

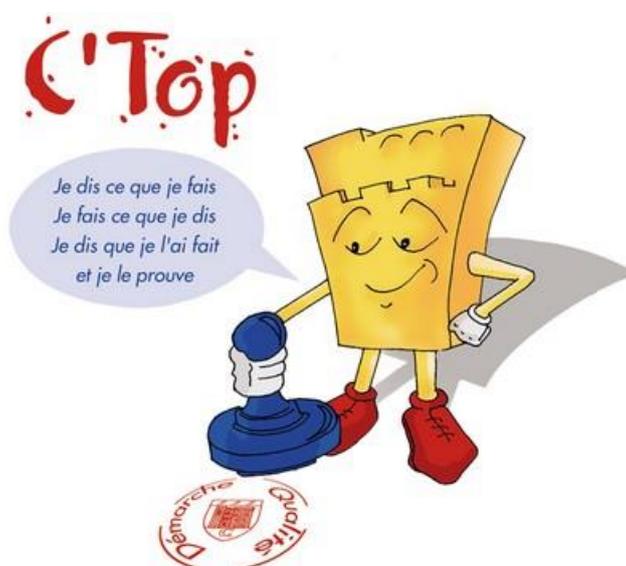


Centre Hospitalier d'Auch
EN GASCOGNE



Soigner & prendre Soins

DIRECTION DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES



RAPPORT D'ACTIVITES 2021

DQGR juin 2022

Soigner & prendre Soins



SOMMAIRE

I - DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES

<i>I – 1 FONCTIONNEMENT DU COMITE DE PILOTAGE QUALITE GESTION DES RISQUES</i>	3
<i>I – 2 FONCTIONNEMENT DE LA DIRECTION QUALITE GESTION DES RISQUES</i>	3
<i>I – 3 DEMARCHE DE CERTIFICATION</i>	4
<i>I – 4 PROGRAMME GLOBAL DE GESTION DES RISQUES ET D’AMELIORATION DE LA QUALITE (PGGRAQ)</i>	5
<i>I – 5 BILAN DE LA POLITIQUE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE ET DES DMS</i>	5
<i>I – 6 RAPPORT D’ACTIVITES DE LA CELLULE D’IDENTITTOVIGILANCE</i>	7

II – GESTION DES RISQUES

<i>II – 1 LES RISQUES A POSTERIORI</i>	8
II – 1.1 Dispositif d’identification et de traitement des évènements indésirables	8
II – 1.2 Coordination des vigilances	9
II – 1.3 Plaintes et réclamations et demande de dossiers médicaux	10
<i>II – 2 LES ACTIONS DE PREVENTION</i>	11
II – 2.1 Gestion des risques à priori.....	11
II – 2.2 Document unique sur les risques professionnels	11
II – 2.3 Visite d’analyse des risques médicaux (SHAM)	16
II – 2.4 Bilan des contrôles et inspections concernant la sécurité sanitaire	17

III – ACTIONS D’EVALUATION

<i>III – 1 BILAN DES QUESTIONNAIRES DE SORTIE</i>	18
<i>III – 2 INDICATEURS E-SATIS</i>	18
<i>III – 3 AUDITS ET ENQUETES DE SATISFACTION</i>	20
<i>III – 4 EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP)</i>	21
<i>III – 5 RECUEIL 2021 DES INDICATEURS IQSS</i>	26

IV – ANNEXES

<i>IV – 1 BILAN DE FONCTIONNEMENT DU SIGNALEMENT D’EVENEMENT INDESIRABLE</i>	
<i>IV – 2 SYNTHESE DES QUESTIONNAIRES DE SORTIE</i>	



I - DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES

I – 1 FONCTIONNEMENT DU COMITE DE PILOTAGE QUALITE GESTION DES RISQUES :

Composition du comité de pilotage qualité gestion des risques :

- **Prise de responsabilités** : **Dr AGUT**, Chef de pôle médico-chirurgical ; **M. LIGNON**, Intérim DMO ; **Dr RIGAL**, Chef de pôle médecine-urgences
- **Arrivées** : **Mme BAALI**, Responsable des Achats ; **Mme BOMPART**, Directrice des Soins, de la Qualité et Gestion des Risques et des Relations avec les usagers ; **M. LAFFARGUE**, Directeur Adjoint en charge des affaires médicales ; **Dr ROBERT**, PH Equipe Douleur et Soins palliatifs
- **Départs** : **M. BATOVANJA**, DMO ; **Dr DE CHIRÉE**, PH Equipe Douleur et Soins palliatifs ; **Mme LAIRLE**, Responsable des Achats ; **M. PALENI**, Directeur des Soins, de la Qualité et Gestion des Risques et des Relations avec les usagers

Le comité de pilotage qualité gestion des risques **s'est réuni à 2 reprises** : 05 février (taux de participation = 32%) et 1^{er} octobre (taux de participation = 32%).

Taux de participation moyen : 32%.

Le bureau qualité **s'est réuni à 9 reprises** : 29 janvier ; 05 mars ; 16 avril ; 1^{er} juin ; 21 juillet ; 17 septembre ; 20 octobre (élargi) ; 17 novembre (élargi) et 15 décembre (élargi).

I – 2 FONCTIONNEMENT DE LA DIRECTION QUALITE GESTION DES RISQUES :

Mouvements :

- Arrivée de **Mme Vanessa BOMPART**, Directrice des Soins, de la Qualité et Gestion des Risques et des Relations avec les usagers
- Départ de **M. Nicolas PALENI**, Directeur des Soins, de la Qualité et Gestion des Risques et des Relations avec les usagers

Elaboration et mise en œuvre du volet Qualité et Gestion des risques du Projet d'Établissement.

Actions de communication :

- **Participation à la semaine de la sécurité des patients** (du lundi 22 au vendredi 26 novembre 2021) sur le thème du risque infectieux : **4 thèmes** abordés tout au long de la semaine à partir du 23 novembre (distribution des kits) :
 - La prévention du risque infectieux lié aux **cathéters veineux périphériques** :
 - Flyer patients « les points clés de la surveillance par le patient »
 - Flyer professionnels « les points clés de la prévention »
 - La prévention du risque infectieux lié aux **dispositifs invasifs** :
 - Affiche « cathéter veineux périphérique » pour les professionnels de santé
 - **L'hygiène des mains** avec un flyer pour les patients
 - La réalisation de **trois quizz** auprès des médecins/IDE, des AS et des ASH sur la prévention du risque infectieux avec tirage au sort
- **Journée d'accueil des nouveaux arrivants : 1^{er} session annulée pour cause de COVID, 2^{ème} session réalisée sur 0,5 jour avec programme revu (point qualité supprimé)**
- **Point qualité abordé lors des 2 journées d'accueil des internes**
- **Rédaction d'articles dans le journal interne :**
 - Le LIEN de juin 2021 : les résultats des enquêtes de satisfaction patients et e-SATIS 2020
 - Le LIEN de septembre 2021 : le signalement d'un évènement indésirable (définition, modalités, définitions et bénéfices)
 - Le LIEN d'octobre 2021 : une information sur la visite de risques de la SHAM du 14 octobre 2021 et de l'inspection de l'ASN du 16 novembre 2021 + les résultats 2020 de l'enquête de satisfaction des patients pris en charge dans le cadre du programme RAAC



- Le LIEN de novembre 2021 : une information sur le lancement de l'enquête de connaissance sur les droits des patients + une information sur la nomination de M. TUFNER comme président de la CDU et sur le rôle des représentants des usagers et de la CDU
- Le LIEN de décembre 2021 : une information sur la démarche de certification (modalités, enjeux, bénéfices).

Projet GED :

- Actions conduites :
 - Poursuite de la mise à jour / mise au format qualité des documents
 - Poursuite du paramétrage du Logiciel (validation du classement/référencement + actualisation de la liste des utilisateurs)
 - Travail au sein du GHT pour formalisation de la procédure de gestion documentaire GHT du Gers
- Suivi des indicateurs :
 - Taux de procédures dont le délai de mise à jour > de 5 ans = 32,4%
 - Nombre de nouveaux documents créés = 137
 - Nombre de documents actualisés = 125

Activités sur le Territoire de Santé :

- **Accompagnement des CH de Vic-Fezensac et de Mirande :** interventions sur site les 9 avril (matinée) et 07 juin.
- **Pilotage du groupe des RAQ du GHT et interventions aux instances du GHT :**
 - 4 réunions des RAQ du GHT : 15 janvier, 02 avril, 25 juin et 22 octobre.
 - Sujets traités : la SRA (présentation, actualités, adhésion) ; la certification V2020 (actualités, organisation formation des RAQ) ; le suivi de la mise en œuvre des fiches actions de la politique QGR ; l'enquête de satisfaction des SSR du GHT ; le RETEX du CH de Mauvezin sur la mise en place d'un questionnaire de sortie du GHT ; RETEX sur la formation à la méthode du patient traceur ; l'élaboration d'un article dans le journal du GHT « Connexion » ; le calendrier de l'évaluation interne en médico-social ; la mise en place des CREX ; la mise en place de l'enquête e-Satis en SSR.
 - Intervention en COSTRAT du 19 octobre : réalisation d'un point d'étape de l'avancée des fiches actions de la politique QGR et validation de la procédure et des outils de traitement d'un évènement indésirable grave inter-établissement en séance.

