



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CENTRE HOSPITALIER D'AUCH EN GASCOGNE

Allee marie clarac

Bp 80382

32008 Auch



Validé par la HAS en Mai 2023

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Mai 2023

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	12
Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.	14
Objectif 1.2 : Le patient est respecté.	16
Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	17
Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	18
Chapitre 2 : Les équipes de soins	19
Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	23
Objectif 2.2 : Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	24
Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	26
Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	28
Chapitre 3 : L'établissement	29
Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	32
Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	33
Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership	34
Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	35
Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	36
Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	37
Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	38
Table des Annexes	39
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	40
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	41
Annexe 3. Programme de visite	45
Annexe 4. Fiches Anomalies	54
Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins	65

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

| ... et sur des méthodes

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

| Une décision et un rapport rendus publics

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

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.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER D'AUCH EN GASCOGNE	
Adresse	Allee marie clarac Bp 80382 32008 Auch Cedex
Département / Région	Gers / Occitanie
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	320780117	CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	Allee marie clarac Bp 80382 32008 Auch Cedex FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

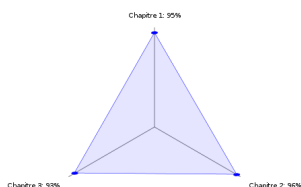
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

Au regard du profil de l'établissement, **120** critères lui sont applicables

Résultats



Score global de satisfaction aux attendus du référentiel

94.81%

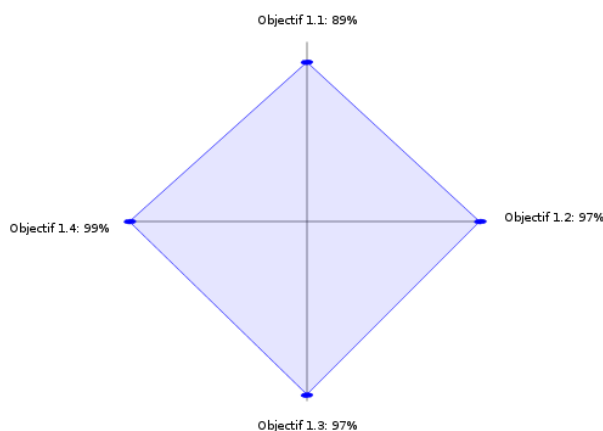
Chapitre	
Chapitre 1	Le patient
Chapitre 2	Les équipes de soins
Chapitre 3	L'établissement

Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-03	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	97%
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	88%
1.2-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	96%
2.2-12	Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace	100%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	96%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	95%
2.3-12	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	100%
2.3-20	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI)	100%
2.4-04	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés.	93%
3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein	87%
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	84%
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	96%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	82%

3.7-03	L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins	98%
--------	---	-----

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.1-07	Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse	100%
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	100%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	67%
3.4-02	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	100%
3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	100%

Chapitre 1 : Le patient



Score du chapitre
95%
du score maximal

Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	89%
1.2	Le patient est respecté.	97%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	97%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

Dès son admission au sein de l'établissement et durant toute la durée de son séjour, le patient reçoit une information claire et adaptée sur son état de santé, ses traitements, ses soins et la durée prévisionnelle de sa prise en charge. Les différentes chartes sont remises avec le livret d'accueil et affichées au sein des locaux de l'ensemble des sites. Les informations relatives à certaines prises en charge font l'objet de documents spécifiques. Le patient, impliqué dans les décisions le concernant en termes de réflexion bénéfice/risque, exprime son consentement libre et éclairé. Dans les unités accueillant des enfants et des adolescents, les titulaires de l'autorité parentale expriment leur consentement sur le projet de soins de leur enfant. Les actions d'information (affichage) et d'actions éducatives visant à promouvoir la santé et réduire les risques (tabac, alcool, nutrition, vaccination...) contribuent à renforcer sa capacité à agir pour sa santé. L'implication de la prise en charge des patients est favorisée par le déploiement d'actions d'informations, d'actions éducatives et de formations adaptées au sein des différents secteurs d'activité. Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse. Le patient est informé de la possibilité de désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix. Pour certains types de prise en charge ambulatoire (HDJ et HDS), le patient dispose d'un document qui lui indique les événements indésirables possibles et la conduite à tenir en cas de survenue. Le patient n'est pas toujours informé par les équipes sur son droit à rédiger les directives anticipées et par conséquent elles ne sont pratiquement pas retrouvées dans les dossiers ; notamment en services de HDJ SSR et Oncologie, maternité, cardiologie, gastro-entérologie, chirurgie viscérale et USLD. L'établissement, qui dispose d'une équipe mobile douleur soins palliatifs, est en mesure d'assurer des soins palliatifs au sein des différents services de l'hôpital si l'état de santé du patient le nécessite. Les représentants des usagers (RU) sont impliqués dans la vie de l'établissement. Ils participent activement à la Commission Des Usagers (CDU) et sont également présents au sein d'autres instances de

l'hôpital. Leurs noms et modalités pour les contacter figurent sur dans le livret d'accueil et sont affichés au sein de l'établissement. Pour autant, les patients ne connaissent pas les structures et personnes représentant des usagers ni les modalités pour les contacter. Les équipes sollicitent la patient sur son expérience quant à sa prise en charge et prennent en compte son point de vue. Cependant, ils ne sont pas informés des modalités pour exprimer sa satisfaction, formuler une réclamation ou déclarer tout évènement indésirable associé à ses soins. Même si l'établissement est inscrit dans un projet de création d'un nouvel hôpital, la vétusté actuelle des locaux de la plupart des services (chambres doubles, une seule salle de bain pour tout le service...) ne permet pas toujours de garantir la dignité des patients. Malgré cela, le respect de la confidentialité et de l'intimité du patient est une préoccupation constante de tous les professionnels qui mettent en place des mesures qui visent à respecter, en toute circonstance, le respect de l'intimité et la dignité du patient. Le patient, âgé ou vivant avec un handicap, bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour. Les professionnels respectent la confidentialité et le secret professionnel dans la totalité des secteurs de l'hôpital. La traçabilité du recours à la contention mécanique et la réévaluation systématique à périodicité définie sont retrouvées dans les dossiers des patients concernés. En fonction des besoins spécifiques du patient, un recours à des professionnels identifiés est mobilisé : diététicien, assistant social, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute... Les mesures permettant le maintien de l'autonomie du patient tout au long de son séjour sont mises en place. Les besoins élémentaires du patient sont évalués (hydratation, nutrition...). Le centre hospitalier est engagé dans la lutte contre la douleur notamment dans le cadre de formations et de sensibilisations dans les différentes unités avec le soutien de l'équipe mobile douleur-soins palliatifs. Les prescriptions, évaluations et réévaluations de la douleur sont retrouvées dans les dossiers des patients. Les proches et les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient. La prise en charge du patient en fin de vie est organisée dans un cadre pluridisciplinaire en privilégiant l'intégration de l'entourage et des aidants. Les conditions de vie du patient sont connues et prises en compte dans l'élaboration de son projet de soins personnalisés et pour la préparation de sa sortie avec possibilité d'avoir accès à un assistant de service social. En USLD, les projets de vie personnalisés des résidents, réévalués à périodicité définie, permettent une individualisation des prises en charge. Les activités proposées sont adaptées au profil des résidents accueillis au sein de ce service.

Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

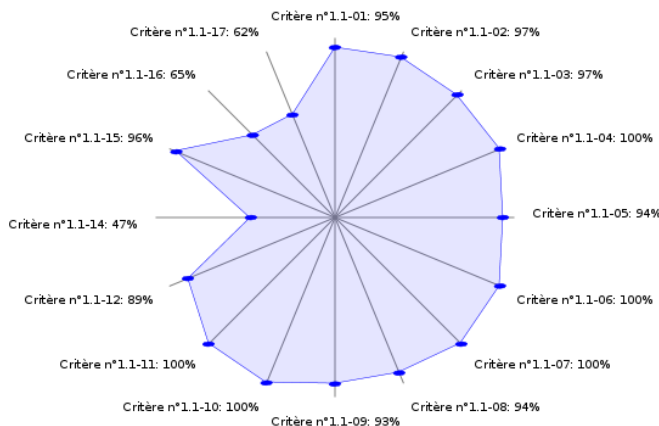
Nous souhaitons faire état des actions définies et mises en oeuvre en regard des écarts constatés par les experts-visiteurs :

- Il est intégré dans le nouveau dossier patient informatisé (DPI) une fiche de « recueil des directives anticipées » (déploiement du nouveau DPI au CH d'Auch à partir du 04/04/2023) pour systématiser la traçabilité relative à la demande de rédaction/recueil des directives anticipées. Elle sera accompagnée d'une note d'explication qui apparaîtra avant la validation du recueil. Le formulaire dûment complété par le patient sera scanné et archivé dans le dossier racine.
- En complément des dispositifs d'information déjà en place et en collaboration avec la CDU, l'établissement complète sa campagne d'information auprès des patients et des professionnels par différentes actions : Campagne d'information sur les représentants des usagers (RU) avec les silhouettes RU (dans le hall d'accueil, proche des ascenseurs patients/visiteurs) et vidéo d'information sur RU (sur la chaîne TV interne), proposées par France Assos Santé depuis fin janvier 2023. L'établissement participera à la journée européenne des droits en santé en avril 2023. Une actualisation des plaquettes d'information des services de soins afin d'intégrer cette information. - L'établissement a également le souhait de développer le contenu de la chaîne TV interne avec :
La diffusion de vidéos relatives à E-SATIS, RU, ... La présentation synthétique des résultats IQSS et ESATIS.

Réponse de la HAS

Refuser

Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.

