

UNIVERSITÉ TOULOUSE III- PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MEDECINE

ANNÉE 2016

2016 TOU3 1074

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

présentée et soutenue publiquement

par

Guillaume VIDAL

Le 02 septembre 2016

**La certification V2014 aux urgences,
exemple du CHG de Cahors**

Directeur de thèse : Dr Mathieu OBERLIN

JURY

Monsieur le Professeur BOUNES Vincent, Président

Madame le Professeur CHARPENTIER Sandrine, Assesseur

Monsieur le Professeur TELMON Norbert, Assesseur

Madame le Docteur FERNANDEZ Sophie, Assesseur

Monsieur le Docteur OBERLIN Mathieu, Assesseur

UNIVERSITÉ TOULOUSE III- PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MEDECINE

ANNÉE 2016

2016 TOU3 1074

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

présentée et soutenue publiquement

par

Guillaume VIDAL

Le 02 septembre 2016

**La certification V2014 aux urgences,
exemple du CHG de Cahors**

Directeur de thèse : Dr Mathieu OBERLIN

JURY

Monsieur le Professeur BOUNES Vincent, Président

Madame le Professeur CHARPENTIER Sandrine, Assesseur

Monsieur le Professeur TELMON Norbert, Assesseur

Madame le Docteur FERNANDEZ Sophie, Assesseur

Monsieur le Docteur OBERLIN Mathieu, Assesseur

Remerciements

A Monsieur le Professeur V. Bounes,

Vous avez accepté de présider notre jury.

Vous êtes un exemple pour notre discipline.

Veillez recevoir nos remerciements et notre estime profonde.

A Madame le Professeur S.Charpentier,

Vous avez accompagné et soutenu ce projet.

Vous acceptez de siéger à notre jury.

Nous vous remercions pour votre accompagnement et votre enseignement précieux en médecine d'urgence.

A Monsieur le Professeur N.Telmon,

Vous m'avez accueilli à mes débuts d'interne et accepté d'être présent pour la conclusion de ce parcours.

Vous m'avez fait découvrir une autre facette passionnante de la médecine.

Veillez recevoir ma gratitude et le témoignage de mon respect.

A Madame le Docteur S. Fernandez,

Vous avez accepté de juger notre travail.

Vous nous honorez de votre présence et votre expertise.

Veillez recevoir l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur M.Oberlin,

Tu as accepté de diriger ce projet et ton enthousiasme et ta motivation en a été le moteur.

Tu m'as accompagné tout au long de ce travail avec bienveillance et pédagogie.

Ton contact aux urgences a fini de me convaincre sur mon envie de m'intéresser à cette discipline et j'espère pouvoir continuer à travailler à tes côtés.

Accepte mes remerciements sincères et mon amitié.

A Monsieur le Professeur D.Lauque,

Je vous ai fait part de mon envie de m'intéresser à la médecine d'urgences et vous avez soumis ce projet de thèse.

Vous m'avez encourager dans ces deux voies et je vous en remercie, regrettant votre absence dans ce jury.

A Monsieur le Docteur T.Debreux

Tu m'as accueilli à bras ouvert dans la belle équipe des urgences cadurciennes et m'a proposé ce sujet original.

Je te remercie de ta confiance.

A ma famille pour leur soutien sans faille tout au long de ces années, spécialement mes parents et mes deux frères.

A mes amis d'enfance, toujours fidèles malgré l'éloignement.

A mes deux compères de P1, Nicolas et Mathieu toujours là dans les moments cruciaux.

Aux Bacalhaus, même si nos emplois du temps d'internes ne nous permettent pas de nous voir aussi souvent que possible...

A mes co-internes pour ces moments de partage auprès des patients et en dehors...

A mes différents maîtres de stage pour leur enseignement : particulièrement au Dr E.Mallet pour m'avoir montré la médecine générale que j'aurais voulu exercer si les urgences ne m'avaient pas attiré, aux Drs P.Bayle et A.Lagarrigue pour m'avoir accompagné à mes débuts d'internes.

Aux différentes équipes de mes stages d'internes et tout spécialement aux équipes des urgences de la SAUV et à mes futurs collègues cadurciens.

A Marina...

