONTROND**

**44 avenue jean jaures
18206 Saint-Amand-Montrond**

DÉCEMBRE 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	15

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT- AMAND-MONTROND	
Adresse	44 avenue jean jaures 18206 Saint-Amand-Montrond
Département / région	CHER / CENTRE
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	180000069	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT- AMAND-MONTROND	44 avenue jean jaures 18200 Saint-Amand-Montrond
Etablissement de santé	180003386	USSR CROIX DUCHET	Rue de la croix duchet 18200 Saint-Amand-Montrond
Etablissement de santé	180000283	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT- AMAND-MONTROND	44 avenue jean jaures 18206 Saint-Amand-Montrond
Etablissement de santé	180004673	USLD CROIX DUCHET	Rue de la croix duchet 18200 Saint-Amand-Montrond

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Gyneco-Obstétrique	15	/
MCO	Médecine	80	/
SLD	SLD	41	/
SSR	SSR	74	10

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	<p>GCS Achat Centre GIP Environnement Santé Clinique des Grainetières CH de BOURGES CH VIERZON / CH ISSOUDUN CH BLOIS CH MONTLUCON CHS GEORGE SAND CHS D'AINAY LE CHATEAU CHU CLERMONT FERRAND CHRU TOURS CHR ORLEANS CALME D'ILLIERS COMBRAY EFS EHPAD DE CHATEAUMEILLANT MARPA DE CHARENTON/ SSIAD ST AMAND MONTROND RESIDENCE DE LA VALLEE BLEUE APF DE CHATEAUNEUF SUR CHER FOYER LOGEMENT ORVAL HAD DU BERRY SSIAD DE ST AMAND MONTROND ADAPT DU LOIRET ONCO BERRY/ONCO CENTRE LDA ASSOCIATION JAMA' VIE SDIS ESPACE DE REFLEXION ETHIQUE REGION CENTRE (ERERC) GENDARMERIE SELAS EMAGING TELESANTE CENTRE ASSOCIATION VIE LIBRE HANDICAP INVISIBLE ASSOCIATION Réseau diabète du Cher "C.A.R.A.M.E.L." GENBIO LCL LABORATOIRE LEVY POMPES FUNEBRES GENERALES CREMATORIUM DE MONTLUCON APHP REGION CENTRE</p>
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Droits des patients
Parcours du patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
PRISE EN CHARGE
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