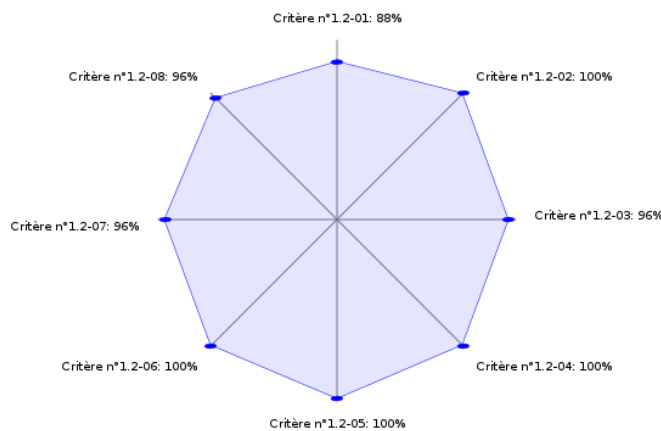


Score de l'objectif
89%

Critères		
1.1-01	Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques	95%
1.1-02	Le patient est impliqué, s'il le souhaite, dans l'évaluation bénéfique/risque de toute décision majeure pour sa prise en charge	97%
1.1-03	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	97%
1.1-04	L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé	94%
1.1-06	Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur face à sa maladie ou sa prise en charge	100%
1.1-07	Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse	100%
1.1-08	Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix	94%
1.1-09	Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits	93%
1.1-10	Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées	100%
1.1-11	Le patient est informé des produits sanguins labiles qui lui sont administrés	100%
1.1-12	En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge	89%
1.1-14	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	47%

1.1-15	Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs	96%
1.1-16	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile	65%
1.1-17	Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction	62%

Objectif 1.2 : Le patient est respecté.



Score de
l'objectif
97%

Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	88%
1.2-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.2-03	Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	96%
1.2-04	Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	100%
1.2-05	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant	100%
1.2-06	Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale	100%
1.2-07	Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité	96%
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	96%

Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient

Critère n°1.3-01: 100%



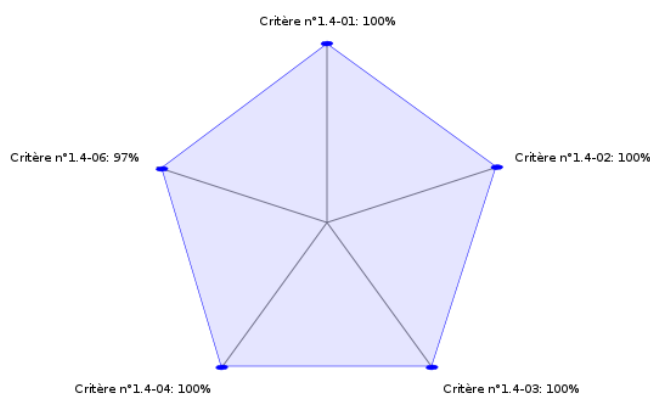
Critère n°1.3-03: 94%

Score de
l'objectif

97%

Critères		
1.3-01	Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins	100%
1.3-03	La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visites, lorsque la situation le nécessite	94%

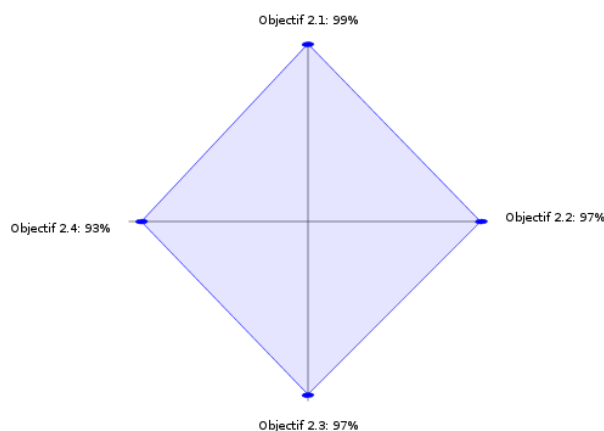
Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge



Score de l'objectif
99%

Critères		
1.4-01	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.4-02	Le patient vivant avec un handicap ou ses proches et/ou aidants exprime ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins	100%
1.4-03	Le patient mineur atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires adaptées à sa situation	100%
1.4-04	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	100%
1.4-06	Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie	97%

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Score du chapitre
96%
du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	99%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	97%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	93%

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée et retrouvée dans le dossier du patient informatisé, accessible et sécurisé. L'orientation du patient par le SMUR ou le SAMU est argumenté et tient compte, si possible, des préférences du patient. Toutes les prises en charge font l'objet d'un dossier médical préhospitalier. En SSR, les demandes d'admission sont étudiées en équipe pluridisciplinaire et la pertinence du maintien en SSR fait l'objet de réévaluation en cours de séjour de façon pluridisciplinaire. Les compétences en interne et les conventionnements avec de nombreux partenaires permettent aux équipes de soins de bénéficier d'un recours à des réseaux d'équipes d'experts si nécessaire. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée. Il en est de même pour les produits sanguins labiles. Chaque appelant au SAMU, pour un problème de santé, bénéficie d'une régulation médicale. Le Centre hospitalier dispose d'un dossier patient informatisé unique. Ce dossier est complet et permet que les données soient accessibles par toutes les équipes quel que soit le secteur d'activité. Le dossier médical préhospitalier du SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient. Aux urgences, le tri est réalisé dès l'accueil, la décision d'orientation prend en compte un éventuel handicap ou facteur critique de vulnérabilité. En l'absence de bed-manager, les équipes ne connaissent pas en temps réel les disponibilités des lits des services de l'établissement. La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux. Dans le cas où le patient ne peut pas être orienté dans l'unité adaptée, les équipes s'adaptent pour que sa prise en charge n'en soit pas modifiée et mettent en place les dispositions nécessaires afin qu'il puisse intégrer le service concerné dans les délais les plus brefs. Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent, tiennent compte de la priorisation des urgences et échangent toutes les informations relatives au patient avec les secteurs de soins. Au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels la check-list est mise en œuvre de façon systématique. Une lettre de liaison, contenant les

informations utiles à la continuité des soins lors d'un transfert intra ou extra hospitalier, est remise au patient. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ; notamment dans le cadre de la vérification de l'identité lors des soins. Toutefois, le port du bracelet mentionnant l'identité du patient n'est pas toujours effectif (SSR HDJ, SSPI et USLD). Les professionnels maîtrisent la mise en œuvre des vigilances sanitaires pour lesquelles les référents sont identifiés et les processus de mobilisation connus. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescriptions et de dispensation des médicaments. L'analyse pharmaceutique, intégrant toutes les informations nécessaires, est effective. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments. La liste des médicaments à risque, utilisé pour l'ensemble de la structure, est disponible. Pour autant, les règles de stockage des médicaments à risques ne sont pas toujours respectées. En effet, en service de gastro-entérologie, présence de médicaments à risques de dosages différents stockés dans un même emplacement au sein de l'armoire à pharmacie. Situation identique retrouvée en service de médecine en unité d'exploration fonctionnelle de cardiologie et en USLD. De plus, les piluliers des patients de ces quatre services comportent le nom du patient ainsi que le numéro de chambre. Cette double identification peut conduire à des erreurs en cas de changement de chambre du patient. Enfin, en SSR, présence de médicaments injectables identifiés uniquement par les numéros de chambre. Les modalités d'approvisionnement des produits de santé sont définies, y compris en cas de besoins en urgence. Le stockage des produits de santé est réalisé conformément aux bonnes pratiques. Toutefois, le relevés des températures des médicaments thermosensibles n'est pas toujours effectué de façon régulière en gériatrie et en SSR. De plus, en dialyse et en HDJ oncologie, le stockage des médicaments n'est pas sécurisé car les portes des salles de soins sont ouvertes avec des médicaments disposés sur la paillasse. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle (traçabilité dans le dossier du patient, protocoles, suivi du taux de destruction...) en lien avec l'Etablissement Français du Sang. Dans tous les secteurs, les prérequis à la mise en œuvre des précautions d'hygiène visant la maîtrise du risque infectieux, standards et complémentaires, sont respectés avec usage des solutions hydroalcooliques mises à disposition en tout lieu de l'établissement. Les agents respectent l'utilisation des équipements de protection individuels (EPI). Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs. Les professionnels des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques (EPI, protocoles, préparation du patient...). L'établissement prend en charge le risque de dépendance iatrogénique. Le Centre hospitalier assure la promotion des vaccinations obligatoires et recommandées. La possibilité d'être vacciné au sein de chaque service et gratuitement favorise la démarche. L'hôpital veille à la maîtrise des risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants (respect des obligations de l'ASN, information délivrée aux patients, EPI...). La prévention et la prise en charge précoce de l'hémorragie du post-partum immédiat sont réalisées. Le transport des patients en intra hospitalier, assuré par une équipe dédiée avec du personnel formé, est maîtrisé, en termes de conditions de sécurité, confort, et respect de la dignité. Le suivi des résultats cliniques des patients permet une amélioration des pratiques. Les retours des questionnaires de sortie sont analysés mais des actions d'amélioration ne sont pas systématiquement définies au niveau des équipes. Pour certaines unités, les équipes ont développés des questionnaires spécifiques. Pas de recueil ni d'analyse de l'expérience patient par les équipes en oncologie. Les équipes n'effectuent pas une analyse régulière de ses pratiques en s'appuyant sur les déclarations des évènements indésirables associés aux soins. De ce fait, les actions d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins ne sont pas systématiquement mises en œuvre. Les activités de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus sont évaluées et font l'objet d'une évaluation qui se traduit par des actions d'amélioration des pratiques. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens sont mises en place tant en biologie qu'en imagerie médicale.

Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

Nous souhaitons faire état de demandes de modifications et des actions définies et mises en œuvre en regard des écarts constatés par les experts-visiteurs :

- Une fonction de bed management de Territoire précisément sera mis en place d'ici juin 2023. La fiche de

poste sera présentée en Comité stratégique du 14/03/23. Egalement, suite à la mise en place du nouveau DPI au sein du CH d'Auch (avril 2023), un module de gestion des lits est prévu d'être rajouté et ce d'ici la fin du dernier trimestre 2023. Ces avancées ont pour vocation d'avoir une disponibilité en lit sur le CH d'Auch et les établissements publics de santé du GHT en temps réel.