I – 3 DEMARCHE DE CERTIFICATION :

- **Participation aux réunions d'informations et formation** proposées par la SRA : Web café sur la certification, 3 ateliers certification (engagement patient, circuit du médicament, risque infectieux), formation « engagement patient » suivie par Laure SEMONT
- **Formation des équipes qualité** des établissements du GHT à la démarche de certification (1 groupe en septembre et 1 groupe en novembre)
- **Mise en place d'un bureau qualité élargi** (cadres supérieurs de santé et service qualité) afin de définir et de suivre la **feuille de route** de préparation à la visite de certification (3 réunions en 2021)
- **Réalisation d'actions d'informations** sur la certification : LIEN de décembre, réunions du Comité de pilotage qualité et gestion des risques, interventions en instances (CSIRMT, réunion de cadres, CLUD) et auprès des équipes (Douleur et Soins palliatifs, Psychologues)
- **Participation** à la **rencontre régionale du SRA** sur la nouvelle certification (enjeux, RETEX) le 26 novembre 2021
- **Confirmation** par la HAS de la période de la **visite** de certification à **janvier 2023**.



I – 4 PROGRAMME GLOBAL DE GESTION DES RISQUES ET D'AMELIORATION DE LA QUALITE (PGGRAQ) :

ETAT DE REALISATION :
37% D' ACTIONS REALISEES (202/546)
39% D' ACTIONS EN COURS (214/546)
24% D' ACTIONS NON REALISEES (130/546)

I – 5 BILAN DE LA POLITIQUE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX TERILES (DMS) :

I – 5.1 Actions réalisées en 2021 :

Axe n°1 : Mettre en place un système de management de la qualité :

- Réalisation de formations ciblées sur le bon usage des DMS :
 - ⇒ formation "plaies et cicatrisations" : 1 session réalisée le 08 octobre avec 11 participants (10 IDE et 1 AS).
 - ⇒ formations ciblées réalisées à la PUI : "perfusion intra-osseuse" le 25 février avec 10 participants (2 pharmaciens et 8 PPH); "différentes classes de pansements et leurs indications" le 11 mars avec 11 participants (11 PPH); "utilisation des perfuseurs" le 20 mai avec 10 participants (2 pharmaciens et 8 PPH); "valves bidirectionnelles et anti-retour" le 10 juin 2021 avec 8 participants (2 pharmaciens et 6 PPH); "DM utilisés pour les patients trachéotomisés" le 24 septembre avec 10 participants (3 pharmaciens et 7 PPH).
- Poursuite de la sensibilisation des professionnels de santé à la déclaration des erreurs médicamenteuses et au bon respect des bonnes pratiques de stockage lors de la restitution des résultats des audits de contrôle de la pharmacie.
Nombre d'évènements indésirables « médicament et produit de santé » en 2021 : 6 (14 en 2020) ; dont deux ont nécessité une analyse des causes profondes (2 en 2020).

Axe n°2 : Sécuriser le circuit de la prise en charge médicamenteuse du patient et des DMS :

- Proposition en CME d'une charte promouvant la prescription des médicaments dans le répertoire générique et la prescription des médicaments biosimilaires : action abandonnée mais rappels faits.
- Promotion de la prescription des biosimilaires de l'Erythropoïétine (PHEV).
- Mise en œuvre d'une charte régulant l'intervention des prestataires de LPP au sein de l'établissement : 4 prestataires signataires en 2021.
- Poursuite du contrôle et du suivi des indications lors des dispensations de médicaments et de dispositifs médicaux hors GHS et de la dispensation nominative des médicaments et des dispositifs médicaux hors GHS.
- Déploiement de la conciliation médicamenteuse chez les patients priorités : 217 conciliations réalisées.
- Achat de chariots de stockage pour les services qui en manquent.
- Réalisation d'un audit sur la tenue des chariots d'urgence.
- Diffusion d'une liste des insulines disponibles sur l'établissement et actualisation du tableau d'équivalence des insulines (suite CREX).

Axe n°4 : Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse évitable chez le sujet âgé :

- Diffusion d'une liste de médicaments inappropriés chez la personne âgée.

Axe n°5 : Bon usage des anti-infectieux :

- Surveillance de la consommation des antibiotiques et des résistances bactériennes (Enquête SPARES).
- EPP sur l'antibioprophylaxie en chirurgie : nouvel audit réalisé par l'équipe du bloc opératoire. Les résultats ont été présentés au Conseil de bloc du 13/06/2022.



I – 5.2 ACTIONS EN COURS = POURSUIVIES EN 2022 :

Axe n°1 : Mettre en place un système de management de la qualité :

- Formalisation / actualisation de procédures en lien avec la prise en charge médicamenteuse (taux de documents datant de moins de 5ans = 91%) : 18 documents créés et 18 documents actualisés en 2021.
- Actualisation de la cartographie des risques du circuit du médicament dans le cadre de la préparation de la visite de conformité de la PUI : intégration des processus de « rétrocession » et de « préparation des doses administrées ».
- Formalisation du système de management de la qualité du circuit des DMI.

Axe n°2 : Sécuriser le circuit de la prise en charge médicamenteuse du patient et des DMS :

- Mise à jour du livret thérapeutique des médicaments.
- Formation des prescripteurs à la prescription en DCI.
- Sensibilisation des prescripteurs pour limiter la prescription des pansements en durée (15 jours) et en volume (PHEV).
- Formation des prescripteurs à l'utilisation des ordonnances de sortie et de consultation externe informatisées.
- Actualisation des armoires à pharmacie suite au changement de marchés (8 nouvelles en 2021).
- Poursuite de la sensibilisation des professionnels de santé à la gestion des armoires et des périmés : nombre d'audits réalisés = 9 / 35 armoires au total = 26%.
- Elaboration de fiches d'information des patients dans le cadre de la rétrocession médicamenteuse.
- Réagencement des armoires de stockage dans les services de soins (étiquetage, identification des médicaments à risque) et révision des dotations.

I – 5.3 Actions non réalisées :

Axe n°1 : Mettre en place un système de management de la qualité :

- Journées d'accueil des nouveaux arrivants non réalisées en 2021.
- Actualisation de la cartographie des risques du circuit des DMS : pas d'avancement en 2021.
- Réalisation d'une enquête de satisfaction auprès des services de soins « clients » de la pharmacie.
- Formation des professionnels de santé à la prévention des erreurs médicamenteuses : pas de session réalisée en 2021.

Axe n°2 : Sécuriser le circuit de la prise en charge médicamenteuse du patient et des DMS :

- Réalisation d'audits sur les chariots de pharmacie dans les unités de soins et sur la préparation des piluliers : pas d'avancement en 2021.
- Informatisation du circuit des DMI : projet suspendu (problématique d'interface PHARMA / Q bloc).
- Mise en place d'un logiciel adapté à la Réanimation et d'une interface entre le logiciel de Dialyse et CROSSWAY.
- Elaboration de documents d'information du patient au bon usage des médicaments pour le secteur d'oncologie.
- Revoir la plaquette d'informations remis aux patients dans le cadre de la rétrocession.
- Réalisation d'une analyse des situations d'interruptions de tâches dans le cadre de la préparation des piluliers (délivrance nominative en pilulier pour les formes orales pour l'EHPAD et l'USLD).

Axe n°5 : Bon usage des anti-infectieux :

- Formation des internes à l'antibiothérapie.
- Formation des prescripteurs au bon usage des antibiotiques.



I – 6 RAPPORT D'ACTIVITES DE LA CELLULE D'IDENTITOVIGILANCE :

2 réunions en 2021 : le 02 juillet et le 29 novembre.

- 1 réunion des référents identitovigilance le 12 janvier 2021 : missions à définir.
- 2 réunions de la CIV de GHT en 2021 : le 1^{er} juillet et le 25 novembre.
- Transmission par la CIV régionale de la charte d'identification régionale (novembre 2021).

Formalisation de procédures :

- Procédures en cours de formalisation / actualisation : charte d'identification du GHT, gestion des doublons, gestion des identités confidentielles et des séjours confidentiels, prise en charge des victimes à identité non connue.
- Formalisation de la conduite à tenir en cas de détection d'usurpation d'identité non débutée.

Démarches d'évaluation :

- Suivi des évènements indésirables liés à l'identification du patient : **41** évènements signalés en 2021 (12 en 2020) ; aucun ne nécessitant une analyse des causes profondes (0 en 2020).
- Suivi des non conformités pré-analytiques en lien avec l'identité du patient : sur 105386 (93178 en 2020) bilans de patients hospitalisés traités par le Laboratoire, 27 (17 en 2020) absences d'identité du patient sur les bons et/ou tubes et 61 (70 en 2020) discordances sur l'identité du patient entre les tubes et la prescription.