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

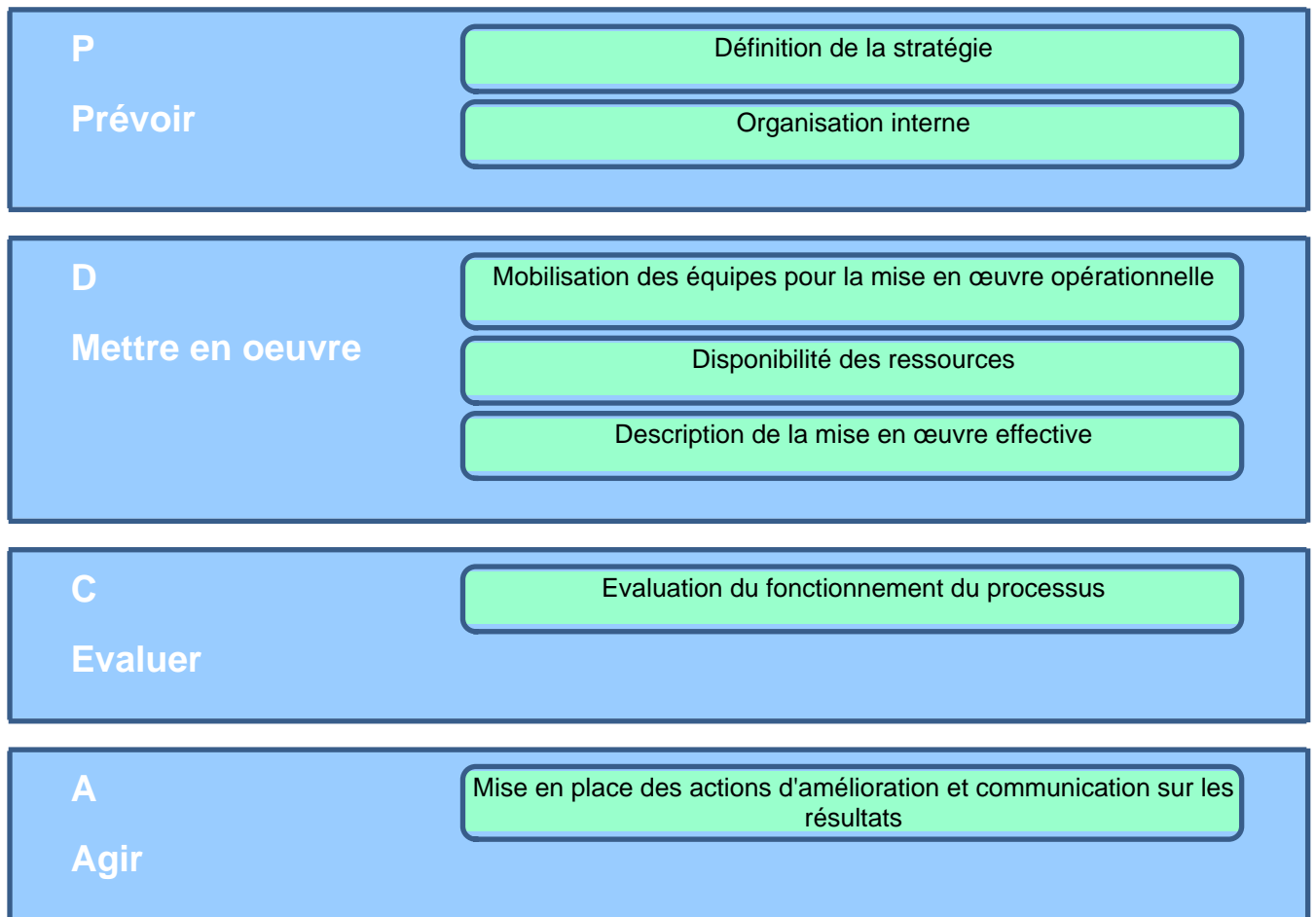
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le management de la qualité gestion des risques du centre hospitalier Saint Amand Montrond est intégré dans le projet qualité du projet d'établissement 2014-2018. La politique qualité a été élaborée à partir des événements indésirables, des résultats des audits et des indicateurs nationaux, des attentes des usagers, des exigences du manuel de certification et des décisions de la procédure de certification. Cette politique intègre la stratégie d'EPP, les obligations légales et réglementaires et la gestion de crise.

L'analyse des risques a été centralisée dans un premier temps par un consultant (qui a accompagné l'établissement pour la préparation de la visite initiale de la certification V2014) et les pilotes de chaque thématique. Dans le cadre de la prise en compte des écarts suite à la visite initiale, l'analyse des risques a été déclinée avec les professionnels pour chaque service. L'analyse des risques a permis d'identifier des risques par thématique et de les hiérarchiser à l'aide d'une échelle de criticité définie.

Un programme d'amélioration de la qualité (PAQ) est formalisé à partir des objectifs opérationnels de la politique qualité et des risques identifiés dans les différentes thématiques. L'articulation entre le compte qualité et le plan d'actions d'améliorations est effective, toutes les actions du compte qualité sont retrouvées dans le PAQ.

La politique, le PAQ et les risques inscrits au compte qualité ont été validés par les instances.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation interne de la démarche qualité gestion des risques est décrite dans le manuel qualité du centre hospitalier Saint Amand Montrond. La démarche est mise en œuvre par l'unité risques et qualité en collaboration avec les membres du bureau qualité et du comité des vigilances et des risques (COVIRIS). Le règlement intérieur du bureau qualité est formalisé. Le bureau se réunit une fois par semaine. Il est composé de la directrice, de la directrice des soins, d'un représentant de la CME, du coordonnateur des risques associés aux soins, de l'unité risques et qualité, du pharmacien, du responsable des services technique, et du responsable des services économiques. Il valide, en lien avec la CME et la direction, le PAQ institutionnel, étudie et traite les événements indésirables, les plaintes et réclamations.