- A l'issue des écarts notifiés par les experts-visiteurs, l'établissement a pris en considération ces éléments pour réviser sa procédure d'identification du patient pour les secteurs cités en donnant lieu aux changements suivants :

HDJ oncologie : après concertation avec l'équipe, le port systématique du bracelet d'identification a été mis en place pendant la visite de certification. En dialyse : après concertation avec l'équipe, le port systématique du bracelet d'identification a été mis en place pendant la visite de certification. Une réflexion va être menée pour inclure une photographie du patient dans le dossier patient informatisé « SINED ». Pour les 2 secteurs précités, un audit sur le port du bracelet a été réalisé du 28/02/2023 au 02/03/2023 attestant 100% de conformité de port du bracelet d'identité patient (réalisé auprès 41 patients en dialyse et 17 patients en HDJ oncologie). En USLD : initialement, le port du bracelet n'avait pas été retenu tenant compte du fait que l'USLD est un lieu de vie (réflexion collégiale Direction-médecin-encadrement), hormis sur les temps de consultations et/ou d'exams. Après concertation, il a été décidé d'intégrer la photo du patient dans le nouveau DPI dès son déploiement en avril 2023 (photo prise à son admission avec accord du patient / droit à l'image). HDJ SSR : après réflexion collégiale, le port systématique du bracelet d'identification a été mis en place depuis le 10/03/2023 pour tous les patients hospitalisés en HDJ SSR Locomoteur. Une information des équipes du service et du plateau technique a été réalisée dans ce sens. Un audit sera réalisé fin mars 2023. HDJ cardiologie : il a été acté après réflexion collégiale que seuls les patients ne pouvant décliner leur identité correctement (décision médicale) porteront un bracelet d'identification.

Ces mesures ont été validées par la communauté médicale et l'encadrement des secteurs concernés (chefs de service et cadres de santé).

La Cellule d'identitovigilance validera ces nouvelles dispositions le 14/03/2023.

- Comme indiqué dans les fiches anomalies, le constat cité dans la synthèse « Pour autant, les règles de stockage des médicaments à risques ne sont pas toujours respectées. En effet, en service de gastro-entérologie, présence de médicaments à risques de dosages différents stockés dans un même emplacement au sein de l'armoire à pharmacie. Situation identique retrouvée en service de médecine en unité d'exploration fonctionnelle de cardiologie et en USLD. » n'est pas exacte. En effet, aucune non-conformité de stockage des médicaments à risque n'a été constatée lors de la visite dans ces secteurs. Nous souhaitons que ce constat ne fasse pas mention de « médicaments à risques ». Les règles de stockage des médicaments à risques sont respectées. D'une manière générale, les non conformités relatives aux mélanges de plusieurs dosages ont été rectifiées le jour même du constat dans les différents secteurs cités. De plus, une réflexion a été initiée afin d'optimiser le dispositif de contrôle des armoires à pharmacie existant au sein de l'établissement en collaboration avec la PUI et les unités de soins. (ex : projet de mise en place de quicks audit par les services).

Comme indiqué dans les fiches anomalies, l'identification des piluliers dans ces secteurs respecte le référentiel de l'HAS « Evaluation de la prise en charge médicamenteuse selon le référentiel de certification » (page 11) : ils sont strictement nominatifs et identifiés par le nom, prénom et date de naissance. Le numéro de chambre inscrit en plus ne sert pas à la vérification de l'identité du patient mais au rangement de ces piluliers dans les chariots de soins ou le chariot de transport pour l'USLD. Néanmoins, nous nous sommes conformés aux exigences des experts visiteurs. Les numéros de chambre ne sont plus inscrits sur les piluliers.

Concernant la présence de médicaments injectables identifiés uniquement par les numéros de chambre, une analyse des causes de cette anomalie a été conduite par le service concerné dès la visite et un rappel des bonnes pratiques a été réalisé auprès des équipes. Un contrôle est assuré régulièrement par le cadre du service.

- Constatant un taux global faible de retour des questionnaires de satisfaction depuis quelques années, l'établissement a développé des enquêtes de satisfaction spécifiques dans des secteurs (SSR locomoteur, HDJ SSR, plateau de kinésithérapie, ETP rééducation cardiaque, ETP diabétologie, accompagnement hypnotique en imagerie, ...) et a mis en place un recueil en ligne dans 3 autres secteurs (urgences, imagerie médicale et proches des patients en réanimation). L'implication des équipes dans la construction de ces enquêtes a permis d'augmenter les retours des usagers, et d'obtenir des résultats plus représentatifs de l'expression des usagers pour le parcours concerné, pour identifier et définir des actions d'amélioration collectivement.

Pour le secteur de dialyse, une enquête de satisfaction est réalisée tous les deux ans (novembre 2020, novembre 2022), donnant lieu à un plan d'actions. Lors de la visite, les résultats de l'enquête réalisée en novembre 2022 avaient été communiqués à l'encadrement du service et le plan d'actions d'amélioration était en cours de définition. Nous souhaitons une reformulation du constat afin d'intégrer ces éléments.

L'établissement poursuit cette démarche en 2023, notamment pour le secteur d'oncologie, pour lequel il est envisagé un projet autour de l'expérience patient.

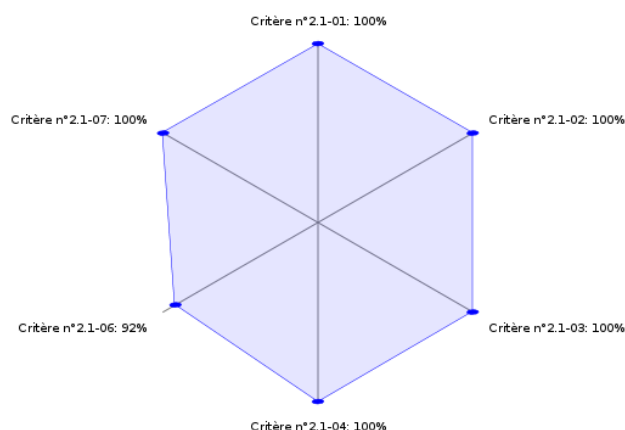
- Dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients 2022, de nouvelles actions de sensibilisation au signalement des événements indésirables ont été réalisées dans les unités de soins avec diffusion d'une plaquette d'informations. Ces temps d'échanges ont été appréciés par les équipes et seront poursuivis en 2023. L'établissement prévoit en 2023 de compléter ce dispositif par la mise en place :

d'analyses régulières des signalements des événements indésirables dans l'ensemble des unités de soins afin de systématiser la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. de formations en interne au signalement et à l'analyse des événements indésirables.

Réponse de la HAS

Accepter partiellement

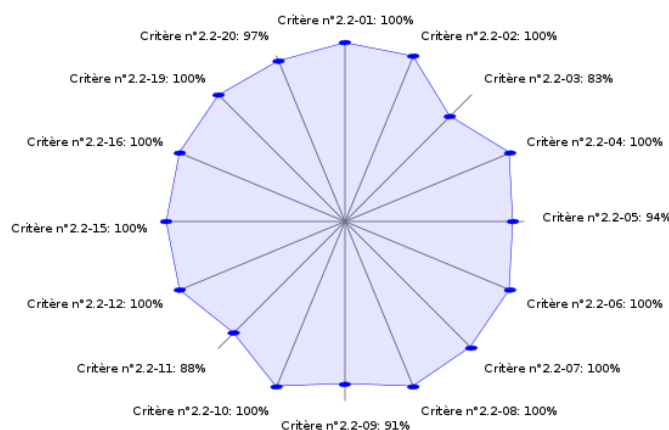
Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe



Score de l'objectif
99%

Critères		
2.1-01	La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.1-02	La pertinence de l'orientation du patient par le SAMU est argumentée avec l'équipe d'aval	100%
2.1-03	La pertinence de l'admission et du séjour en SSR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	100%
2.1-04	En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient.	100%
2.1-06	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	92%
2.1-07	La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL) est argumentée	100%

Objectif 2.2 : Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge

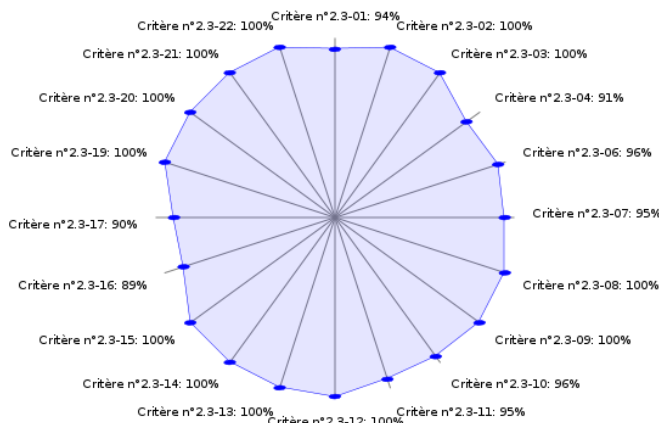


Score de l'objectif
97%

Critères		
2.2-01	Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé bénéficie d'une régulation médicale	100%
2.2-02	Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	100%
2.2-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	83%
2.2-04	L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement	100%
2.2-05	Le dossier du patient est complet et accessible par les professionnels impliqués	94%
2.2-06	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	100%
2.2-08	Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité	100%
2.2-09	L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise	91%
2.2-10	Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences	100%
2.2-11	Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient	88%

2.2-12	Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace	100%
2.2-15	En phase de transition adolescent-adulte, les équipes (pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient	100%
2.2-16	Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé, sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins	100%
2.2-19	Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie	100%
2.2-20	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant	97%

Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques



Score de l'objectif
97%

Critères		
2.3-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	94%
2.3-02	Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires	100%
2.3-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments	100%
2.3-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	91%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	96%
2.3-07	L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques	95%
2.3-08	Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie	100%
2.3-09	Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle	100%
2.3-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains	96%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	95%
2.3-12	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	100%
2.3-13	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs	100%
2.3-14	Les équipes maîtrisent les risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates	100%

2.3-15	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires	100%
2.3-16	Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène	89%
2.3-17	Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé	90%
2.3-19	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants	100%
2.3-20	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI)	100%
2.3-21	L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée	100%
2.3-22	Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé	100%

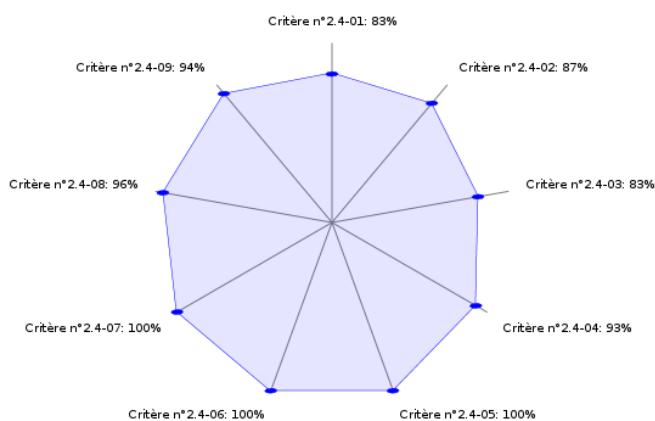
Numéro de la fiche anomalie : ANOM-89066