Actions de formation / sensibilisation :

- Sensibilisation des secrétaires médicales sur la nécessité de retrouver sur le courrier de sortie les éléments d'identification du patient lors de la restitution des résultats de l'audit réalisé en novembre 2020 sur la qualité de la lettre de liaison à la sortie (réunion du 29 mars 2021).
- Rappels des bonnes pratiques réalisés au sein des services lors de l'analyse des évènements indésirables liés à l'identification du patient.

Système d'information et matériels :

- Remontée dans le DPI d'une alerte en cas d'identité provisoire : en cours de réflexion (problématique rencontrée de l'actualisation automatique du statut en « validé »), à poursuivre dans le cadre du nouveau DPI de GHT.
- Mise en place d'un serveur d'identité territorial : démarche réactivée dans le cadre du déploiement du nouveau DPI de GHT (prérequis).
- Dématérialisation de la pièce d'identité du patient dans le dossier du patient non débutée : projet de mise en place d'une GED au niveau du logiciel administratif prévue en 2022 dans le cadre de l'intégration de l'INS. La durée de conservation de la copie papier a été fixée à 7 jours (décision de la CIV du 29/11/2021).



II - GESTION DES RISQUES

II – 1 LES RISQUES A POSTERIORI :

II – 1.1 Dispositif d'identification et de traitement des évènements indésirables : bilan en annexe

Données générales :

Au total, **346 déclarations d'évènements indésirables (EI)** ont été **réalisées en 2021 (330 en 2020)**. En comparaison avec l'année 2020, nous constatons une **augmentation de 5% des signalements**.

Répartition des signalements par pôles et professions :

Principal pôle « déclarant » : pôle Médecine-urgence.

Principaux pôles « concernés » : pôles ATL et Médecine-urgence.

Déclarations réalisées principalement par les **IDE** (19% des signalements), les **AS/AP** (16%), les **assistants de régulation médicale** (15%) et par les **cadres de santé** (14%). Au vu des effectifs dans leur catégorie professionnelle, nous constatons un nombre important de signalements déclarés par les assistants de régulation médicale, les cadres de santé, les cadres supérieurs de santé et les techniciens de laboratoire.

Typologie des signalements :

3 thèmes les plus importants en 2021 :

- **Processus communs**, principalement : identification du patient ; effectif insuffisant / charge de travail excessive ; absence de médecin et gestion de l'absentéisme ; non respect d'une procédure
- **Activités médicales / patients opérés**, principalement : retard de prise en charge d'un patient / mise en œuvre du traitement ; orientation du patient non adaptée ; difficultés / défaut de prise en charge adaptée d'un patient
- **Transport externe**, principalement : indisponibilité d'ambulance et refus de réaliser un transport.

Évènements indésirables récurrents (EIR) :

- **Erreurs sur l'identification du patient** (41 signalements).
- **Indisponibilité de transport externe** (17 signalements).
- **Approvisionnement insuffisant en linge** (14 signalements).
- **Faits de violence** (13 signalements) : 10 violences verbales et 3 violences physiques.
- **Effectif insuffisant / charge de travail excessive** (13 signalements).
- **Retard de prise en charge d'un patient** (12 signalements).
- **Orientation du patient non adaptée** (10 signalements).

Gravité des signalements :

3 événements indésirables graves signalés (EIG). Il s'agit :

- du décès d'un patient lors d'une biopsie thoracique sous scanner
- du décès d'un patient en service de soins – prise en charge d'une urgence vitale
- d'une erreur de prescription médicamenteuse.

Deux EIG ont fait l'objet d'une **analyse des causes profondes** sous la forme **d'une RMM afin de définir des mesures correctives et préventives**. La RMM concernant le décès d'un patient en service de soins est en cours de préparation. Ces **3 EIG** ont été **déclarés sur la plateforme nationale**.

Mise en place d'actions d'amélioration :

Suite à l'analyse des 346 évènements signalés en 2021, des actions correctives et préventives ont été définies. Elles sont recensées dans un tableau de suivi.

Au total, **8 RMM** et **2 CREX** ont été **conduits en 2021**. Ces analyses collectives ont concerné **13 EI déclarés en 2021** (5 RMM et 2 CREX) et **4 EI déclarés en 2020** (3 RMM).

Parmi les **13 signalements de 2021**, seulement **3 ont été déclarés via le dispositif interne** (logiciel), ce qui représente **23% des EI** (77% en 2020).

Une démarche institutionnelle de promotion de la culture de signalement a été conduite en 2021 : article dans le LIEN de septembre 2021 et de la réalisation d'actions de sensibilisation des professionnels.



II – 1.2 Coordination des vigilances :

Vigilances sanitaires	Bilan 2021
Hémovigilance	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'événements indésirables receveurs déclarés e-fit : 13 (14 en 2020) = 12 de grade 1 et 1 de grade 2 ; imputabilité possible/probable/certaine pour 12 EIR de grade 1 - Nombre d'incident grave de la chaîne transfusionnelle déclarés e-fit : 0 (0 en 2020) - Nombre total de PSL homologues délivrés : 4194 - Nombre total de PSL homologues transfusés : 4140 - Nombre total de PSL homologues repris conforme par l'ETS : 28 - Nombre total de PSL homologues détruits : 26, soit taux de destruction de PSL homologues = 0.62% (0.27% en 2020) - Taux de traçabilité des PSL : 100% - 1 réunion du CSTH en 2021 - Formations : aucune formation suivie en 2021 - Actions d'évaluation : aucune action conduite mais réalisation d'une enquête auprès des IDE sur le niveau de sécurité ressenti lors de l'acte transfusionnel - Actualisation de la documentation concernant la chaîne transfusionnelle.
Réactovigilance	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun signalement interne réalisé par les services de soins en 2021. - 9 alertes descendantes publiées par l'ANSM ont concerné les DMDIV utilisés au Laboratoire. (9 en 2020). 3 fournisseurs du Laboratoire ont fait l'objet d'au moins une déclaration de réactovigilance au cours de l'année 2021 (5 en 2020). - Aucun impact patient en lien avec ces réactovigilances, avéré ou potentiel, n'a été à souligner en 2021.
Matérovigilance	<ul style="list-style-type: none"> - 31 signalements reçus des services de soins ; 12 services concernés : 26 ont fait l'objet d'un signalement de litige qualité auprès du fournisseur et 5 ont fait l'objet d'un signalement à l'ANSM. - 538 alertes descendantes publiées par l'ANSM dont 28 concernaient le CHA.
Infectiovigilance (rapport annuel d'activité de lutte contre les infections nosocomiales 2021)	<p>Surveillance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 signalements externes : 3 clusters COVID, 1 listériose - Enquêtes réalisées dans le cadre du CPIAS : surveillance de la consommation des antibiotiques et de l'écologie microbienne (SPARES), surveillance des infections en Réanimation (REA REZO). - Surveillance de l'environnement : surfaces, air, eau. - Suivi des AES : cf. rapport d'activités de la médecine du travail. <p>Prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration/révision de procédures : concernant notamment le signalement des infections associées aux soins, le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs (Midline, voie sous cutanée), les précautions standard et complémentaires, la vaccination antigrippale des professionnels et liées à l'épidémie de la COVID-19. - Actualisation du livret à destination des professionnels des établissements de santé « COVID-19 ? Quelle attitude adopter ». <p>Formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation de formations à destination des professionnels de santé de l'établissement sur la prévention de la transmission de la COVID-19, sur la promotion de la vaccination antigrippale, sur les dispositifs invasifs, sur l'hygiène des mains, sur l'entretien des locaux, sur la manipulation du Midline, sur la pose du nouveau pansement sur VVP. <p>Evaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participation à l'enquête « OBSERVA4 » proposée par la mission nationale « SPIADI » - Réalisation de l'audit « zéro bijou » - Réalisation de l'audit « Pulpe'friction » proposée par le REPIAS - Evaluation des pratiques professionnelles de l'entretien des locaux - Audit de connaissances du circuit des déchets - Auto-évaluation sur la pose et les manipulations des Midlines



	<ul style="list-style-type: none"> - Recueil des indicateurs LIN en 2021 : - ICSHA 3 (données 2019) : 57% - VAG (en expérimentation, données 2020-2021) : 32,06% - ICSHA EHPAD (données 2020) : 2,62 (nombre de frictions par jour de présence d'un résident), +113% (évolution / année précédente)
Pharmacovigilance	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de signalements d'effets indésirables au Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV) : 71 (56 graves et 15 non graves) - Nombre de professionnels de santé différents qui ont signalé un effet indésirable au CRPV : 22
Biovigilance	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun signalement réalisé - Aucune alerte descendante - Rapport d'activités transmis à l'Agence de Biomédecine - Actualisation des procédures de biovigilance
Coordination des vigilances	<ul style="list-style-type: none"> - 1 réunion en 2021 : 1^{er} avril - Formation sur les vigilances : aucune session réalisée - Réalisation d'une évaluation des connaissances et des besoins des professionnels sur les vigilances sanitaires - Présentation en CME d'un bilan de l'ensemble des vigilances sanitaires

II – 1.3 Plaintes et réclamations et demande de dossiers médicaux (rapport annuel 2020 de la CDU) :

Données 2021 :

Nombre de réunions de la CDU plénière : **4** (3 en 2020).