Les pilotes de chaque thématique sont identifiés et ont été désignés selon leurs fonctions. Ils disposent de la fiche de mission commune à tous les pilotes de processus.

Les contrats de pôle intègrent des objectifs qualité gestion des risques (réalisation de revues de morbidité-mortalité ou RMM et de patients traceurs par exemple).

Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est le cadre des urgences qui anime le COVIRIS. Cette instance regroupe les responsables des vigilances et se réunit quatre fois par an.

Les référents qualité gestion des risques sont les cadres des unités de soins et sont réunis également quatre fois par an.

L'unité risques et qualité est composée du responsable qualité (1 ETP) et d'une assistante qualité gestion des risques (0.8 ETP). Une fiche de poste définit leurs missions.

Un dispositif de gestion documentaire est en place via l'intranet. L'établissement prévoit d'acquérir un logiciel métier pour gérer les documents et les différents volets de la qualité gestion des risques.

Les plans d'urgences (plan blanc, plan bleu, canicule) sont formalisés. Le plan d'équipements et de maintenance intègre les équipements liés à la démarche qualité. Par exemple des écrans vidéo sont en cours d'acquisition pour communiquer auprès des usagers.

Depuis la visite initiale :

- La démarche d'évaluation des risques a priori a fait l'objet d'une formation spécifique pour tous les cadres (2 jours et 1 jour à distance). Cette formation basée sur l'approche processus avec identification des risques a permis aux cadres d'associer leurs équipes dans la réalisation des cartographies des risques. Une présentation des travaux aux équipes a complété l'implication des professionnels sur ce sujet.

- la commission des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) se réunit quatre fois par an (trois réunions entre février et octobre 2018 et une prévue en novembre). Le règlement intérieur a été actualisé en février 2018. Un tableau de suivi des actions des EPP est partagé à la commission des EPP, au COVIRIS

et en réunion des référents qualité. Ce tableau permet une vision globale de l'avancement de la démarche.
- le PAQ a été complété pour préciser les actions et les modalités de suivi. La communication sur le PAQ est abordée lors des points qualité au cours des réunions des instances.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes est assurée par les cadres (référents qualité) et l'équipe risques et qualité avec le soutien effectif de la directrice des soins. Depuis la visite initiale, des points qualité ont été intégrés systématiquement à toutes les réunions des instances et des services. Les transmissions entre équipes sont des moments privilégiés par les cadres pour transmettre les informations clés également notées dans les cahiers de transmissions. Le journal interne "Brèves" permet de relayer les informations à l'ensemble des équipes.

La construction de tableaux de bord par service regroupant les indicateurs qualité gestion des risques spécifiques à leurs activités favorise la mobilisation des professionnels dans l'appropriation des objectifs d'amélioration propres à leurs secteurs.

Les démarches d'EPP sont intégrées dans les pratiques quotidiennes en lien avec les indicateurs et permettent aux cadres de cibler les efforts à poursuivre.

Le traitement des événements indésirables est partagé en équipe et permet d'associer les professionnels à la définition et à la mise en œuvre des actions d'amélioration. Des analyses de causes sous forme de comité de retour d'expérience ou de revues de morbidité-mortalité sont également organisés avec les professionnels concernés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences en qualité gestion des risques reposent sur le responsable qualité qui suit actuellement un master qualité (après un DU), la pilote de la salle de naissance qui suit le même master et le coordonnateur des risques associés aux soins. Par ailleurs, l'ensemble de l'encadrement dont plusieurs médecins, a bénéficié d'une formation à l'approche processus avec identification des risques.