Critère concerné par la fiche anomalie : 2.3-06

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-89063

Critère concerné par la fiche anomalie : 2.3-06

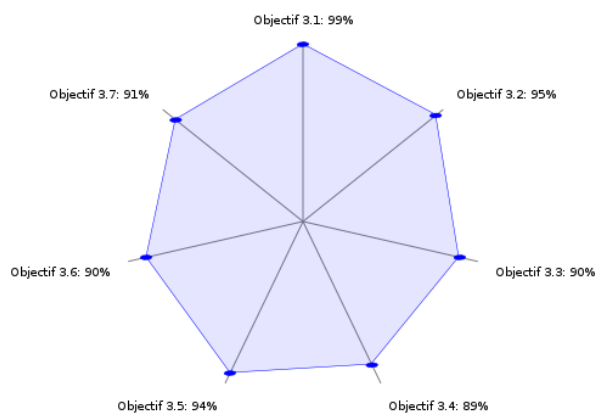
Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle



Score de l'objectif
93%

Critères		
2.4-01	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques.	83%
2.4-02	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction et l'expérience de leurs patients.	87%
2.4-03	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins.	83%
2.4-04	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés.	93%
2.4-05	Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients.	100%
2.4-06	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list.	100%
2.4-07	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place.	100%
2.4-08	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mise en place	96%
2.4-09	Les activités de prélèvements et de greffes d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	94%

Chapitre 3 : L'établissement



Score du chapitre
93%
du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	95%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	90%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	89%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	94%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	90%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	91%

Le Centre hospitalier (CH), établissement support du Groupement Hospitalier du Gers, a développé une approche prospective de son offre de soins reposant sur une prise en compte des besoins en santé de l'ensemble du territoire. Les orientations stratégiques de l'établissement sont en cohérence avec le projet médical et le projet de soins partagé du GHT. Le CH, établissement de référence, participe aux projets territoriaux de parcours et à leur coordination. De nombreux partenariats ont été également formalisés avec les différentes filières afin de fluidifier le parcours des patients et a également développé une politique "d'aller-vers" au bénéfice des structures sanitaires, médico-sociales et libérales de son secteur géographique. Les modalités d'accès aux filières spécialisées de prise en charge des urgences pour les patients sont établies. Afin de prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences, l'établissement a mis en place une filière permettant des admissions directes des personnes âgées en secteur dédié (HAD, EHPAD, SSR, USLD). En termes de communication avec les usagers et la médecine de ville, le centre hospitalier dispose d'un site internet avec numéros de téléphones et possibilité de prise de rendez-vous en direct. Une messagerie sécurisée permet un accès rapide aux échanges d'informations entre les différents professionnels. L'établissement a structuré ses activités de recherche à partir d'une politique de soutien à la recherche clinique, connue des professionnels désireux de s'investir avec du temps dédié identifié et organisé. L'alimentation du dossier médical partagé et du dossier pharmaceutique est promue et suivie. Toutefois, ils ne sont pas utilisés ni

en obstétrique ni en neuro-rhumatologie. L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient notamment par le suivi de l'indicateur E-Satis pour les activités concernées mais également par le biais de questionnaires de sortie selon différentes campagnes d'enquêtes ponctuelles. La méthodologie patient traceur permet d'évaluer l'expérience patient. Les résultats de l'ensemble de ces enquêtes sont présentés en Commission Des Usagers (CDU) et affichés en divers lieux. En outre, le CH a une communication centrée sur le patient notamment par le biais de formations-sensibilisations des agents inscrites au plan de formation. Les plaintes et réclamations sont présentées en CDU. La bientraitance fait partie des valeurs et des priorités de l'établissement. Une charte de bientraitance est formalisée et diffusée. Les professionnels connaissent les conduites à tenir prendre en charge les situations de maltraitance. Toutefois, ils ne connaissent pas toujours les différents numéros d'alerte pour le signalement de la maltraitance (numéro national, signalement ARS). Des modalités d'écoute et d'échange quotidiens, notamment à destination des publics vulnérables ou spécifiques (personne âgée, handicapés...), sont mis en œuvre dans tous les secteurs. L'établissement favorise l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap même si la configuration de certains secteurs (SSR locomoteur et SSR gériatriques) ne favorise pas la circulation des PMR (portes des chambres et salles de bains étroites). L'accès au dossier du patient est organisé et évalué. La CDU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre. Les Représentants des Usagers (RU) ont connaissance des plaintes et réclamations, des événements indésirables graves, des EIAS, des résultats des questionnaires de satisfaction et sont étroitement associés à la recherche d'actions d'amélioration. Le projet des usagers, articulé avec le projet médical et soignant, est formalisé. Le management est fondé sur la qualité et la sécurité des soins. Les orientations prioritaires de la politique qualité-sécurité des soins sont fondées sur une analyse de l'ensemble des données disponibles. La gouvernance qualité et gestion des risques (Direction, directeur qualité et président de CME) avec les référents qualités et les cadres d'unités, déclinent la politique qualité en actions concrètes sur le terrain. Cependant, ces actions, pas toujours connues des professionnels, ne leur permet pas d'être force de proposition pour de nouvelles actions. De plus, la culture sécurité des soins ne fait pas l'objet d'évaluations régulières. L'hôpital pilote l'adéquation des compétences et des temps de présence des professionnels au regard des besoins de chaque unité. Il a mis en place diverses actions afin de s'assurer de la présence des compétences nécessaires à la réalisation d'une prise en charge de qualité. Des temps de synchronisation des équipes sont mis en place au sein de chaque secteur d'activité et des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique d'équipes ont été mises en place dans certains secteurs d'activité. Les compétences des professionnels sont régulièrement évaluées lors de l'entretien annuel des agents et plus fréquemment par les responsables d'unités. Le Centre hospitalier promeut et soutient le recours au questionnement éthique par la mobilisation du comité d'éthique et les recours aux membres de l'équipe douleur-soins palliatifs. La démarche Qualité de Vie au Travail (QVT) est érigée en principe de management. Des dispositifs d'écoute et de soutien des professionnels sont à disposition des équipes. En cas de conflits interpersonnels, les agents bénéficient d'une médiation avec possibilité de recours à un psychologue. L'établissement a identifié et répertorié toutes les catégories de risques dans le plan blanc institutionnel. La cellule de crise est opérationnelle. Des exercices ou entraînements sont réalisés et font l'objet de retours sur expériences (RETEX). Les risques numériques sont identifiés et les mesures de prévention sont connues de l'ensemble des professionnels. Les autres risques relatifs aux atteintes aux biens et aux personnes sont identifiés et font l'objet de mesures spécifiques (système de sécurisation par badge). Toutefois, le CH ne dispose pas d'équipements spécifiques (petit coffre-fort dans les chambres) permettant de sécuriser les petits effets de valeurs des patients. L'hôpital contribue aux enjeux de développement durable (DD) dans tous les secteurs (immobilier, consommation énergétique, achats...). La prise en charge des urgences vitales est assurée dans l'enceinte de l'ensemble des sites. Un numéro d'appel d'urgence direct est en place et connu de tous les professionnels. Le matériel d'urgence, connu des professionnels et régulièrement contrôlé, est présent dans tous les services. Des défibrillateurs semi-automatiques ont été rajoutés afin d'en disposer à chaque niveau de l'établissement. Reste à réaliser une analyse du dispositif permettant de valider son efficacité notamment par la réalisation d'exercices de mise en

situation. Les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont définis au niveau de l'établissement. Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins, sont affichés au sein de l'établissement mais restent méconnus des personnels dans certains secteurs d'activité. De ce fait, ils ne sont pas analysés et ne font pas l'objet d'action d'amélioration. La gouvernance de l'établissement promeut le programme d'accréditation des médecins.

Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

Nous souhaitons faire état de demandes de modifications et des actions définies et mises en oeuvre en regard des écarts constatés par les experts-visiteurs :

- Pour les secteurs où la circulation reste un facteur limitant nous travaillons depuis septembre 2022 sur l'aspect programmé et non programmé du parcours afin que l'utilisateur soit le moins impacté par l'inadaptation des locaux. (Réflexion menée en lien avec le Copil Handicap GHT en collaboration avec les RU). Ce travail nous permettra de proposer des locaux adaptés et sécurisés pour la construction de notre nouvel hôpital.
- Comme indiqué dans la fiche anomalie, l'établissement avait déjà instauré avant la visite un travail en collaboration avec l'encadrement des unités de soins sur une appropriation du PAQSS par les professionnels. La visite nous a conforté dans cette démarche que nous poursuivons et notamment avec un axe privilégié auprès des équipes de nuit.

La réalisation d'évaluations de la culture sécurité des soins va être poursuivie en 2023. L'établissement va participer à la campagne nationale « mesure de la culture sécurité des soins » déployée en région Occitanie par la Structure Régionale d'Appui à la qualité. Cette action fait partie du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement.

- L'établissement a débuté avant la visite de certification une analyse du dispositif de prise en charge des urgences vitales :

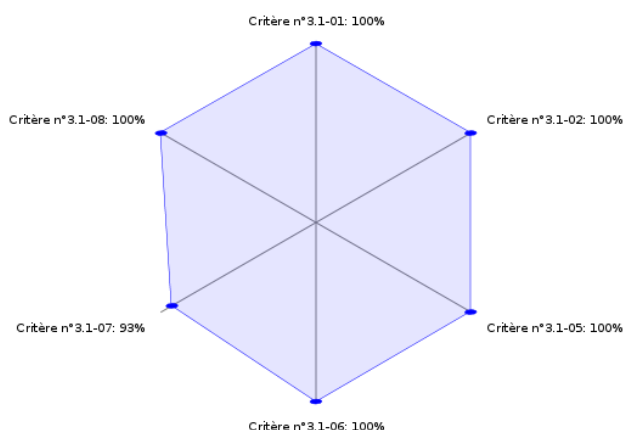
une journée de l'arrêt cardio-respiratoire a été organisée le 05/01/2023 par le CESU avec la réalisation de mises en situation dans 11 services de l'établissement (fiches d'évaluation et de participation présentes dans les éléments de preuve mis à disposition des experts-visiteurs). Cette journée de l'arrêt cardio-respiratoire sera renouvelée 3 fois par an sur plusieurs années. Des indicateurs relatifs à la gestion du matériel d'urgence ont été retenus dans le tableau de bord d'indicateurs par service (taux de formation AFGSU, conformité de tenue du chariot d'urgence, ...). Des exemples de tableaux de bord étaient présents dans les éléments de preuve mis à disposition des experts-visiteurs. Nous souhaitons une reformulation du constat afin d'intégrer ces éléments. L'ensemble du parc de DSA fera également partie du champ de cette évaluation, en collaboration avec le service biomédical.