Tables des matières

Introduction	p.7
1. La certification	p.9
1.1 Qu'est ce que c'est ?	p.9
1.2 Évolution de la certification	p.9
1.3 La V2014 : enjeux, nouveautés et priorités retenues	p.11
1.3.1. Quels objectifs pour la V2014 ?	p.11
1.3.2. Approche par thème et priorités de la V2014	p.12
1.4 Déroulement de la certification	p.13
1.5 Les urgences dans la certification	p.14
1.6 La thématique urgences et soins non programmés	p.15
2. Lexique	p.17
2.1 Pratiques exigibles prioritaires	p.17
2.2 Roue de Demming : PDCA	p.18
2.3 Audit de processus	p.19
2.4 Indicateurs	p.20
2.5 Patient traceur	p.20
2.6 Compte qualité	p.22
2.7 Éléments d'investigation obligatoires	p.22
3. Exemple du SAU de Cahors	p.24
3.1 To plan : planifier	p.24
3.1.1. Identifier les besoins, analyser les risques	p.24
3.1.2. Identifier les objectifs d'amélioration	p.26
3.2 To Do : mettre en œuvre	p.27
3.2.1. Mobilisation des équipes	p.27
3.2.2. Disponibilité des ressources et organisation de la prise en charge	p.29
3.2.3. Évaluation par les experts-visiteurs	p.29
3.3 To check : Évaluer	p.30
3.3.1. Vérification de l'effectivité sur le terrain	p.30
3.3.2. Évaluation du fonctionnement	p.30
3.4 To Act : Agir	p.31
3.4.1. Corrections	p.31

3.4.2.	Mise en place des actions d'améliorations	p.31
3.4.2.1.	Amélioration continue	p.31
3.4.2.2.	Communication sur les résultats	p.32
4.	Qu'a apporté la v2014 au SAU de Cahors	p.33
4.1	Un atout pour la crédibilité	p.33
4.2	Un atout pour l'implication de l'établissement au travers du parcours de soins	p.33
4.3	Un atout pour la dynamique de service	p.34
	Conclusion	p.35
	Données bibliographiques	p.36
	Annexes	p.38

Introduction

La certification est une démarche obligatoire pour les établissements de santé français introduite en 1996 dans la réforme hospitalière. Il s'agit d'une procédure visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins produits aux patients dans les établissements de santé. Cette démarche est non seulement obligatoire mais elle est aussi un moteur important pour les établissements et les services afin de permettre une amélioration des prises en charge pour les patients vers plus de sécurité et de qualité dans les soins.

Par ailleurs, la certification répond à l'évolution de la société et au désir des usagers d'une amélioration de la qualité des soins prodigués (temps d'attente, prise en charge adaptée) et d'un renforcement de la sécurité des soins en diminuant les aléas thérapeutiques et les erreurs dans les soins.

Les enjeux actuels et à venir de l'amélioration de la prise en charge aux urgences sont soutendus par l'augmentation significative du nombre de passage au cours des dernières années. Les établissements de santé doivent répondre à cet enjeu en s'adaptant aux besoins du territoire et en mobilisant l'ensemble des acteurs de l'établissement. Le service d'accueil des urgences (SAU) doit être le moteur et le pilote de ce processus car il est le plus à même et le plus compétent en matière de prise en charge urgente. C'est également une opportunité d'impliquer l'ensemble des acteurs de l'établissement aux problématiques des urgences.

L'intérêt de cette thèse est donc de s'intéresser à un sujet devenu incontournable dans notre métier : l'amélioration des pratiques professionnelles en s'intéressant aux processus de qualité et aux impératifs de sécurité voulus par les patients et la société. Il s'agit d'un sujet d'autant plus attractif que la formation médicale des médecins ne nous prépare pas à ces nouveaux impératifs qui peuvent de prime abord être difficiles à appréhender et à comprendre du fait de l'absence d'une culture de la qualité au sein des métiers de la santé (comme cela existe depuis longtemps dans d'autres domaines civils) et la difficulté et la densité des textes encadrant la démarche de certification.

Ainsi, nous nous intéresserons particulièrement au volet de la certification se rapportant aux urgences et la pratique exigible prioritaire des soins non programmés. Nous détaillerons ainsi les processus mis en place par le service d'accueil des urgences de Cahors pour répondre à ces

impératifs de qualité en analysant les procédures et outils mis en place (organisation du service, circuits de prise en charge, recours aux avis spécialisés, outil d'analyse de la disponibilité des lits d'aval, accueil et orientation des patients, suivi des temps d'attente et de passage au SAU, recueil et analyse des dysfonctionnement).

Nous aborderons également l'intérêt qu'a présenté pour le SAU de Cahors l'implication dans la procédure de certification.