Plaintes et réclamations / remerciements :

Nombre total de remerciements : **56** ; en baisse par rapport en 2020 (89)

Nombre total de réclamations : **60** ; en diminution par rapport à 2020 (67)

Principaux motifs :

- Communication / Information / Relationnel (35%)
- Prise en charge médicale (technique, diagnostic) (20%)
- Autres (12%)

Nombre total de médiations : **5** (4 en 2020).

Demandes d'accès aux dossiers médicaux :

Nombre total de demandes d'accès au dossier patient : **295** (251 en 2020).

Nombre total de demandes d'accès au dossier patient traitées (= dossiers complets) : **279, soit 94,6%** (241, soit 96% en 2020).

Délai moyen de réponse : **3** jours (2,5 jours en 2020).



II – 2 LES ACTIONS DE PREVENTION :

II – 2.1 Gestion des risques à priori :

Etat des lieux du déploiement :

- Actualisation de la cartographie des risques du circuit du médicament (« rétrocession » et « préparation des doses administrées »).
- Suivi des plans d’actions des comptes qualité de l’ensemble des thématiques obligatoires.

II – 2.2 Document unique sur les risques professionnels :

Etat d’avancement :

29 visites d’actualisation et 2 visites initiales ont été réalisées en 2021 (36 prévues) : taux d’actualisation du document unique = 55% (total unités = 56).

Aucune réunion de suivi du plan de prévention réalisée en 2021.

Annexe COVID : pas d’avancement en 2021.

Poursuite de la démarche RPS en 2021 :

- Aucun service réalisé (médecins et cadres de santé prévus en 2021) ;
- Aucune réunion du groupe projet RPS.

Bilan du plan de prévention :

<u>ETAT DE REALISATION :</u>	15% D’ACTIONS REALISEES (97/627)
	30% D’ACTIONS EN COURS (189/627)
	52% D’ACTIONS NON REALISEES (325/627)
	3% D’ACTIONS ABANDONNEES (16/627)

Risques liés à la manutention

Actions conduites :

- Poursuite des formations à la manutention des patients et au port de charges :
 - « Manutention acteur PRAPSS » : 1 session et 4 professionnels formés.
 - « Manutention des charges lourdes » (2 jours) : 1 session et 9 professionnels formés.
 - « Formation manutention » (2 jours) : 6 sessions et 36 professionnels formés.
 - « Journée à thèmes pour les soignants / atelier manutention » (2H) : 2 sessions et 27 professionnels formés.
 - « Utilisation en sécurité de chariots automoteurs de manutention » (1 jour) : 2 sessions et 7 professionnels formés.
- Identification de référents manutention dans les services de soins.
- Rénovation de sols abimés et réfection de douches (cf. chutes).
- Acquisition / renouvellement de matériels (aide à la mobilisation de patients, équipements médicaux/hôteliers/logistiques, équipements bureautiques). A poursuivre en 2022.
- Renouvellement de lits électriques des services de soins : déploiement progressif dans les unités de soins des 60 nouveaux lits reçus.
- Numérisation en cours des éléments du dossier patient (courriers et résultats externes).
- Adaptation de postes de travail par les Services Techniques (Restauration, Lingerie).
- Développement du travail en binôme pour la mobilisation des rolls et la manutention des patients à l’USLD.



Actions non réalisées :

- Réflexion sur les containers DASRI.
- Projet de réorganisation de l'activité de brancardage et d'affectation de temps de brancardage pour certains services de soins (1A-UCAA, consultations externes, 3A, explorations fonctionnelles).
- Rénovation de sols et réfection de douches et de pentes de salles de bains (cf. chutes).
- Révision du rayonnage de l'archivage des dossiers (service des archives et secrétariats médicaux).
- Rehaussement des paillasses du pré-analytique et du dépôt de sang (travaux prévus en 2022).
- Réflexion sur le circuit de distribution des produits pharmaceutiques.
- Evaluation de l'ergonomie de postes de travail.
- Etude à mener sur la mise en place d'un système de reconnaissance vocale pour l'élaboration des courriers médicaux (secrétariats médicaux).

Chutes

Actions conduites :

- Analyse des chutes en réunion du groupe d'analyse des AT (1 réunion en 2021).
- Limitation des interventions sur le poste de redémarrage de la borne WIFI par la mise en place d'un lien principal en Fibre Optique entre le site central du CHA et le site de la Ribère.
- Réfection de sols (couloir UHCD et SAU) et de la douche commune de Gastro-entérologie.

Actions non réalisées :

- Travaux non réalisés :
 - rénovation de sols abimés dans les secteurs identifiés (sol au sein du bloc, secteur balnéothérapie, couloir radiologie/laboratoire, couloir principal de pédiatrie, sas de livraison de la PUI).
 - réfection de la douche commune de Cardiologie.
 - réfection des pentes à l'entrée des salles de bains de l'EHPAD et du 1B, des douches du 2A, de l'UCCA et du salon d'entrée de l'UCAA.
 - rénovation des escaliers extérieurs (parking maternité).
- EPI non fournis pour les agents d'hôtellerie de l'EHPAD.
- Revoir le rayonnage de l'archivage des dossiers patient (salles d'archives et secrétariats médicaux) et réflexions sur l'organisation d'archives administratives (SAST, DRH-Formation).
- Equipement / renouvellement d'escabeaux : SAST, Hémodialyse.

Environnement

Actions conduites :

- Amélioration des dispositifs d'éclairage dans les secteurs identifiés : zone de conditionnement de la stérilisation, SAU, service de restauration.
- Renouvellement en cours d'EPI de protection contre le froid pour le personnel de la restauration.

Actions non réalisées :

- Réflexions sur certains locaux de travail : secrétariat de l'USLD, Bureau de la facturation, local biomédical, local du 2^{ème} sous-sol pour la réparation des lits (extraction d'air et revêtement du sol).
- Amélioration des dispositifs d'éclairage dans les secteurs identifiés (Réanimation, secrétariat du SAU, Archives, 5A).
- Amélioration du confort thermique des secrétariats médicaux (système de rafraîchissement, équipement des fenêtres des noyaux centraux (store, film occultant)).



- Equipement / renouvellement d'EPI :
 - Equipements de protection contre le froid pour les agents d'hôtellerie à l'EHPAD.
 - Bouchons anti-bruit : consultations externes (scie à plâtres), laboratoire, restauration, agents d'hôtellerie de l'EHPAD, kinésithérapie, services techniques.
- Réflexion sur les solutions envisageables pour diminuer le niveau sonore de l'appel malade au 2C.
- Création en secteur de balnéothérapie d'une intermittence du fonctionnement de la centrale de traitement d'air en fonction de l'activité.
- Mesure de l'ambiance sonore dans les secteurs identifiés.
- Organisation des zones fumeurs : point fumeur au niveau de l'entrée principale non aménagé.

Matériels, équipements et véhicules dangereux

Actions conduites :

- Renouvellement de deux auto-laveuses (janvier 2022).
- Mise en place d'un ordre de mission permanent pour les services identifiés.
- Renouvellement des véhicules affectés à l'EOH (fait) et aux services techniques (projet en cours).
- Poursuite de la formation des AS chauffeurs SMUR : 2 agents formés au niveau 1 et 2 agents formés au niveau 2.

Actions non réalisées :

- Réflexion à mener sur les moyens de protection des agents lors de la tonte des talus.
- Renouvellement du véhicule mis à disposition de l'équipe Douleur et Soins palliatifs (fait en 2022).
- Amélioration de la visibilité à la sortie du site de La Ribère.
- Fourniture de gants adaptés aux activités de l'ergothérapeute et pour la saisie des plateaux repas dans les services identifiés.

Situations de co-activités

Action non réalisée :

- Réflexion à conduire sur la sécurisation de la zone logistique (croisement important de flux et de personnels dans la cour des services logistiques entre 8H et 12H).

Rayonnements

Actions conduites :

- Formation à la radioprotection des patients (Rhumatologues, Chirurgiens et IBO)
- Formation spécifique aux risques « NRBC » : 1 médecin formée (formation NRBC) et 18 agents formés (formation "REB-COVID 19").
- Poursuite du renouvellement des tabliers de plomb.
- Mise en place du suivi médical spécifique des agents du bloc par le CSTG 32.
- Poursuite de la démarche sur l'évaluation du risque lié à l'exposition aux ondes électromagnétiques (Imagerie Médicale).

Actions non réalisées :

- Formation à la radioprotection des travailleurs pour le personnel médical intervenant au bloc opératoire et les rhumatologues.
- Réalisation d'actions de sensibilisation à la radioprotection dans les secteurs identifiés (Biomédical, 5A).
- Equipement des agents des espaces verts d'une tenue professionnelle et d'EPI adaptés à la protection contre les UV.