- Les résultats des IQSS recueillis en 2022 ont été communiqués à chaque service en novembre 2022. De plus, fin 2022, des tableaux de bord d'indicateurs ont été réalisés et ont permis une analyse de ces résultats et la définition d'actions d'amélioration. L'établissement avait prévu de poursuivre l'information des professionnels sur les résultats des IQSS pour améliorer la connaissance des actions mises en oeuvre. Cette action fait partie du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. La visite nous a conforté dans notre démarche. Ainsi, la direction qualité et l'encadrement des unités de soins travaillent à des outils simplifiés pour une meilleure appropriation de ces résultats et des actions qui en découlent. Une évaluation de l'appropriation par les professionnels de terrain sera ensuite conduite.

Réponse de la HAS

Accepter partiellement

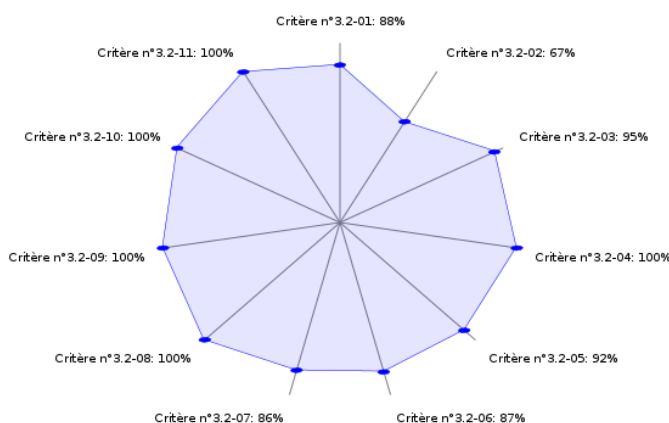
Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire



Score de l'objectif
99%

Critères		
3.1-01	L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours.	100%
3.1-02	L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou extraterritoire dans le cas d'activités de recours	100%
3.1-05	Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide	100%
3.1-06	L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales	100%
3.1-07	Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément	93%
3.1-08	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	100%

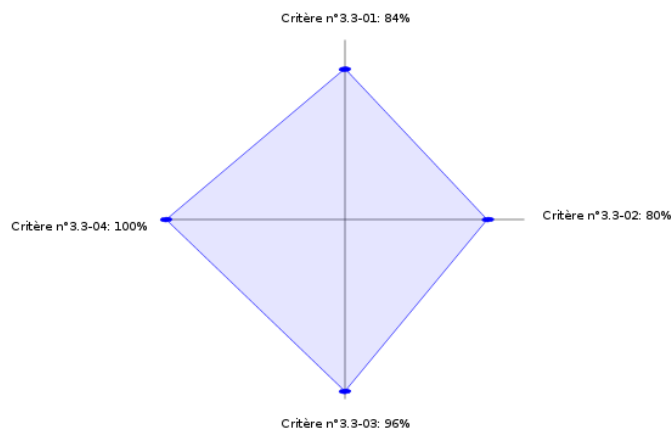
Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement



Score de l'objectif
95%

Critères		
3.2-01	L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient	88%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	67%
3.2-03	L'établissement a une communication centrée sur le patient	95%
3.2-04	L'établissement veille à la bienveillance	100%
3.2-05	L'établissement participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients.	92%
3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein	87%
3.2-07	L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap	86%
3.2-08	L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, qu'il dispose ou non de missions spécifiques en la matière	100%
3.2-09	L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier	100%
3.2-10	L'établissement porteur ou non de missions institutionnelles de recherche clinique favorise l'accès aux innovations pour les patients	100%
3.2-11	L'établissement implique des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement	100%

Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership



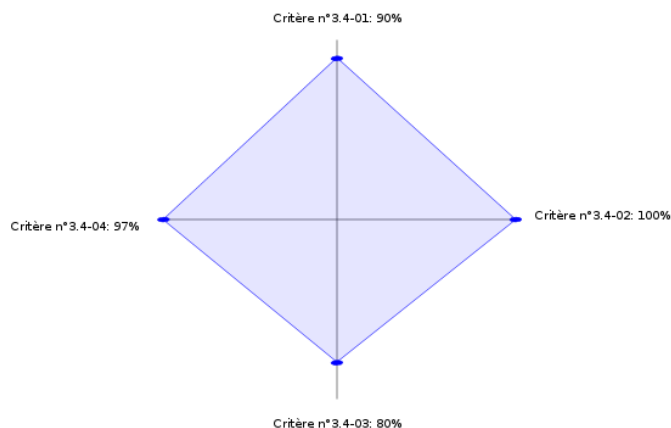
Score de l'objectif
90%

Critères		
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	84%
3.3-02	L'établissement soutient une culture de sécurité des soins	80%
3.3-03	La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	96%
3.3-04	Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management	100%

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-89065

Critère concerné par la fiche anomalie : 3.3-01

Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences



Score de l'objectif
89%

Critères		
3.4-01	La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe	90%
3.4-02	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	100%
3.4-03	Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées	80%
3.4-04	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	97%

Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance

Critère n°3.5-01: 94%



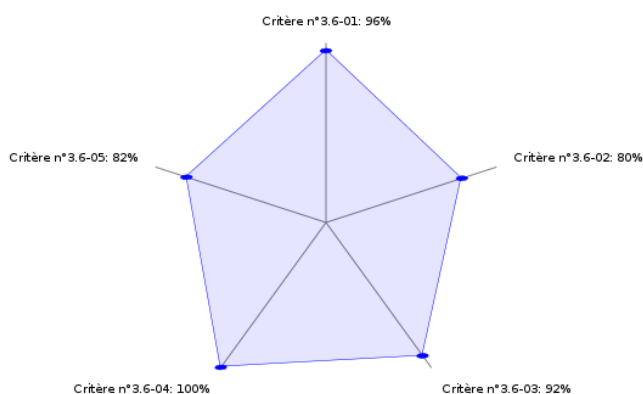
Critère n°3.5-02: 93%

Score de l'objectif

94%

Critères		
3.5-01	La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)	94%
3.5-02	La Gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés inter-personnelles et des conflits	93%

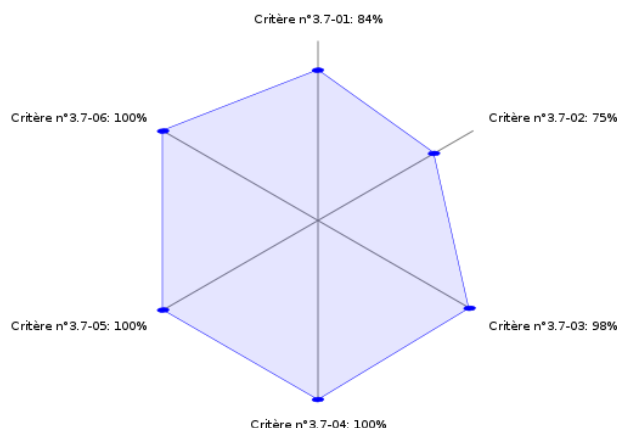
Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté



Score de l'objectif
90%

Critères		
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	96%
3.6-02	Les risques numériques sont maîtrisés	80%
3.6-03	La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée	92%
3.6-04	Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés	100%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	82%

Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins



Score de l'objectif
91%

Critères		
3.7-01	La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques	84%
3.7-02	L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité	75%
3.7-03	L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins	98%
3.7-04	L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'évènements indésirables liées aux soins.	100%
3.7-05	L'établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d'une filière de prise en charge de l'urgence améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intra-hospitalier de qualité en toute sécurité	100%
3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	100%

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-91052

Critère concerné par la fiche anomalie : 3.7-03

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- Annexe 3. Programme de visite
- Annexe 4. Fiches Anomalies
- Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	320780117	CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	Allee marie clarac Bp 80382 32008 Auch Cedex FRANCE
Établissement principal	320000086	CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	Allee marie clarac Bp 80382 32008 Auch Cedex
Établissement géographique	320784069	CH D'AUCH-SLD	Allee marie clarac 32008 Auch Cedex

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Oui
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SSR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Oui
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Oui
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	3,911
Nombre de passages aux urgences générales	21,425
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	24,784
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	217
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	38
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	20
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	4
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	7
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	7,764
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	14
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	20
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	2
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	60
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	5
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	70
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	14
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	6
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		transport
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
3	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament per os à risque
4	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	
5	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgence SAMU / SMUR
6	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé	

7			Patient en situation de handicap Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
8	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Soins de suite et réadaptation Urgences Médecine Hospitalisation complète	
9	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
10	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Soins critiques Soins de suite et réadaptation Adulte Médecine Hospitalisation complète	

11	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
12	Audit système	Engagement patient		
13	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Urgences Adulte Hospitalisation complète	
14	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
15	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé	
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
17	Audit système	Entretien Professionnel		

18	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un ATB per os
19	Audit système	Entretien Professionnel		
20	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un ATB injectable
23	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Maternité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Urgences</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p>	
24	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Programmé</p>	
25	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Soins critiques</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p>	

26	Parcours traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Urgences Médecine Hospitalisation complète	
27	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
28	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
29	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical invasif réutilisable (endoscope)
30	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
31	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
	Patient		Tout l'établissement	

32	traceur		Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
33	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
34	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
35	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
36	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Programmé	
	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient en situation de handicap	

37			Médecine Hospitalisation complète Programmé	
38	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
39	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
40	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
41	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Programmé	
42	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament injectable à risque
43	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per opératoire et antibioprophylaxie
	Audit	Entretien Professionnel		

44	système			
45	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Soins critiques</p> <p>Urgences</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
46	Audit système	Dynamique d'amélioration		
47	Audit système	Maitrise des risques		
48	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI
49	Audit système	Leadership		
50	Audit système	Coordination territoriale		
51	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
52	Audit système	Entretien Professionnel		
53	Audit système	QVT & Travail en équipe		
54	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
55	Audit système	Représentants des usagers		
56	Parcours traceur			
57	Audit système	Entretien Professionnel		
	Patient		Tout l'établissement	

58	traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Programmé	
59	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
60	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
61	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	

Annexe 4. Fiches Anomalies

Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-91052	26 January, 2023	3.7	Parcours traceur
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Catherine ALLENE	GRIX-121051	3.7-03	

Anomalies observées

Expert visiteur:

Les professionnels rencontrés lors du parcours ne connaissent pas les résultats des IQSS et Esatis et de fait ne sont pas en mesure de pouvoir décliner les actions issues des différents plans d'action afin d'apporter des mesures correctives.