L'accueil des nouveaux arrivants intègre un module de 3h sur les sujets prioritaires de la qualité (présentation des instances, des outils qualité : intranet, démarche processus, déclaration des événements indésirables et charte de non punition, certification, indicateurs, ...). Quatre sessions par an de 10 personnes environ sont organisées.

Les ressources matérielles sont adaptées avec par exemple présence d'ordinateurs en nombre suffisant. L'établissement a commandé un micro projecteur pour faciliter la présentation des informations au moment des transmissions directement dans les postes de soins.

Le dispositif de gestion documentaire n'est pas totalement opérationnel Les documents qualité sont accessibles via l'intranet. Depuis la visite initiale, de nombreux documents ont été actualisés et présentés au format qualité notamment dans certains secteurs comme la maternité par exemple. Certains ont été validés et intégrés dans l'intranet. D'autres sont en cours de validation et d'autres restent à actualiser. Des classeurs papier perdurent dans les services. L'établissement a conscience du risque lié à ces documents. il progresse sur ce thème mais au moment de la visite de suivi, cette action n'est pas finalisée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en oeuvre de la démarche qualité gestion des risques au sein du centre hospitalier Saint Amand Montrond se traduit par l'implication des professionnels pour atteindre les objectifs fixés notamment dans les contrats de pôle.

Les instances sont opérationnelles et se réunissent selon les périodicité définies. La coordination de la démarche est assurée au sein du bureau qualité, du COVIRIS, de la commission, des EPP et des référents qualité.

Le dispositif de signalement des événements indésirables (EI) est connu et approprié par les professionnels. Le traitement des EI est réalisé chaque semaine en bureau qualité avec identification des actions à mener. Un tableau d'enregistrement et de suivi des événements indésirables est en place. Chaque EI fait l'objet d'un retour individualisé à chaque déclarant et au cadre concerné. En cas d'évènement indésirable grave, une analyse de causes est déclenchée.

Le dispositif de gestion documentaire est connu des professionnels et accessible sur intranet dans les

postes de soins des différents secteurs d'activité.

La satisfaction des patients est prise en compte. La commission des usagers est opérationnelle. L'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels ainsi que les représentants des usagers est assurée. Elle permet de contribuer à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité.

Les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles sont intégrées dans les activités des services de soins et réajustées en fonction des résultats des évaluations (indicateurs, audits).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus management qualité et gestion des risques est réalisé et coordonné par l'unité risques et qualité.

Depuis la visite initiale, un tableau de bord des indicateurs qualité gestion des risques est réalisée tous les six mois. Ce tableau de bord est adapté aux spécificités de chaque service comme les urgences par exemple. C'est ainsi que sept tableaux de bord sont réalisés. Chaque service reçoit donc le tableau de bord général de l'hôpital et celui du service. Ces documents sont affichés dans les services en format A3 et présentés aux équipes par l'encadrement.

Le suivi et le bilan des EPP sont partagés au sein des instances. Il en est de même pour le bilan des évènements indésirables.

La commission des usagers établit annuellement un bilan d'activité qui est transmis à l'Agence Régionale de Santé.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux évaluations effectuées. Depuis la visite initiale, la structuration du dispositif d'évaluation, avec notamment les tableaux de bord qualité gestion des risque, facilite l'ajustement du programme d'actions qualité. Les bilans annuels qui sont réalisés permettent de mesurer l'état d'avancement des différentes actions. Le PAQ est réévalué annuellement.

La communication des résultats des évaluations est organisée au sein des instances et via le journal interne "Brèves".