Risques psycho-sociaux

Actions conduites :

- Projets de réorganisation en cours : DRH avec mise en place d'une gestion de la polyvalence, fonction restauration, optimisation de la facturation, augmentation du capacitaire en hémodialyse, organisation et regroupement des différents magasins, mutualisation des consultations externes.
- Déploiement de la nouvelle version d'Octime.
- Réflexion en cours sur le positionnement des agents faisant fonction sur des postes d'encadrement (formation, grade) en service de restauration.
- Acquisition de matériels et de mobiliers dans les secteurs ciblés. A poursuivre sur 2022.
- Mise en place / poursuite des réunions de service dans les services identifiés : 1B, Bloc-1B, Bloc, DS-DRH, DRHAM, Restauration, PUI.
- Affichage du délai d'attente au service des urgences opérationnel depuis mai 2021.
- Réflexions en cours sur l'organisation des visites médicales dans les secteurs identifiés (3B, néphrologie, 5A).
- Remise en fonctionnement du système d'appels malade à l'USLD.
- Démarches de résolution de conflits : DRH, restauration, transport, laboratoire, stérilisation, GIE.
- Poursuite de formations :
 - Tutorat : 13 professionnels formés.
 - Faire face aux situations d'agressivité et de violence : 1 session et 9 professionnels formés.
 - Gestion du stress et prévention de l'épuisement professionnelle : 2 sessions et 12 professionnels formés.
 - Sophrologie, réflexologie, méditation, autohypnose : présentation et initiation à des méthodes alternatives de gestion du stress : 1 session et 1 agent formé.
 - Gestes de self défense : 2 sessions et 13 professionnels formés.
 - Communiquer avec bienveillance : 1 session et 12 professionnels formés.
 - Accompagnement des personnes en fin de vie : 1 session et 8 professionnels formés
 - Deuil et famille : accompagnement et soutien des familles vivant un deuil : 1 session et 3 professionnels formés.
 - Toucher relationnel : 1 session et 7 professionnels formés.
 - Formation des ASH pour participer aux soins d'hygiène de confort et de bien-être de la personne âgée : 1 session et 4 professionnels formés.
 - Ethique et décision dans le soin : 1 session et 5 professionnels formés.
 - Réflexion éthique dans la pratique des soins et d'hygiène : 1 session et 8 professionnels formés.
 - Méthode MONTESSORI adaptée : 1 session et 6 professionnels formés.
 - Prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement : 1 session et 4 professionnels formés.
 - Prendre soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : 2 sessions et 7 professionnels formés.
 - Manager une petite équipe : 1 session et 6 professionnels formés.

Actions non réalisées :

- Mise en place d'une procédure de contrôle/surveillance lors des interventions du service informatique en astreinte (travailleur isolé).
- Réflexion à mener sur le déploiement de DECT-PTI (travailleur isolé) dans les services identifiés : SAST (prévu en 2022), services techniques, transport, équipe de nuit de néonatalogie, ELSA.
- Visites d'informations et de prévention (IDE du SAST).
- Réflexion à mener sur l'intégration des nouveaux agents ou lors de changement de poste (temps d'encadrement, formation, tuilage) en service de restauration.
- Mise en place d'appels malade dans les boxes du service des Urgences.
- Travaux de rénovation dans les services ciblés et de réorganisation des espaces (3A, Explorations cardiaques, 1B, 1A/UCAA, USLD, 5B, PUI, secrétariats médicaux).



- Projet de réorganisation de l'activité de brancardage et d'affectation de temps de brancardage pour certains services de soins.

Dangers chimiques :

Actions conduites :

- Mise en place d'un suivi médical spécifique des agents dans les secteurs identifiés (PUI (chimiothérapie), endoscopies, bloc).
- Formation à la manipulation du méthothrèxate organisée avec la pharmacie (Maternité).
- Mise à disposition d'EPI dans les secteurs identifiés (Services techniques, Hémodialyse, Lingerie, Transport, SAU). A poursuivre en 2022 (Service électrique, Ergothérapeute).
- AT (ASH) liés à l'utilisation d'un nouveau produit désinfectant et nettoyeur : réutilisation du produit habituel ANIOS dès la fin de la rupture stock.

Actions non réalisées :

- Mise en place d'une formation à la prévention du risque chimique. Démarche initiée au service Biomédical (formation e-learning).
- Mise à disposition des équipes des fiches de données de sécurité. Démarche initiée dans quelques services.
- Etude de circuits d'évacuation de déchets chimiques : produits chimiques du laboratoire ; bains de dialyse et des produits de désinfection (local de pré-désinfection).
- Réflexion sur le local de travail du biomédical.
- Formation du personnel technique au risque amiante.

Dangers biologiques et risque infectieux :

Actions conduites :

- Poursuite des actions de formation des professionnels de soins aux précautions standards et complémentaires par l'EOH.
- Développement de la polyvalence de l'équipe du DIM sur des tâches très spécifiques.

Actions non réalisées :

- Système de traitement d'air à revoir au SAU.
- Réflexion sur les containers DASRI.
- Equipement de supports adaptés sur les chariots pour la collecte des déchets (CHPOT, 3A, SAU-UHCD).
- Actions de sensibilisation des équipes à la prévention des AES dans les secteurs identifiés (5A, 2B, Biomédical).

Dangers incendie, explosion, fluides sous pression, électrique :

Actions conduites :

- Poursuite de la formation des professionnels à la Sécurité incendie : taux de personnel formé en 2021 sur l'ensemble des services de l'établissement = 26,2% (15,5% en 2020).
- Poursuite de formations à l'habilitation électrique : 5 agents techniques formés.
- Suppression du bec de gaz au Laboratoire (remplacement par une plaque vitrocéramique).

Actions non réalisées :

- Mise en place d'une armoire de stockage adaptée aux produits hautement inflammables (Biomédical).
- Révision de l'implantation électrique lors de chaque changement de matériel au Laboratoire.
- Poursuite de la réflexion avec le service de sécurité incendie sur la mise à disposition d'un briquet à l'extérieur du bâtiment et la définition de points fumeur à l'USLD.



II – 2.3 Visite d'analyse des risques médicaux (SHAM) :

Suivi des recommandations / propositions d'amélioration proposées par la SHAM suite à la visite d'analyse des risques du 5 février 2019 (rapport reçu début 2020) :

Obstétrique :

- La mise peau à peau du nouveau-né et ses modalités de surveillance doivent être formalisées, les professionnels sensibilisés aux risques particuliers : la surveillance du peau à peau est formalisée au sein d'un protocole « pratique du peau à peau pour les nouveaux-nés » (MED FT 112) validé en août 2021. Il est accompagné de la formalisation d'une fiche de surveillance (MED FE 40) et d'une fiche d'information des parents (MED DI 13). Ces documents étaient en phase de diffusion au moment de la visite de risque de la SHAM du 14 octobre 2021. Une évaluation de sa bonne application est à prévoir.

Urgences :

- Mettre en place, en routine, des revues périodiques des dossiers : Une présentation hebdomadaire de cas cliniques est mise en place tous les mercredis. Cette organisation est formalisée dans le règlement intérieur du staff (URG PR 13). La traçabilité est réalisée par un écrit (URG FE 24) archivé dans un dossier.

Secteurs opératoires :

- Poursuivre la réorganisation du bloc opératoire, en mettant en place, de manière pérenne, une réunion hebdomadaire de validation tripartite du programme opératoire prévisionnel : Le règlement intérieur de la réunion de programmation du bloc a été révisé en septembre 2021 afin de permettre cette validation tripartite (INT PR 05). Une fiche de préparation de la réunion de programmation du bloc (INT FE 09) a été élaborée en mars 2021. La charte du bloc opératoire est en cours d'actualisation (INT PR 07).
- Formaliser la répartition des rôles entre chirurgiens et anesthésistes par la rédaction d'une charte de fonctionnement des équipes anesthésiques et chirurgicales, tel que préconisé par la HAS : charte élaborée et diffusée en septembre 2019 (MED PR 70).

Nouvelle visite réalisée le 14 octobre 2021 : rapport de visite reçu le 17 janvier 2022 avec 8 recommandations :

- Proposer régulièrement aux professionnels des formations à l'annonce du dommage associé aux soins avec des mises en situation.
- Proposer aux professionnels de manière régulière des formations en lien avec les droits des usagers.
- Formaliser dans le dossier patient les actes réalisés dans le cadre d'une activité libérale. Le consentement éclairé du patient à cette prise en charge libérale doit également être signé et retrouvé dans le dossier.
- Mettre en œuvre de manière régulière des audits de dossiers sur l'ensemble des secteurs à risque incluant les critères de l'assureur.
- Sensibiliser les professionnels à l'importance de la déclaration des erreurs médicamenteuses et développer leur analyse systématique (CREX, REMED, RMM...) quelque soit le secteur, y compris les secteurs à risque.
- Rappeler les bonnes pratiques d'administration des médicaments et évaluer régulièrement leur application sur le terrain.
- Evaluer la tenue du partogramme en référence aux recommandations de la HAS et de l'assureur.
- S'assurer que les spécialistes sollicités tracent leur avis dans le dossier du patient.