1 La certification

1.1 Qu'est ce que c'est ?

La certification des établissements de santé est introduit dans le système de santé français par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 (dite ordonnance Juppé) portant sur la réforme hospitalière. Ce texte fondateur crée l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) qui sera en charge de mettre en œuvre la procédure de certification. Les établissements de santé disposaient de cinq ans pour s'engager dans cette démarche devenue obligatoire soit jusqu'en 2001. L'objectif principal de cette réforme est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé.

En 2004, le législateur décide de créer la Haute Autorité de Santé (HAS) et lui confie l'intégralité des missions de l'ANAES dont la certification des établissements de santé. L'intervalle entre deux procédures est réduite à quatre ans et le terme « accréditation » disparaît au profit de « certification » (l'accréditation se référant désormais à une procédure de gestion des risques proposés aux médecins et équipes médicales de spécialités dites à risque).

La certification est donc une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et des organismes de tutelles dans laquelle des professionnels de santé mandatés par la HAS réalisent des visites de certification en se basant sur un référentiel. Ce référentiel permet l'évaluation du fonctionnement global de l'établissement de santé notamment en permettant d'apprécier de façon indépendante la qualité des prestations et la sécurité des soins.

1.2 Évolution de la certification

En France, la procédure de certification s'inspire des modèles développés aux États-Unis et au Canada. La certification développe comme axe principal le parcours du patient et met l'accent sur une approche pédagogique en responsabilisant l'établissement.

La procédure de certification a évolué depuis sa création pour s'adapter en permanence aux exigences des professionnels et des autorités en matières de qualité et de sécurité des soins. Ainsi, la première procédure datant de 1999 visait à promouvoir la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé en se basant sur des référentiels d'accréditations élaborés par des groupes de travail composés de médecins hospitaliers, cadres de santé, infirmiers, responsables qualité à partir des données de la littérature. L'accréditation (1ere version de la certification) évaluait les établissements sur 3 thèmes principaux :

- Le patient et sa prise en charge (droits et information du patient, dossier du patient, organisation de la prise en charge des patients)
- Le management et la gestion au service du patient (management de l'établissement et des secteurs d'activités, gestion des ressources humaines, gestion des fonctions logistiques, gestion du système d'information)
- La qualité et la prévention (gestion de la qualité et prévention des risques, vigilance sanitaire et sécurité transfusionnelle, surveillance prévention et contrôle du risque infectieux)

La deuxième version de la procédure de certification (V2-2007) a été mise en œuvre en 2005 et 2010. Elle mesurait simultanément la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité mais aussi le niveau de la qualité atteint au travers des différents thèmes déjà abordés lors de la première version de la certification.

Cette seconde version de la certification met particulièrement en avant l'évaluation des pratiques professionnelles permettant de renforcer la médicalisation de la démarche.

Autre point de nouveauté, une attention particulière est donnée à des secteurs clés de la prise en charge médicale (urgences, secteurs interventionnels et circuit médicament) ainsi que l'évaluation par type de prise en charge : soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique), psychiatrie et santé mentale, soins de suite ou de réadaptation, soins de longue durée et hospitalisation à domicile.

La troisième version de la procédure de certification (V2010) a été pensée et développée dans le but de permettre une certification plus proche du terrain et plus continue.

Cette version de la certification a pour but de promouvoir :

- la délivrance d'une information accessible et claire à destination des usagers et met l'accent sur les droits des patients ;
- la démarche qualité à travers le développement du management interne dans l'établissement ;
- la mobilisation des équipes médicales autour de projets d'amélioration ;
- la régulation des établissements de santé par la qualité. Les résultats de certification doivent devenir l'élément incontournable pour appréhender la qualité des établissements.

Cette version introduit notamment le concept de Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP), thèmes particulièrement importants sur lesquelles le niveau d'exigence est renforcé.

1.3 La V2014 : enjeux, nouveautés et priorités retenues

Pour la V2014, les évolutions de la certification portent principalement sur la mise en place d'un compte qualité et des méthodes de visites nouvelles (la méthode du patient traceur et les audits de processus sur les thèmes du manuel). La certification doit permettre une concertation avec les professionnels de santé et les représentants des usagers notamment au sein de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

1.3.1 Quels objectifs pour la V2014 ?

Les résultats de la certification dépendent de son appropriation par les professionnels des établissements de santé. Le travail de l'établissement doit donc créer des dynamiques professionnelles.

Le but est également de dynamiser et mettre en valeur, à travers la visite de certification par les experts-visiteurs, les démarches d'amélioration.