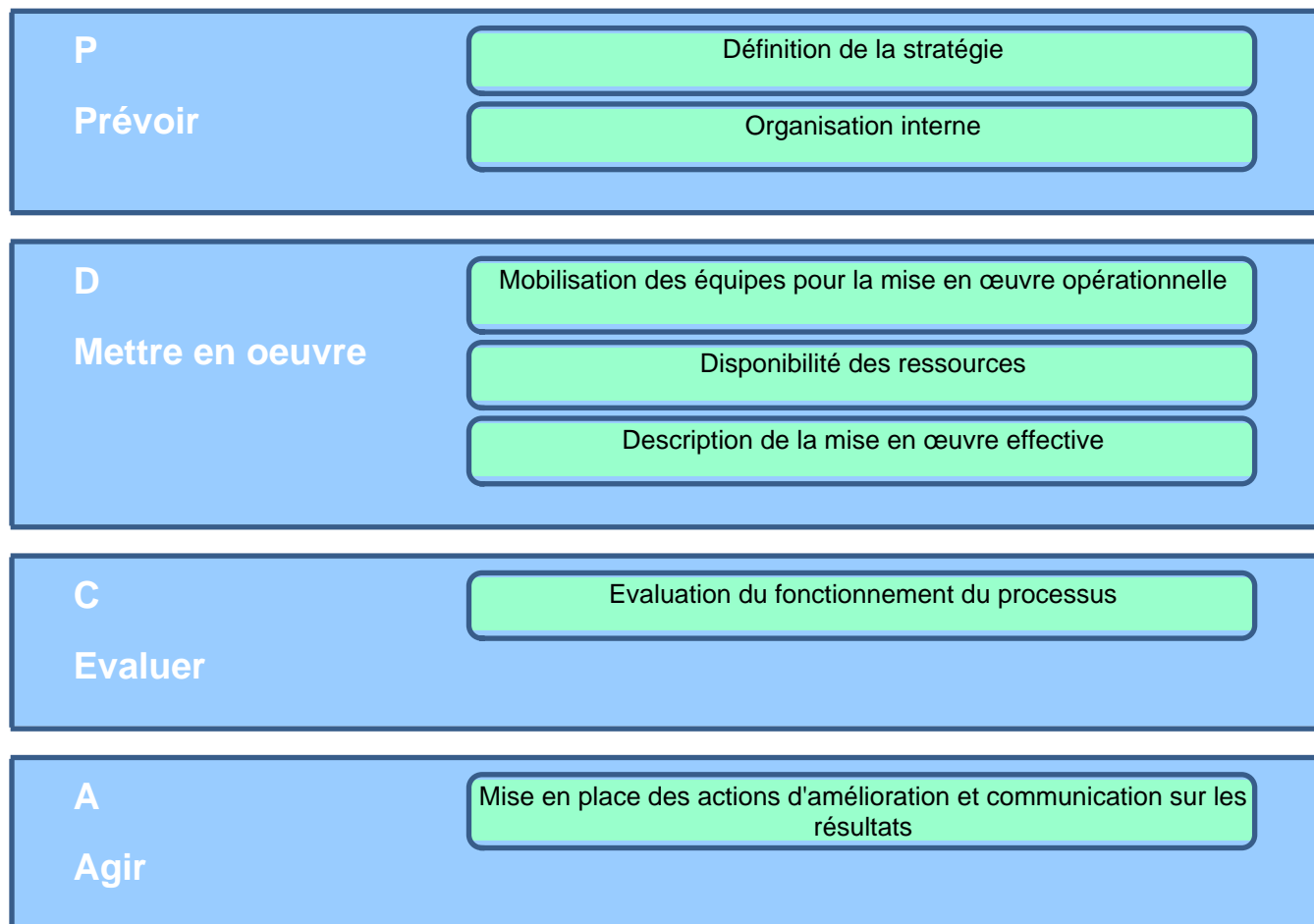
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La maternité de l'hôpital de St-Amand est de type 1 et assure environ 330 naissances par an.

La stratégie du secteur naissance est formalisée dans le projet d'établissement et le projet de pôle, et est validée par les instances. Une politique stratégie et qualité est définie pour le service de gynécologie /obstétrique. Elle précise des objectifs d'amélioration des prises en charges aussi bien qualitatifs que quantitatifs tel que l'augmentation d'activité pour les consultations, le nombre d'accouchements et le besoin identifié d'une offre de soins en rééducation périnéale. Ces objectifs figurent dans le compte qualité et sont repris dans le PAQ général de l'établissement.