II – 2.4 Bilan des contrôles et inspections concernant la sécurité sanitaire (organismes et autorités externes) :

Domaines de sécurité sanitaire pour lesquels des recommandations sont en cours de traitement :

- La sécurité incendie : Commission de sécurité du 22 novembre 2019 (site principal) et du 22 mai 2019 (USLD).
- Le circuit du médicament : ARS du 3 juin 2014 et du 12 juillet 2021 (visite d'autorisation d'activités).
- Stérilisation des dispositifs médicaux : ARS du 12 juillet 2021 (visite d'autorisation d'activités).
- Désinfection des dispositifs médicaux : ARS du 10 janvier 2020.
- L'hygiène alimentaire : DDCSPP du 19 juin 2019 (site principal) et du 12 octobre 2015 (USLD).
- L'imagerie et l'exploration fonctionnelle : ASN du 14 et 15 avril 2016 et ASN du 16 novembre 2021 (pratiques interventionnelles radioguidées au bloc opératoire).

Domaines de sécurité sanitaire pour lesquels on note l'absence de contrôles réglementaires :

- Les effluents liquides : gestion des eaux usées par la Communauté des Communes (USLD).



III – ACTIONS D’EVALUATION

III – 1 BILAN DES QUESTIONNAIRES DE SORTIE : synthèse en annexe

Taux de retour : 4,3% (3,9% en 2020) ; la maternité représente 74% des questionnaires retournés. On note une légère hausse du taux de retour global de l’établissement par rapport à 2020. Seuls la Maternité (25,8%) et le SSR 2A (29,8%) ont atteint un taux de retour supérieur à 20% (objectif).

Appréciation d’ensemble sur le séjour : **98,7%** de satisfaction (98,6% en 2020).

Points à améliorer :

- Taux de retour des questionnaires de satisfaction
- Remise du livret d’accueil (effective seulement dans 70% des cas)
- Température des locaux / Manque de climatisation
- Niveau de bruit / locaux mal insonorisés
- Etat de vétusté de locaux et de matériels (notamment inconfort de lits/matelas)
- Absence de douche individuelle / Une seule douche dans certaines UF
- Repas (satisfaction à 77%)

Plan d’actions d’amélioration : (validé en CDU du 24/05/2022)

- Compléter le dispositif en place (questionnaires papier) par un outil d’enquêtes en ligne (FRAMAFORMS, outil opensource gratuite pour recueil en ligne) : Projet 2022 : Enquête des proches en réanimation + enquête post-partum en maternité.
- Développer des questionnaires spécifiques au parcours patient (HDJ SSR, RAAC digestive, etc.).
- Affichage des résultats de satisfaction dans les unités (uniquement dans les unités ayant un taux de retour représentatif).
- Rappel aux équipes soignantes sur la remise au patient du livret d’accueil et du questionnaire de satisfaction.
- Actualisation du livret d’accueil.
- Mise à disposition du livret d’accueil sur le site internet de l’hôpital, pour faciliter l’accès des patients à ce document d’information utile en amont et pendant le séjour.
- Etude des solutions envisageables pour les points liés aux bâtiments/équipements (prise en compte dans le cadre de l’élaboration du projet d’Etablissement).
- Evaluer la localisation des douches/sanitaires adaptés aux personnes handicapées (point en lien avec l’application de la charte Romain Jacob).

III – 2 INDICATEURS E-SATIS :

Indicateurs e-SATIS SSR : **données insuffisantes**

Pour l’année 2021, taux de répondants (11 répondants / 32 mails envoyés) = **34,38%**.
90,9% de patients recommandent l’établissement à ses amis ou proches.



Indicateurs e-SATIS MCO + 48H :

Pour l'année 2021, taux de répondants (159 répondants / 438 mails envoyés) = **36,3%** (37,54% en 2020).
49,03% de patients recommandent l'établissement à ses amis ou proches (57,94% en 2020).

Indicateurs	Résultats 2021 (159 réponses)	Résultats 2020 (108 réponses)	Résultats nationaux 2021
Satisfaction globale	71,76 Classe C	72,37 Classe C	73,3
Satisfaction de l'accueil	67,5	66,37	71,5
Satisfaction de la prise en charge par les médecins / chirurgiens	81,15	81,61	80,9
Satisfaction de la prise en charge par les infirmiers et les aides-soignants	82,45	81,42	81,7
Satisfaction des repas	60,03	61,83	59,2
Satisfaction de la chambre	65,7	68,51	73,8
Satisfaction de l'organisation des sorties	63,65	65,05	64,3

Indicateurs e-SATIS Chirurgie ambulatoire :

Pour l'année 2021, taux de répondants (165 répondants / 408 mails envoyés) = **40,44%** (33,51% en 2020).
69,59% de patients recommandent l'établissement à ses amis ou proches (66,67% en 2020).

Indicateurs	Résultats 2021 (165 réponses)	Résultats 2020 (63 réponses)	Résultats nationaux 2021
Satisfaction globale	83,85 Classe A	82,29 Classe A	77,7
Satisfaction de l'organisation avant l'hospitalisation	85,93	84,63	81,6
Satisfaction de l'accueil	85,97	83,78	81,2
Satisfaction de la prise en charge pendant l'hospitalisation	88,08	86,65	84,5
Satisfaction de la chambre et repas / collations	77,23	76,26	73,5
Satisfaction de l'organisation de la sortie et retour à domicile	80,64	78,54	70,8



III – 3 AUDITS ET ENQUETES DE SATISFACTION :

Evaluations réalisées en 2021 :

- Evaluation de la réalisation d'une consultation paramédicale dans le cadre de la consultation médicale d'annonce en cancérologie.
- Tenue des chariots d'urgence.
- Gestion du matériel stérilisable dans les unités de soins.
- Audit de pratiques en stérilisation : recomposition et conditionnement.
- Audit des pratiques en stérilisation : chargement, déchargement et libération de charge.
- Pratiques en chirurgie : traçabilité des informations dans le dossier patient et le dossier d'anesthésie, marquage du site chirurgical.
- Evaluation de l'utilisation effective de la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire ».
- Enquête d'opinion auprès des utilisateurs de la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire ».
- Evaluation de la préparation/organisation de la sortie d'hospitalisation des patients âgés fragiles en services de médecine, au CH d'Auch (cadre d'un mémoire réalisé par Mme Lefrançois).
- Evaluation des connaissances des personnels des unités de médecine et CSG sur la personne âgée (cadre d'un mémoire réalisé par Mme Lefrançois).
- Evaluation du circuit transfusionnel au CH d'Auch auprès des IDE et sages-femmes.
- Evaluation des nouveaux menus auprès des personnels des unités de soins et du personnel de restauration.
- Evaluation des connaissances et des besoins des professionnels sur les vigilances sanitaires.
- Enquête de connaissances des professionnels du CH d'Auch sur les droits des patients.
- Enquêtes de satisfaction auprès des patients : UCAA, SSR 2A, service de Kinésithérapie, dans le cadre des programmes d'ETP en diabétologie et en rééducation cardiaque, RAAC orthopédie, séance d'hypnose en Imagerie médicale (IRM), patients externes du Laboratoire et au niveau de la prestation en restauration.



III – 4 EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP) :

Activités de la sous-commission de la CME en charge du DPC :

1 réunion de la sous-commission de la CME en charge du DPC :

- 21/06 : taux de participation = 6 participants / 24 = 25%

Taux global de participation aux réunions : 25% (26% en 2020)

Programme d'actions :

- Développement de programmes DPC au sein de l'établissement : 5 programmes proposés en 2021 (6 en 2020).
- L'information régulière des instances et des professionnels s'est poursuivie lors d'interventions en :

CME :

- ⇒ 08 mars 2021 = Présentation des résultats de l'audit sur la qualité de la lettre de liaison réalisé en 2020 et informations sur le recueil 2021 des Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins.
- ⇒ 12 avril 2021 = Présentation du bilan 2020 de la politique qualité et sécurité des soins (dont l'axe EPP et DPC) et le programme d'actions 2021.
- ⇒ 14 juin 2021 = Présentation du projet qualité et gestion des risques du projet d'établissement 2021-2025 (dont l'axe EPP).

REUNIONS CADRES DE SANTE :

- ⇒ 11 février 2021 = Présentation de l'enquête sur l'évaluation du circuit transfusionnel réalisée auprès des IDE et des sages-femmes (méthodologie et questionnaire).
- ⇒ 26 mai 2021 = Présentation du projet qualité et gestion des risques du projet d'établissement 2021-2025 (dont l'axe EPP).
- ⇒ 12 octobre 2021 = Présentation des résultats de l'enquête sur l'évaluation du circuit transfusionnel réalisée auprès des IDE et des sages-femmes.