Les indicateurs sont affichés mais peu visibles.

Des EPP sont en cours et certaines ont été interrompues pendant la période COVID mais vont être poursuivies en 2023.

Le taux de retour des questionnaires de satisfaction est faible excepté en unité ambulatoire, une réflexion va être menée afin de mettre en place des actions pour pouvoir exploiter les résultats.

Observations établissement:

Aucune observation

Accepter

Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

La méconnaissance des indicateurs par les professionnels rencontrés de plusieurs unités de soins peut générer la non mise en oeuvre d'actions correctives mais aussi le non respect des décisions issues des différentes analyses menées au sein de l'établissement. Tout cela ayant des impacts sur les prises en charge, le fonctionnement global et la dynamique que QGDR que l'établissement a mis en place.

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?

Lors de la restitution, l'établissement a été surpris de cette fiche anomalie car les indicateurs, les plans d'action, les RMM et CREX sont diffusés et accessibles à l'ensemble des professionnels sur l'intranet.

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?

Non, à ce jour l'établissement n'a pas mis en oeuvre une analyse des causes de cette anomalie.

Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?

Il manque à ce jour la mise en place d'une évaluation de l'appropriation par les professionnels de terrain de la connaissance des indicateurs, des plans d'action et plus largement de la démarche QGDR.

Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?

Non, la non appropriation des indicateurs et des plans d'action a été révélée au cours de la visite.

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?	Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque
Non	Non

Observations établissement:

Nous souhaitons compléter les éléments mentionnés :

Les résultats des IQSS recueillis en 2022 ont été communiqués à chaque service en novembre 2022. De plus, fin 2022, des tableaux de bord d'indicateurs ont été réalisés et ont permis une analyse de ces résultats et la définition d'actions d'amélioration.

L'établissement avait prévu de poursuivre l'information des professionnels sur les résultats des IQSS pour améliorer la connaissance des actions mises en œuvre. Cette action fait partie du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. La visite nous a conforté dans notre démarche. Ainsi, la direction qualité et l'encadrement des unités de soins travaillent à des outils simplifiés pour une meilleure appropriation de ces résultats et des actions qui en découlent. Une évaluation de l'appropriation par les professionnels de terrain sera ensuite conduite.

Réponse HAS:

Malgré les actions déployées par l'établissement avec notamment la communication des IQSS à chaque service en novembre 2022 et la réalisation de tableaux de bords, les équipes de soins rencontrées lors de l'audit n'avaient pas connaissance des IQSS ni des résultats Esatis. L'élaboration d'outils simplifiés tels qu'annoncés par l'établissement et une évaluation d'appropriation par les professionnels devraient permettre d'améliorer les pratiques.

Refuser

[Analyse coordonnateur](#)

Coordonnateur:

Lors d'un parcours traceur, les professionnels rencontrés n'ont pas été en mesure d'évoquer les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins suivis au sein de l'établissement. Cette situation ne permet pas aux équipes d'effectuer des revues régulières visant à l'implication de l'ensemble des acteurs dans la démarche continue de la qualité des soins. De plus, l'absence d'analyse partagée et de suivi des résultats ne permettent pas aux professionnels d'identifier les axes de progrès ni de concevoir collectivement des actions d'amélioration à mettre en place.

Cette fiche anomalie a été annoncée et argumentée lors d'un échange avec la gouvernance la veille du dernier jour de visite.

Observations établissement:

Aucune observation

Accepter

Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-89066	26 January, 2023	2.3	Parcours traceur
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Sophie LEFEVRE	GRIX-121054	2.3-06	

Anomalies observées

Expert visiteur:

Dans l'armoire à pharmacie de l'USLD rez de chaussée, on retrouve :

- une plaquette d'Alprazolam 0,5 mg (hors dotation) mélangée dans le bac de d'Alprazolam 0,25mg
- 1 plaquette de contramal 50mg rangée dans le bac du contramal LP 100mg

l'ensemble des semainiers préparés (rdc et 1er) sont identifiés au numéro de chambre et nom du patient. Au 1er étage, on retrouve également deux piluliers étiquetés 30f pour deux patients différents. tout ceci dans un contexte où aucun patient n'est pas porteur du bracelet d'identification.

Observations établissement:

- Les médicaments concernés par un stockage non conforme (Alprazolam 0,5 mg comprimé et le Contramal 50 mg gélule) ne font pas partie de la liste des médicaments à risques de l'hôpital d'Auch. Les médicaments à risques retenus par l'hôpital d'Auch sont les Antivitamines K, les anticoagulants oraux directs, les insulines et le potassium injectable. Cette liste a été validée et régulièrement actualisée (dernière mise à jour en avril 2022) en COMEDIMS en prenant en compte les retours d'expérience et les *never events* (cf. *procédure mise à disposition des EV dans les éléments de preuve*).

Nous souhaitons que ce constat ne fasse pas l'objet d'une fiche anomalie car elle ne concerne pas le critère impératif 2.3-06 « les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque » mais plutôt le critère standard 2.3-07 « L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques ».

- L'identification des piluliers de l'USLD respecte le référentiel de l'HAS « Evaluation de la prise en charge médicamenteuse selon le référentiel de certification » (page 11) : ils sont strictement nominatifs et identifiés par le nom, prénom et date de naissance. Le numéro de chambre inscrit en plus ne sert pas à la vérification de l'identité du patient mais au rangement de ces piluliers dans les armoires de transport.

Comme indiqué précédemment, ce constat ne concerne pas le critère impératif 2.3-06 « les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque » mais plutôt le critère standard 2.3-04 « Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments ».

- Les obus à oxygène ne sont pas attachés : ce constat ne concerne pas le critère impératif 2.3-06 « les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque » mais plutôt le critère standard 2.3-07 « L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques ».

Réponse HAS:

Même si l'établissement est souverain dans l'élaboration de la liste des médicaments à risques, la présence de médicaments de dénomination à risque de confusion de dosages différents (Alprazolam) ou de mode d'action différent (contramal et contramal LP) dans le même bac de rangement présentent un risque direct et important pour le patient. De ce fait cet écart de pratiques rentre bien dans le cadre du critère 2.3-06. Pas de modification des constats.

L'identification des piluliers avec les noms prénoms et date de naissance correspondent "aux traits stricts d'identification" (instruction DGOS 281 du 7 juin 2013). Tout autre rajout (numéro de chambre,...) peut présenter un risque confusionnel et est source d'erreur d'identification et ce d'autant plus qu'au 1er étage, il a été observé deux piluliers étiquetés 30f pour deux patients différents; tout ceci dans un contexte où aucun patient n'est pas porteur du bracelet d'identification et souvent porteurs de troubles cognitifs. Pas de modification des constats.

Les obus à oxygène non attachés sont sortis des observations de cette fiche anomalie.

Accepter partiellement

Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

- le mélanges de plusieurs dosages d'un même médicaments dans l'armoire à pharmacie sont générateurs d'un risque iatrogène pour le patient : risque de surdosage ou sous dosage médicamenteux
- les piluliers (dont certains peuvent comporter des médicaments à risques) étiquetés au nom du patient et numéro de chambre peuvent être générateur de risque iatrogène : risque d'erreur de patient, risque d'erreur de traitement

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?

l'établissement n'avait pas connaissance de cette anomalie

Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?

un contrôle trimestriel des armoires à pharmacie par les équipes de soins est organisé
une procédure d'identitovigilance est formalisée. Un contrôle trimestriel des armoires à pharmacie par les équipes de soins est organisé et une procédure d'identitovigilance est formalisée. Il existe également un contrôle annuel des armoires à pharmacie organisé par la PUI (cf. compte-rendu des visites d'armoire mis à disposition des EV dans les éléments de preuve) et la présence de référents infirmiers et préparateurs en pharmacie par service.

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?

Non

Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?

Non

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?

Non

Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque

Non

Observations établissement:

1- Nous souhaitons indiquer que l'établissement a analysé les causes de ces anomalies qui a donné lieu à la mise en place des actions suivantes :

- les non conformités relatives aux mélanges de plusieurs dosages ont été rectifiées immédiatement en présence de l'expert visiteur. A l'issue de la visite, un rappel a été réalisé auprès des équipes en réunions de service et en staffs dès la semaine suivante la visite. Une note d'information a été diffusée au sein de la structure. De plus, une réflexion a été initiée afin d'optimiser le dispositif de maîtrise du risque en collaboration avec la PUI et les unités de soins. (ex : projet de mise en place de quicks audit par les services).

- Concernant la présence du numéro de chambre sur les piluliers, nous nous sommes conformés aux exigences des experts visiteurs. Nous inscrivons désormais les numéros de chambre sur les plateaux supports des piluliers. Les plateaux supports restent dans l'armoire de transport entre la PUI et l'USLD. Lors de l'administration des médicaments, les infirmiers utilisent les piluliers sans mention de numéro de chambre.

- Le stockage des obus à oxygène à l'USLD a été sécurisé à l'issue de la visite (RDC et 1^{er} étage).

2- Nous souhaitons compléter le rédactionnel mentionné sur les dispositifs de maîtrise du risque. Effectivement, un contrôle trimestriel des armoires à pharmacie par les équipes de soins est organisé et une procédure d'identitovigilance est formalisée. Il existe également un contrôle annuel des armoires à pharmacie organisé par la PUI (cf. compte-rendu des visites d'armoire mis à disposition des EV dans les éléments de preuve) et la présence de référents infirmiers et préparateurs en pharmacie par service.