L'analyse des risques, formalisée dans une cartographie menée initialement avec l'aide d'un consultant externe, a été actualisée avec la participation de chaque catégorie de professionnels du service. Elle s'appuie sur l'analyse des événements indésirables, les résultats d'audits, les indicateurs IQSS et le retour d'expérience des professionnelles investies dans la démarche.

ORGANISATION INTERNE

Le secteur naissance comprend 2 salles de naissance reliées par une salle de réanimation nouveau-née, une salle de pré-travail avec 2 lits, un box d'examen avec 2 tables, et un espace au centre du service pour l'organisation des soins et la surveillance obstétricale. La salle de césarienne est localisée dans le bloc opératoire de la clinique chirurgicale privée contiguë à l'hôpital. Les surveillances des césariennes sont assurées dans la salle de réveil de la clinique par le personnel de cette dernière. Elle est située dans la continuité de la salle de naissance accessible par un couloir de quelques mètres. Elle est mise à disposition 24h/24 par la clinique pour le service de gynécologie/obstétrique et les professionnels de l'hôpital (praticiens hospitaliers, sages-femmes, infirmières anesthésistes et pédiatres). Seule la surveillance post opératoire est assurée par les professionnels de la clinique privée.

La cadre de salle de naissance est le pilote du processus. Elle bénéficie d'une fiche de mission et a été formée à la démarche qualité / gestion des risque. Elle a procédé à la mise à jour de l'ensemble des fiches de poste de son unité.

Un plan de formation des professionnels est établi en fonction des besoins et des objectifs du service, du souhait des professionnelles et des formations obligatoires diligentées par l'établissement. Depuis la visite initiale, la formation des IDE de la SSPI de la clinique privée à la surveillance post opératoire des césariennes est assurée par l'hôpital. L'organisation de la prise en charge des césariennes est complétée avec une feuille de surveillance post opératoire spécifique actualisée reprenant les critères particuliers du suivi des césariennes.

Les documents de la salle de naissance sont accessibles sur l'intranet. La cadre de salle de naissance a organisé la mise à jour des principaux protocoles médicaux en lien avec le chef de pôle. Depuis la dernière visite, les protocoles médicaux et organisationnels ont été actualisés en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques. Ils sont validés et signés par les professionnels et en cours de finalisation dans le format institutionnel de la gestion documentaire de l'établissement. Ces derniers sont disponibles dans des classeurs à disposition des professionnels en salle de naissance.

Le suivi de la maintenance des dispositifs médicaux est organisé avec un calendrier de maintenance préventive. L'établissement a acquis une centrale et une tablette permettant la surveillance délocalisée des monitorings fœtaux pour faciliter la mobilité des professionnels et leur disponibilité auprès des parturientes.

L'établissement a une convention avec le Réseau Périnatalité Centre pour la gestion des transferts in utero ou pédiatriques.

Les circuits et interfaces avec les autres secteurs comme par exemple la salle de césarienne, la pharmacie, la biologie, l'imagerie sont définis.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Depuis la dernière visite, un plan d'amélioration décliné en actions opérationnels est mené. le

management partagé avec les professionnels du secteur les risques identifiés et les plans d'actions mis en place au cours de réunions de service régulières. Chaque action est définie avec un pilote, un planning, un livrable et un indicateur.

Une démarche qualité documentée est actualisée assurant la sécurité de la prise en charge du patient. Un tableau de bord spécifique pour le service gynécologie et obstétrique permet de mobiliser les professionnels autour des objectifs qualité à atteindre.

Les équipes sont impliquées dans la révision des protocoles qui se fait par grand secteurs de prise en charge : gynécologie, obstétrique et pédiatrie.

Les résultats des questionnaires de satisfaction sont partagés avec les équipes de soins.