- Evaluation des parcours de soins : aucun patient traceur réalisé
+ Une formation à la méthode du patient traceur (2 sessions réalisées en juin et octobre 2021) : 1 cadre supérieur de santé, 4 cadres de santé et 1 technicienne QGR formées.
- Réalisation de RMM :
 - Pôle mère-enfant : 1 réunion (1 cas analysé) le 22 février.
 - Pôle médecine urgences : 1 RMM Réanimation / SAU / Imagerie médicale le 22 janvier concernant un choc anaphylactique au produit de contraste iodé (1 cas analysé = EIG n°20-149).
1 RMM Réanimation / SAU avec la polyclinique de Gascogne (filiale urologie) le 05 février (2 cas analysés = EIG n°20-198 et EIG n°20-233).
1 RMM sur une erreur de prescription médicamenteuse au SAU le 17 novembre (1 cas analysé = EIG n°21-046)
 - Pôle médico-chirurgical : 1 RMM d'Anesthésie le 25 mars (4 cas analysés)
1 RMM Chirurgie digestive / Anesthésie le 15 juin (1 cas analysé = décès après une prise en charge chirurgicale de syndrome occlusif).
 - RMM Institutionnelle : 1 RMM Pneumologie / Neurologie / Réanimation / SAU / Imagerie médicale concernant un décès lors d'une biopsie thoracique sous scanner le 07 juillet (1 cas analysé = EIG n°21-027)
1 RMM Chirurgie digestive / Gastro-entérologie / Anesthésie / UPUM / SAU le 26 octobre (2 cas analysés = hémorragies digestives).
- Démarches de pertinence des soins : 5 démarches en 2021 : pertinence de la prescription des hémocultures en services de médecine interne, onco-hématologie et rhumatologie, pertinence de la prescription des anticoagulants en chirurgie gynécologique, réévaluation de l'antibiothérapie à 48h - 72h et justification des antibiothérapies de plus de 7 jours, audit antibioprophyllaxie en chirurgie, pertinence des demandes de scanners abdo-pelviens en urgence.
- Démarches EPP à partir d'indicateurs de pratique clinique : 3 démarches en 2021 : évaluation de la réalisation d'une consultation paramédicale dans le cadre de la consultation médicale d'annonce en cancérologie, prise en charge des asphyxies perpartum et prévention des encéphalopathies, prise en charge initiale des hémorragies du post-partum.



- Dispositif d'accréditation des médecins exerçant une activité ou une spécialité dite « à risques » :
 - 3 médecins accrédités : Dr Szilvia ANTAL (renouvellement en 2019), Dr ASENSIO (renouvellement en 2018), Dr LEJEUNE (renouvellement en 2020).
 - Absence de lien avec le dispositif de gestion des risques de l'établissement.

Bilan des démarches d'EPP (hors recueil des indicateurs IPAQSS) :

Pôle médecine :

- Poursuite des staff-EPP en cardiologie : 8 réunions réalisées en 2021.
Thèmes abordés : embolie pulmonaire (ESC 2019), dysthyroïdie du sujet âgé, infection urinaire CAT ECBU, HTA, amylose - protocole de diagnostic, diabète et prévention (ESC 2019 2021 et SFD 2020), insuffisance cardiaque (ESC 2021), prise en charge des valvulopathies (ESC 2020).
- Poursuite des RCP thrombose : 3 réunions réalisées en 2021 avec propositions thérapeutiques après analyse de dossiers (30/06 ; 28/09 ; 25/11) :
 - Thrombose et accès veineux
 - Thrombose et cancer : actualités JEICT 2021
 - Thrombose et cancer : référentiels AFSSOS.
- Staffs-EPP en réanimation : deux réunions en 2021 (janvier et mars 2021). Reprise des staffs EPP en 2022.
- Recensement des morts encéphaliques et enquête sur les décès (programme « cristal action ») : réalisation de l'enquête sur les décès 2021 permettant d'évaluer l'impact des actions menées par la CHPOT. Présentation des résultats de cette enquête et définition des actions d'amélioration au COPIL Cristal Action du 13 janvier 2022.
Présentation des résultats de l'enquête de connaissances, attitudes et pratiques réalisée en 2019 auprès des professionnels de santé au service de neurologie en juin 2021 et au COPIL Cristal Action du 13 janvier 2022. Une présentation de ces résultats aux services de Réanimation et des urgences, en CME et en réunions de cadres et la mise en place d'une journée de formation sur le don et la prise en charge des donneurs sont prévues en 2022.
- Amélioration de la prescription des antibiotiques en réanimation : réunions de concertation avec les biologistes, l'EOH et les infectiologues reprises en décembre 2020 afin d'améliorer la collaboration et la communication entre les équipes. Essai de poursuite des réunions en 2021 non concluant.
- Mise en place d'un registre de pharmacovigilance en réanimation : démarche clos en l'état en 2021.
- Pertinence de la prescription de la procalcitonine (services PMU) : pas d'avancement en 2021. A reconduire car il faut faire une évaluation en dehors des périodes Covid en particulier pour la réa et l'UPUM.
- Pertinence de la prescription des médicaments intraveineux par rapport à la voie orale (services PMU) : démarche abandonnée.
- Traçabilité du projet de soins en médecine interne : poursuite de la mise en œuvre du plan d'actions.
- Tenue du dossier patient aux urgences : première évaluation réalisée le 26/11/2020. Présentation des résultats à l'équipe des urgences le 04/03/2021. Mise en œuvre du plan d'actions en 2021. Pas de nouvelle évaluation réalisée en 2021.
- Evaluation de la réalisation d'une consultation paramédicale dans le cadre de la consultation médicale d'annonce en cancérologie : mesure du nombre de consultation d'annonce médicale en cancérologie non suivie d'une annonce paramédicale sur la période 1^{er} janvier au 30 septembre 2021. Présentation des résultats en réunion de service début novembre 2021 et mis en œuvre des actions d'amélioration sur novembre et décembre 2021.
- Sécurisation du circuit des médicaments stupéfiants au 4C : grille d'audit définie et validée. Observations débutées en 2021 mais peu de situations à observer.
- Pertinence de la prescription des hémocultures en services de médecine interne, onco-hématologie et rhumatologie : recueil de données réalisé en 2021. Données en cours d'exploitation par le Dr VAILLANT.



Pôle mère-enfant :

- Poursuite des staffs-EPP du pôle mère-enfant (staffs hebdomadaires).
- Évaluation de la tenue du partogramme (3 évaluations): Pas d'avancement en 2021. Évaluation à prévoir en 2022.
- Prise en charge des asphyxies perpartum et prévention des encéphalopathies : poursuite d'une revue mensuelle de dossier d'enfant né avec pH<7,10 et/ou APGAR < 7 à 5 min de vie.
- Prise en charge initiale des hémorragies du post-partum (HPP) : Suivi annuel du nombre d'HPP en précisant celles qui nécessitent une transfusion ou chirurgie. Revue de dossier et/ou audit dossier (grilles IQSS) à formaliser.
- Évaluation du code couleur césarienne en urgence : poursuite d'une revue mensuelle de dossiers de césarienne code rouge.
- Analyse des pratiques en salle d'accouchement par simulation : Pas de nouvelle formation réalisée en 2021.
- Tenue du dossier patient en pédiatrie / néonatalogie : Pas d'avancement en 2021. Une seconde évaluation est prévue sur 2022.
- Revue de pertinence de la prescription des anticoagulants en post partum de césarienne : Pas d'avancement en 2021. Une 2^{ème} évaluation est prévue en 2022.
- Revue de pertinence de la prescription des anticoagulants en chirurgie gynécologique : un audit sur la prescription des anticoagulants en chirurgie gynécologique a été réalisé en 2021 (revue de 30 cas de chirurgie pelvienne bénigne >1h). Les résultats ont été présentés au staff du 26 avril 2021. Deux actions d'amélioration ont été mises en œuvre en 2021 : diffusion d'un guide de bonnes pratiques de prescription aux gynéco-obstétriciens et médecins anesthésistes, aux sages-femmes et aux IDE du 1A + diffusion d'un protocole en septembre 2021 (MED FT 113). Une 2^{ème} évaluation est prévue en 2023.

Pôle médico-technique :

- Stockage des médicaments et des DMS dans les salles de soins : poursuite des audits de contrôle de la pharmacie dans les unités de soins en 2021. Nombre d'audits réalisés = 9 / 35 armoires au total = 26%.
- Pose des lignes de perfusion (2 évaluations) : Pas de nouvelle évaluation en 2021. Une nouvelle évaluation est prévue en 2023.
- Évaluation de la conformité des prescriptions de pansements destinées à la ville en post-chirurgie : analyse en rétrospectif de la conformité de 30 prescriptions de pansements des services de chirurgie ou des consultations externes réalisées sur la période de novembre 2021 à mars 2022 (2 spécialités chirurgicales évaluées : orthopédie-traumatologie et chirurgie digestive). L'analyse des résultats et la mise en œuvre du plan d'actions sont prévues en 2022.
- Réévaluation de l'antibiothérapie à 48h - 72h et justification des antibiothérapies de plus de 7 jours : Lancement et planification d'une évaluation de prescriptions d'antibiothérapie en décembre 2021 (planification des dates de recueil et identification des prescriptions d'antibiothérapie à analyser). Le recueil des données et l'analyse des prescriptions ont été réalisés en janvier 2022.
- EPP antibioprophylaxie en chirurgie : audit réalisé par l'équipe du bloc opératoire en 2021 et présenté au Conseil de bloc du 13/06/2022.
- Évaluation de la prise en charge des patients en précautions complémentaires : 46 observations réalisées en 2021 à partir des notifications du laboratoire. Les bonnes pratiques sont respectées à >80%.
- Audit des pratiques de la préparation cutanée de l'opéré : pas d'avancement en 2021.
- Enquête nationale de prévalence et de bon usage des antibiotiques : enquête non réalisée en 2021.
- Audit sur le sondage urinaire : pas d'avancement en 2021.
- Pertinence du maintien des cathéters centraux et périphériques : pas d'audit proposé par le CPIAS Occitanie en 2021.