Réponse HAS:

1/ L'établissement a corrigé ses pratiques selon les observations faites en visite. Reste à évaluer les actions d'amélioration. initiatives à valoriser dans le cadre de la démarche qualité et gestion des risques mais les constats faits en visite demeurent sans changement.

2/ Complément du rédactionnel proposé par l'établissement pris en compte et rajouté dans la fiche anomalie.

Accepter partiellement

Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

En USLD, les règles de stockage des médicaments à risques ne sont pas respectées. En effet, présence de médicaments à risques de dosages différents stockés dans un même emplacement. Situation identique retrouvée en unité d'exploration fonctionnelle de cardiologie (Cf. fiche anomalie ANOM 89063). De plus, les piluliers des patients comportent le nom du patient ainsi que le numéro de chambre. Cette double identification peut conduire à des erreurs en cas de changement de chambre du patient. Enfin, on retrouve également deux piluliers étiquetés au même numéro de chambre côté fenêtre (30f) pour deux patients différents dans un service où aucun patient n'est pas porteur du bracelet d'identification.

Cette fiche anomalie a été annoncée et argumentée lors d'un échange avec la gouvernance la veille du dernier jour de visite.

Observations établissement:

- Les médicaments concernés par un stockage non conforme (Alprazolam 0,5 mg comprimé et le Contramal 50 mg gélule) ne font pas partie de la liste des médicaments à risques de l'hôpital d'Auch. Les médicaments à risques retenus par l'hôpital d'Auch sont les Antivitamines K, les anticoagulants oraux directs, les insulines et le potassium injectable. Cette liste a été validée et régulièrement actualisée (dernière mise à jour en avril 2022) en COMEDIMS en prenant en compte les retours d'expérience et les *never events* (cf. procédure mise à disposition des EV dans les éléments de preuve).

Ainsi, le constat cité dans l'analyse du coordonnateur « En USLD, les règles de stockage des **médicaments à risques** ne sont pas respectées. En effet, présence de **médicaments à risques** de dosages différents stockés dans un même emplacement » n'est pas exacte. En effet, aucune non-conformité de stockage des médicaments à risque n'a été constatée lors de la visite.

Nous souhaitons que ce constat ne fasse pas l'objet d'une fiche anomalie car elle ne concerne pas le critère impératif 2.3-06 « les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque » mais plutôt le critère standard 2.3-07 « L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques ».

- L'identification des piluliers de l'USLD respecte le référentiel de l'HAS « Evaluation de la prise en charge médicamenteuse selon le référentiel de certification » (page 11) : ils sont strictement nominatifs et identifiés par le nom, prénom et date de naissance. Le numéro de chambre inscrit en plus ne sert pas à la vérification de l'identité du patient mais au rangement de ces piluliers dans les armoires de transport.

Comme indiqué précédemment, ce constat ne concerne pas le critère impératif 2.3-06 « les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque » mais plutôt le critère standard 2.3-04 « Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments ».

Réponse HAS:

Même si l'établissement est souverain dans l'élaboration de la liste des médicaments à risques, la présence de médicaments de dénomination à risque de confusion de dosages différents (Alprazolam) ou de mode d'action différent (contramal et contramal LP) dans le même bac de rangement présentent un risque direct et important pour le patient. De ce fait cet écart de pratiques rentre bien dans le cadre du critère 2.3-06. Pas de modification des constats.

L'identification des piluliers avec les noms prénoms et date de naissance correspondent "aux traits stricts d'identification" (instruction DGOS 281 du 7 juin 2013). Tout autre rajout (numéro de chambre,...) peut présenter un risque confusionnel et est source d'erreur d'identification et ce d'autant plus qu'au 1er étage, il a été observé deux piluliers étiquetés 30f pour deux patients différents; tout ceci dans un contexte où aucun patient n'est pas porteur du bracelet d'identification et souvent porteurs de troubles cognitifs. Pas de modification des constats.

Refuser

Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-89063	26 January, 2023	2.3	Parcours traceur
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Sophie LEFEVRE	GRIX-121058	2.3-06	

Anomalies observées

Expert visiteur:

les règles de stockage des médicaments ne sont pas respectées à plusieurs étapes du parcours de cardiologie

- Unité d'explorations fonctionnelles de cardiologie : dans le chariot de soins qui sert de stockage des médicaments pour cette unité, on retrouve :

- deux concentrations de Midazolam (5 mg/1ml et 5 mg/5ml) et de la Digoxine dans le même emplacement

- Unité de soins continus : l'ensemble des piluliers , pouvant contenir des médicaments à risque sont étiquetés au numéro de box et étiquette patient

-Unité de cardiologie : l'ensemble des piluliers observés sont étiquetés au numéro de chambre+ étiquette patient + numéro de box (pour les patients transférés des soins continus)

Observations établissement:

- Les médicaments concernés par un stockage non conforme (Midazolam 5 mg/1 ml Inj, le Midazolam 5 mg/5 ml Inj, la Digoxine Inj et les autres médicaments du chariot) ne font pas partie de la liste des médicaments à risques de l'hôpital d'Auch. Les médicaments à risques retenus par l'hôpital d'Auch sont les Antivitamines K, les anticoagulants oraux directs, les insulines et le potassium injectable. Cette liste a été validée et régulièrement actualisée (dernière mise à jour en avril 2022) en COMEDIMS en prenant en compte les retours d'expérience et les *never events* (cf. *procédure mise à disposition des EV dans les éléments de preuve*).

Nous souhaitons que ce constat ne fasse pas l'objet d'une fiche anomalie car elle ne concerne pas le critère impératif 2.3-06 « les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque » mais plutôt le critère standard 2.3-07 « L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques ».

- Les antiseptiques ouverts sur le chariot non datés : ce constat ne concerne pas le critère impératif 2.3-06 « les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque » mais plutôt le critère standard 2.3-04 « Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments ».

- L'identification des piluliers dans ces secteurs respecte le référentiel de l'HAS « Evaluation de la prise en charge médicamenteuse selon le référentiel de certification » (page 11) : ils sont strictement nominatifs et identifiés par le nom, prénom et date de naissance. Le numéro de chambre inscrit en plus ne sert pas à la vérification de l'identité du patient mais au rangement de ces piluliers dans les chariots de soins.

Comme indiqué précédemment, ce constat ne concerne pas le critère impératif 2.3-06 « les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque » mais plutôt le critère standard 2.3-04 « Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments ».

Réponse HAS:

Même si l'établissement est souverain dans l'élaboration de la liste des médicaments à risques, la présence de médicaments de dénomination à risque de confusion de dosages différents (midazolam) ou de médicament à marge thérapeutique étroite (Digoxine) dans le même bac de rangement présentent un risque direct et important pour le patient. De ce fait, cet écart de pratiques rentre bien dans le cadre du critère 2.3-06. Pas de modification des constats.

Les antiseptiques ouverts et non datés sur le chariot concernent effectivement le critère 2.3-04. De ce fait, l'observation est supprimée dans la fiche anomalie.

L'identification des piluliers avec les noms prénoms et date de naissance correspondent "aux traits stricts d'identification" (instruction DGOS 281 du 7 juin 2013). Tout autre rajout (numéro de chambre,...) peut présenter un risque confusionnel et est source d'erreur d'identification. Pas de modification des constats de la fiche anomalie.

Accepter partiellement

Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

le mélange de plusieurs concentration d'un même médicament dans le même casier ainsi que le mélange de deux dénominations sont générateurs de risque iatrogène pour le patient : risque de surdosage / risque d'erreur de médicament

les piluliers étiquetés au nom du patient, numéro de chambre +/- numéro de box sont également générateurs d'un risque iatrogène pour le patient :risque d' erreur de patient et /ou erreur de médicaments

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?

l'établissement n'a pas connaissance de cette anomalie

Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?

un contrôle trimestriel des stocks de médicaments dans les armoires est organisé par les équipes de soins

une procédure d'identitovigilance est disponible

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?

Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?

Les non conformités relatives aux mélanges de plusieurs dosages ont été rectifiées le jour même du constat par :

Non

la mise en place d'un étiquetage et d'une séparation des médicaments, un compartiment pour chaque médicament et pour chaque dosage

un rappel des bonnes pratiques de stockage aux équipes

la nomination d'une IDE référente Circuit du médicament aux explorations fonctionnelles cardiaques (3C).

Une révision de la dotation des médicaments du service des explorations cardiaques a été réalisée à la suite de la visite. De plus, une réflexion a été initiée afin d'optimiser le dispositif de maitrise du risque en collaboration avec la PUI et les unités de soins. (ex : projet de mise en place de quicks audit par les services).

- Concernant la présence du numéro de chambre sur les piluliers, nous nous sommes conformés aux exigences des experts visiteurs. Les numéros de chambre ne sont plus inscrits sur les piluliers.

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?

Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque

Non

Non

Observations établissement:

1- Nous souhaitons indiquer que l'établissement a analysé les causes de ces anomalies qui a donné lieu à la mise en place des actions suivantes :

- Les non conformités relatives aux mélanges de plusieurs dosages ont été rectifiées le jour même du constat par :

- la mise en place d'un étiquetage et d'une séparation des médicaments, un compartiment pour chaque médicament et pour chaque dosage
- un rappel des bonnes pratiques de stockage aux équipes
- la nomination d'une IDE référente Circuit du médicament aux explorations fonctionnelles cardiaques (3C).

Une révision de la dotation des médicaments du service des explorations cardiaques a été réalisée à la suite de la visite. De plus, une réflexion a été initiée afin d'optimiser le dispositif de maîtrise du risque en collaboration avec la PUI et les unités de soins. (ex : projet de mise en place de quicks audit par les services).

- Concernant la présence du numéro de chambre sur les piluliers, nous nous sommes conformés aux exigences des experts visiteurs. Les numéros de chambre ne sont plus inscrits sur les piluliers.

2- Nous souhaitons compléter le rédactionnel mentionné sur les dispositifs de maîtrise du risque. Effectivement, un contrôle trimestriel des armoires à pharmacie par les équipes de soins est organisé et une procédure d'identitovigilance est formalisée. Il existe également un contrôle annuel des armoires à pharmacie organisé par la PUI (cf. *compte-rendu des visites d'armoire mis à disposition des EV dans les éléments de preuve*) et la présence de référents infirmiers et préparateurs en pharmacie par service.

Réponse HAS:

Les observations 1 et 2 ont été intégrées dans les constats de la fiche anomalie.