La déclaration d'événements indésirables est appropriée par les professionnels. L'analyse de causes des événements indésirables qui le nécessitent est réalisée avec les professionnels concernés. Elle permet de définir et de mettre en œuvre les actions d'amélioration.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et les compétences nécessaires au bon fonctionnement du secteur sont en adéquation avec les missions du service aussi bien pour les professionnels médicaux (obstétriciens, anesthésistes, pédiatres), les sages-femmes que les professionnels paramédicaux (IADE, aides-soignantes, auxiliaires puéricultrices).

Des formations sont proposées et adaptées à la politique qualité du service. La formation des professionnels à la réanimation néonatale est en place.

La permanence des soins est assurée 24 heures sur 24 dans les conditions de sécurité en rapport avec le niveau 1 de la maternité. L'équipe de la salle de naissance est renforcée si besoin par une équipe d'infirmiers anesthésistes qui assure une garde H24.

Des référents sont en place et opérationnels pour la qualité, la douleur, l'hygiène, la bienveillance.

Un livret d'accueil des nouveaux arrivants est disponible. Une fiche de missions spécifique aux sages-femmes permet de clarifier les tâches notamment en cas de recours à l'intérim, solution qui reste exceptionnelle.

Le dossier de soins et le partogramme sont au format papier. Tous les dossiers sont archivés dans le service.

Les locaux sont conformes, spacieux, adaptés et entretenus. L'armoire à pharmacie du service est sécurisée. Le matériel nécessaire à l'activité est disponible et fait l'objet d'une surveillance et d'une maintenance : vérification d'ouvertures de salles, révision du chariot d'urgence, etc. Une centrale de monitoring avec report sur tablette mobile est en place. Un dépôt de sang est localisé aux urgences.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge des parturientes respecte l'organisation définie. Une consultation est organisée et assurée au 7ème mois de grossesse. Elle permet de créer le dossier de la parturiente et de récupérer les principaux examens complémentaires qui sont aujourd'hui photocopiés, afin de sécuriser la prise en charge en urgence au moment de l'accouchement. Depuis la visite initiale, une fiche de liaison ville/hôpital permettant de check lister les documents nécessaires a été mise en place.

Un circuit d'admission est formalisé et connu notamment en urgence avec un circuit dédié en dehors des heures ouvrables.

La prise en charge est tracée sur un dossier papier. La prescription médicamenteuse est informatisée.

Les interfaces avec les autres secteurs sont opérationnelles. Les césariennes sont réalisées au sein du bloc opératoire de la clinique privée. Leurs surveillances sont assurées dans la salle de réveil de la clinique par le personnel de cette dernière.

Pour sécuriser le suivi, une « lettre de liaison » a été mise en place et est confiée à la parturiente lors de sa sortie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur suit et analyse les indicateurs obligatoires, en particulier l'indicateur national « hémorragie de la délivrance ». Des indicateurs quantitatifs d'activité sont fournis par la cellule régionale de l'ARS en partenariat avec le réseau périnatalité auquel l'établissement adhère.

La cadre sage femme organise des réunions de service qui sont l'occasion de diffuser les informations et les résultats d'indicateurs. Des audits sur le dossier patients et la prise en charge au bloc opératoire pour les césariennes sont faits régulièrement.

Des EPP permettent d'identifier des axes d'amélioration en particulier dans le cadre de l'hémorragie de la délivrance, l'organisation du déclenchement programmé et la tenue du partogramme.

A / AGIR

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

Des plans d'actions sont en place (formation e-learning sur la prise en compte du rythme cardio-foetal, allaitement, traçabilité des résultats des laboratoires, etc.). Ils sont définis à partir de la cartographie des risques et des dysfonctionnements repérés.

Une des EPP menée par la cadre (déclenchement du travail) a permis d'aboutir à une harmonisation des pratiques entre les différents médecins du secteur.

La communication sur les actions réalisés et les résultats est organisé vers les professionnels et les instances de l'établissement. Une communication par écran vidéo est en cours de déploiement au niveau de l'établissement pour les usagers.