- Evaluation des pratiques d'hygiène des mains :
 - o Observation Zéro-bijou le 10/05 sur l'ensemble de l'établissement, le taux de conformité global est de 74%.
 - o Quick audit « Pulpe'Friction » en mai 2021 auprès de 4 services (maternité, cardiologie-diabétologie, imagerie et gastro-entérologie-néphrologie) : *les résultats ont été restitués à chaque équipe avec remise d'un poster des résultats*
- Prévention des veinites liées aux voies veineuses périphériques : poursuite en 2021 du dispositif de signalement des veinites en cardiologie. Réalisation de l'audit des pratiques de pose et manipulation des dispositifs intravasculaires OBSERVA4 (SPIADI = Surveillance et Prévention des Infections Associées aux Dispositifs Invasifs) en Cardiologie, Médecine interne, Rhumatologie et Onco-hématologie.
- Bonnes pratiques d'utilisation des MIDLINE : audit de connaissance réalisé du 15/06 au 3/08 auprès des IADE (pose) et des unités de soins (manipulations et pansement) (chirurgies digestive et orthopédique, court séjour et SSR gériatrique, cardiologie, diabétologie, gastro-entérologie, néphrologie, Médecine interne, Rhumatologie et Onco-hématologie).
- Audit de pratiques d'entretien des locaux : observations des pratiques par l'IDE de l'EOH auprès de 14 ASH sur la période du 06/09 au 21/10/2021. 10 services ont été concernés : Maternité, 1A et 1B, 2A et 2C, 3A et 3B, 4B et 4C, 5C. Ces observations ont montré un taux de conformité globale de 72,2% pour le respect des précautions standard, de 91,1% pour l'entretien des surfaces de la chambre, de 80% pour l'entretien des sanitaires, de 56,6% pour l'entretien des sols et de 56,6% pour la traçabilité. Les résultats ont été présentés lors de la réunion des correspondants en hygiène AS/ASH du 22/11/2021. La mise en œuvre des actions d'amélioration débutée fin 2021 se poursuivra en 2022.
- Qualité du dossier transfusionnel (1^{ère} évaluation) : pas d'avancement en 2021. Informatisation du dossier transfusionnel prévue fin 2022 – début 2023.
- Revue de pertinence des prescriptions de PSL (1^{ère} évaluation) : pas d'avancement en 2021. Résultats non présentés en CME. Une nouvelle évaluation est prévue en 2022.
- Revue de pertinence de la prescription des RAI (1^{ère} évaluation) : pas d'avancement en 2021. Une nouvelle évaluation est prévue en 2022.
- Revue de pertinence des demandes de scanners abdo-pelviens en urgence : formalisation et diffusion en mai 2021 d'un protocole de prise en charge des scanners abdo en urgence.

Pôle médico-chirurgical :

- Organisation, pratiques et gestion du risque infectieux "patient" en endoscopie : pas d'avancement en 2021.
- Amélioration et uniformisation de la prise en charge des escarres en service de chirurgie orthopédique : Lancement du recueil des données en 2021 (2^{ème} évaluation).
- Prévention de la dénutrition en chirurgies orthopédique et viscérale : Présentation des résultats de la première évaluation réalisée en 2018 au CLAN du 1er juillet 2021. Lancement du recueil des données en 2021 (2^{ème} évaluation).
- Optimisation de la prise en charge de la douleur en chirurgie orthopédique lourde : Pas d'avancement en 2021. Démarche à relancer en 2022.
- Evaluation de la conformité des documents de liaison lors du transfert des patients de chirurgie orthopédique vers les SSR du GHT : Transmission d'une enquête de satisfaction auprès des médecins et des cadres des SSR du GHT du Gers en juillet 2021. Le recueil de données s'est déroulé de juillet à septembre 2021. L'analyse des résultats et la définition du plan d'actions ont été réalisées en octobre/novembre 2021. Le plan d'actions est en cours de validation pour une mise en œuvre en 2022. Une présentation des résultats et de la proposition du plan d'actions a été réalisée auprès des RAQ des établissements du GHT en janvier 2022.



Actions transversales :

- Evaluation du risque de Syndrome de Renutrition Inappropriée : une nouvelle évaluation a été réalisée par le service diététique en février 2021. Les résultats ont été présentés au CLAN de juin 2021. Une formation du personnel soignant au risque de SRI par le service diététique est prévue sur l'année 2022.
- Dépistage de la dénutrition : Pas de nouvelle évaluation réalisée en 2021. Une prochaine évaluation est prévue en 2023.
- Evaluation de la pratique de la contention physique passive : poursuite de la mise en œuvre du plan d'actions en 2021 = réalisation d'ateliers sur les bonnes pratiques de contention animés par les ergothérapeutes (source = bilan formation 2021).

Orientations 2022 de la sous-commission de la CME en charge du DPC :

La synthèse des activités 2021 de la sous-commission a permis de formaliser des réajustements pour 2022 :

- Définir et mettre en œuvre le programme EPP 2022 (pertinence des soins et actions transversales en lien avec la personne âgée, vulnérable, fragile et en situation d'handicap) et relancer l'EPP sur les bonnes pratiques de contention.
- Poursuivre la formation à la méthode du patient traceur afin de renforcer le groupe d'auditeurs.
- Définir et mettre en œuvre un programme de patients traceurs.
- Poursuivre le développement des RMM intégrées dans les pratiques des secteurs à risque.
- Développer l'accréditation en équipe pour la spécialité de gynéco-obstétrique.
- Promouvoir la démarche d'accréditation au sein de l'établissement (recensement et information des médecins éligibles) et intégration de cette démarche dans le programme qualité et sécurité des soins de l'établissement.

Le programme EPP défini pour 2022 (nouveaux projets) :

Pôle médecine-urgences :

- Pertinence de la transfusion en réanimation
- Pertinence du maintien de la sédation en réanimation
- Evaluation de la conformité des LATA

Pôle médico-chirurgical :

- Prise en charge des redons en post-chirurgie orthopédique
- Bilan biologique en pré-opératoire

Pôle mère-enfant :

- Pratiques et utilisation des fiches spécifiques de surveillance minimale et hémorragie du post-partum
- Suivi des femmes en SSPI après césarienne surtout si HPP
- Evaluation de la conformité de l'administration médicamenteuse en service de gynécologie-obstétrique

Actions transversales : AAPP demandées dans le cadre du CAQES 2022-2024

- Pansements en PHEV
- Prescriptions inappropriées chez les personnes âgées
- Prescriptions de Perfusion à Domicile.



Indicateurs recueillis à partir du dossier patient : Données HAS

Annulation du recueil obligatoire en 2021 (COVID).

Participation au recueil **d'un indicateur optionnel** (sur 4 proposés) :

- Prise en charge en soins de suite et de réadaptation d'un accident vasculaire cérébral récent : données 2019

7 dossiers tirés au sort : 3 dossiers analysés (2C) et 4 dossiers « exclus » (2C et 2A).

Indicateurs mesurés à partir du PMSI MCO : Données HAS

- Mesure des événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de hanche (hors fracture) : données 2020

Il s'agit du ratio standardisé du nombre observé sur attendu d'événements thrombo-emboliques (ETE) après pose d'une prothèse totale de hanche (hors fracture) = **4,41** (1 ETE observé ; 61 séjours cibles).

L'établissement est considéré dans la norme.

- Mesure des événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de genou : données 2020

Il s'agit du ratio standardisé du nombre observé sur attendu d'événements thrombo-emboliques (ETE) après pose d'une prothèse totale de genou = **3,58** (1 ETE observé ; 32 séjours cibles).

L'établissement est considéré dans la norme.

- Mesure des infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de hanche (hors fracture) : données 2020

Il s'agit du ratio standardisé du nombre observé sur attendu d'infections du site opératoire (ISO) 3 mois après pose d'une prothèse totale de hanche (hors fracture) = **0** (0 ISO observée ; 41 séjours cibles).

L'établissement est considéré dans la norme.

- Mesure des infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de genou : données 2020

Il s'agit du ratio standardisé du nombre observé sur attendu d'infections du site opératoire (ISO) 3 mois après pose d'une prothèse totale de genou = **0** (0 ISO observée ; 18 séjours cibles).

L'établissement est considéré dans la norme.

Résultats Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) : Données HAS

L'établissement a obtenu au titre de l'année 2021 une **dotation globale de 488 107 euros** répartie comme suit :

Groupe MCO + Dialyse : **dotation de 463 755 euros**

Groupe SSR : **dotation de 24 352 euros**