Accepter

Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

En Unité d'exploration fonctionnelle de cardiologie et en Unité de soins continus, les règles de stockage des médicaments à risques ne sont pas respectées. En effet, présence de médicaments à risques de dosages différents stockés dans un même emplacement. Situation identique retrouvée en USLD (Cf. fiche anomalie ANOM 89066). En outre, les casiers contenant les médicaments du chariot de soins (comportant la globalité du stock des médicaments du secteur) ne sont pas identifiés. Par ailleurs, présence d'antiseptiques ouverts sur les chariots sans inscription de date. Enfin, les piluliers des patients comportent le nom du patient ainsi que le numéro de chambre. Cette double identification peut conduire à des erreurs en cas de changement de chambre du patient.

Cette fiche anomalie a été annoncée et argumentée lors d'un échange avec la gouvernance la veille du dernier jour de visite.

Observations établissement:

- Les médicaments concernés par un stockage non conforme (Midazolam 5 mg/1 ml Inj, le Midazolam 5 mg/5 ml Inj, la Digoxine Inj et les autres médicaments) du chariot ne font pas partie de la liste des médicaments à risques de l'hôpital d'Auch. Les médicaments à risques retenus par l'hôpital d'Auch sont les Antivitamines K, les anticoagulants oraux directs, les insulines et le potassium injectable. Cette liste a été validée et régulièrement actualisée (dernière mise à jour en avril 2022) en COMEDIMS en prenant en compte les retours d'expérience et les *never events* (cf. *procédure mise à disposition des EV dans les éléments de preuve*).

Ainsi, le constat cité dans l'analyse du coordonnateur « En Unité d'exploration fonctionnelle de cardiologie et en Unité de soins continus, les règles de stockage des **médicaments à risques** ne sont pas respectées. En effet, présence de **médicaments à risques** de dosages différents stockés dans un même emplacement. » n'est pas exacte. En effet, aucune non-conformité de stockage des médicaments à risque n'a été constatée lors de la visite.

Nous souhaitons que ce constat ne fasse pas l'objet d'une fiche anomalie car elle ne concerne pas le critère impératif 2.3-06 « les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque » mais plutôt le critère standard 2.3-07 « L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques ».

- Présence d'antiseptiques ouverts sur le chariot sans inscription de date : ce constat ne concerne pas le critère impératif 2.3-06 « les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque » mais plutôt le critère standard 2.3-04 « Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments ».

- L'identification des piluliers dans ces secteurs respecte le référentiel de l'HAS « Evaluation de la prise en charge médicamenteuse selon le référentiel de certification » (page 11) : ils sont strictement nominatifs et identifiés par le nom, prénom et date de naissance. Le numéro de chambre inscrit en plus ne sert pas à la vérification de l'identité du patient mais au rangement de ces piluliers dans les chariots de soins.

Comme indiqué précédemment, ce constat ne concerne pas le critère impératif 2.3-06 « les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque » mais plutôt le critère standard 2.3-04 « Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments ».

Réponse HAS:

Même si l'établissement est souverain dans l'élaboration de la liste des médicaments à risques, la présence de médicaments de dénomination à risque de confusion de dosages différents (midazolam) ou de médicament à marge thérapeutique étroite (Digoxine) dans le même bac de rangement présentent un risque direct et important pour le patient. De ce fait, cet écart de pratiques rentre bien dans le cadre du critère 2.3-06. Pas de modification des constats.

Les antiseptiques ouverts et non datés sur le chariot concernent effectivement le critère 2.3-04. De ce fait,

l'observation est supprimée dans la fiche anomalie.

L'identification des piluliers avec les noms prénoms et date de naissance correspondent "aux traits stricts d'identification" (instruction DGOS 281 du 7 juin 2013). Tout autre rajout (numéro de chambre,...) peut présenter un risque confusionnel et est source d'erreur d'identification. Pas de modification des constats de la fiche anomalie.

Accepter partiellement

Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-89065	26 January, 2023	3.3	Audit système
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Sophie LEFEVRE	GRIX-121080	3.3-01	Entretien Professionnel

Anomalies observées

Expert visiteur:

les équipes de soins rencontrées lors de l'audit système rencontre avec les professionnels n'ont pas la connaissance du programme d'action de la qualité et ne sont pas informées par l'encadrement des actions qualités menées.

Observations établissement:

Aucune observation

Accepter

Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

le risque de non diffusion de la culture de sécurité / risque de non appropriation de la démarche qualité, gestion des risques

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?

l'établissement a connaissance de cette anomalie.

Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?

Un journal qualité " le lien", un programme d'action qualité disponible, des IQSS affichés, un site intranet, un logiciel de signalement des EI, une GED / des analyses d'EI

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?

Non

Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?

Un PAQSS est disponible avec plusieurs actions concourant au renforcement de la culture de sécurité . les actions, les délais sont cohérents

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?

Non

Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque

Oui

Observations établissement:

Nous souhaitons faire état des actions définies et mises en oeuvre en regard des éléments mentionnés :

L'établissement avait déjà instauré avant la visite un travail en collaboration avec l'encadrement des unités de soins sur une appropriation du PAQSS par les professionnels. La visite nous a confortés dans cette démarche que nous poursuivons et notamment avec un axe privilégié auprès des équipes de nuit. L'établissement a identifié certaines causes de cette anomalie et œuvre à la simplification des outils pour une meilleure appropriation et compréhension du PAQSS par les équipes.

L'établissement participera en 2023 à la campagne nationale « Mesure de la Culture qualité sécurité des soins » déployée en région Occitanie par la Structure Régionale d'Appui à la qualité, cette action complètera l'analyse des causes de cette anomalie pour identifier d'autres opportunités d'amélioration exprimées par les professionnels.

Réponse HAS:

En ce qui concerne les actions du PAQSS, les équipes de soins rencontrées lors de l'audit système rencontre avec les professionnels n'avaient pas connaissance du programme d'action de la qualité ni connaissance d'informations données par l'encadrement des actions qualités menées. Suite aux constats fait en visite, la HAS constate que l'établissement a mis en place des actions d'améliorations qui participent à une dynamique qualité et gestion des risques. Pas de modification de la fiche anomalie puisque actions conduites postérieurement à la visite de certification.

Refuser

Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

Lors de l'entretien professionnel avec l'équipe de nuit, les professionnels n'ont pas été en mesure de citer des actions concrètes du PAQSS. Ces actions ne sont pas non plus relayées par l'encadrement. Même si cela n'a pas d'impact direct sur la sécurité des soins, cette situation nuit à la porosité de la démarche qualité sécurité des soins et reflète dans une certaine mesure une différence d'appropriation de la démarche qualité et sécurité des soins entre les équipes de jour et celles de nuit.

Cette fiche anomalie a été annoncée et argumentée lors d'un échange avec la gouvernance la veille du dernier jour de visite.

Observations établissement:

Aucune observation

Accepter

Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins

Contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3 (CA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=90 Intervalle de confiance=81-96 Evolution=NA)

Anticipation de la prise en charge de la douleur (CA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=29 Intervalle de confiance=19-40 Evolution=NA)

Évaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention (CA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=0 Intervalle de confiance=0-0 Evolution=NA)

Évaluation du patient pour la sortie de la structure (CA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=94 Intervalle de confiance=86-98 Evolution=NA)

Qualité de la lettre de liaison à la sortie après chirurgie ambulatoire (CA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	B (Valeur=79 Intervalle de confiance=73-84 Evolution=NA)

Evaluation et prise en charge de la douleur (DPA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	B (Valeur=87 Intervalle de confiance=75-94 Evolution=NA)

Qualité de la lettre de liaison à la sortie (DPA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=59 Intervalle de confiance=50-67 Evolution=NA)

Evaluation et prise en charge de la douleur (DPA_SSR)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=99 Intervalle de confiance=93-99 Evolution=NA)

Projet de soins, projet de vie en SSR (DPA_SSR)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=92 Intervalle de confiance=89-95 Evolution=NA)

Qualité de la lettre de liaison à la sortie (DPA_SSR)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=84 Intervalle de confiance=83-86 Evolution=NA)

Score ajusté de Satisfaction globale des patients hospitalisés + 48h en MCO (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=71.83 (N=75) Evolution=stable)

Score brut de satisfaction globale des patients hospitalisés + 48h en MCO

(satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=72.39 (N=76))

e-Satis48h : score brut de la dimension accueil (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=69.9 (N=76))

e-Satis48h : score brut de la dimension chambre (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=69 (N=76))

e-Satis48h : score brut de la dimension chambre et repas (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=66.37 (N=76))

e-Satis48h : score brut de la dimension prise en charge (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=81.54 (N=76))

e-Satis48h : score brut de la dimension prise en charge infirmière/aide-soignant (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=81.26 (N=76))

e-Satis48h : score brut de la dimension prise en charge médecin/chirurgien (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=80.3 (N=75))

e-Satis48h : score brut de la dimension repas (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=60.83 (N=75))

e-Satis48h : score brut de la dimension sortie (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=62.84 (N=76))

Score ajusté de Satisfaction globale des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=81.47 (N=81) Evolution=NA)

Score brut de satisfaction globale des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=80.76 (N=85))

e-SatisCA : score brut de la dimension accueil du patient (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=83.5 (N=85))

e-SatisCA : score brut de la dimension organisation avant l'hospitalisation (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=84.22 (N=85))

e-SatisCA : score brut de la dimension chambre et collation (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=74.56 (N=85))

e-SatisCA : score brut de la dimension organisation de la sortie et retour à domicile (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=77.09 (N=85))

e-SatisCA : score brut de la dimension prise en charge du patient (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=84.06 (N=85))

Ratio standardisé du nombre de TVP et/ou d'EP* observé sur attendu après une pose de prothèse totale de hanche (PTH) (hors fracture) ou de genou (PTG).*TVP: thrombose veineuse profonde- EP: embolie pulmonaire (ETE_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	0.93 (N=124 Résultat non statistiquement différent de la référence)

Taux brut de TVP et/ou EP observé pour 1000 séjours de PTG (ETE_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	15.87‰ (N_ptg=63 Taux supérieur au taux attendu publié de 10‰)

Taux brut de TVP et/ou EP observé pour 1000 séjours de PTH (ETE_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	0‰ (N_pth=61)

Consommation de produits hydro-alcooliques version 3 (Bilan_IAS)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=61)

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