Ainsi les experts-visiteurs doivent :

- avoir une procédure personnalisée en fonction de la situation de l'établissement et des risques qui lui sont propres ;
- avoir une évaluation centrée sur les démarches d'amélioration mises en place en fonction des axes dégagés par le compte qualité de l'établissement ;
- valoriser ce qui est réalisé dans chaque établissement (les résultats des plans d'amélioration déjà mis en place ou acquis, points positifs se dégageant des protocoles et filières de prise en charge...).

In fine, la certification évalue :

- d'abord l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- ensuite les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels. Pour cette raison, la HAS s'est attachée depuis la V2010 à renforcer ses méthodes d'évaluation afin de permettre des mesures fiables, précises, reproductibles de la qualité et de la sécurité sur des points primordiaux en mettant en place les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

1.3.2 Approche par thèmes et priorités de la V2014

Approche par thèmes

L'approche par thèmes a été retenue par la HAS pour la certification aussi bien pour l'élaboration du compte qualité que pour les audits de processus.

Une liste de 20 thèmes a été établie auquel correspondent les critères du manuel de certification.

Priorités retenues

Trois priorités sont identifiées dans la V2014 pour améliorer la qualité et la sécurité des soins via la certification :

- Promouvoir les démarches sur des thèmes d'impulsion autour de la bientraitance des patients, la qualité de vie au travail.

- Fournir aux professionnels des leviers spécifiques d'amélioration des prises en charge en favorisant l'évaluation des pratiques professionnels (EPP).

- Consolider les acquis sur les pratiques exigibles prioritaires déjà évaluées en v2010.

Ces trois priorités constituent la ligne directrice de cette V2014 qui se retrouve dans tous les éléments du dispositif que sont le compte qualité, la visite, la décision de certification et la production de supports méthodologiques par la HAS.

1.4 Déroulement de la certification

La procédure de certification se base sur le manuel de certification.

Avant la visite de certification, l'établissement remplit le compte qualité afin de préparer la visite des experts-visiteurs de la HAS. L'analyse du compte qualité permet de préparer les investigations (audits de processus, patient-traceurs, chemin clinique...).

L'analyse du compte qualité permet, pour chacune des thématiques, d'étudier la capacité de l'établissement de santé à mobiliser des données pertinentes et utiles à l'analyse de chaque thématique et au suivi des actions mises en place pour cette thématique. Le compte qualité permet également d'étudier la mise en évidence par l'établissement des risques prioritaires, c'est à dire les risques sur lequel l'établissement souhaite concentrer ses efforts pour la période à venir. Ces risques peuvent être :

- ceux que l'établissement a identifiés comme étant les plus « critiques » (en termes de qualité et de sécurité des soins) et non suffisamment maîtrisés,
- les risques « critiques » et maîtrisés mais sur lesquels l'établissement et plus particulièrement le management, souhaite maintenir son effort afin de valoriser l'engagement de l'ensemble des professionnels.

La visite en elle même se déroule à partir des éléments analysés au travers du compte qualité et permet aux experts-visiteurs de conduire leurs investigations à l'aide des différentes méthodes (patient-traceur, audits de processus, etc...). Le but de la visite est de vérifier la conformité entre les diagnostics mis en place par l'établissement sur l'identification des

risques, les actions mises en place et leurs réelles applications sur le terrain auprès des équipes et des patients. Elle se déroule sur une durée déterminée en rencontrant les différents pilotes des thématiques qui exposent aux visiteurs le management pour la thématique investiguée, les risques identifiés et les actions mises en place.

Les experts-visiteurs visitent ensuite les locaux, s'entretiennent avec les équipes et réalisent des évaluations comme nous le détaillerons ensuite.

Enfin, suite à la visite des experts-visiteurs, ces derniers rédigent un rapport à la HAS qui rend dans un second temps une décision de certification pour l'établissement de santé en fonction de la conformité entre les informations du compte qualité et les résultats des investigations conduites sur le terrain.

Ainsi, la HAS peut prononcer :

- une décision de certification (niveau A), assortie le cas échéant d'une ou plusieurs recommandations (niveau B) ;
- une décision de sursis à certification dès lors qu'elle a émis une ou plusieurs réserves (niveau C) ou à fortiori des réserves majeures (niveau D);
- une décision de non-certification (niveau E).

Seules les décisions de sursis à certification font l'objet de modalités de suivi telles qu'une visite de suivi intervenant dans un délai de 6 mois.

1.5 Les urgences dans la certification

Au sein de la certification V2014, l'attention portée aux urgences se traduit par la mise en place d'une pratique exigible prioritaire : la prise en charge des urgences et des soins non programmés au sein de l'établissement de santé.

Les enjeux actuels et à venir de l'amélioration de la prise en charge aux urgences des patients sont sous-tendus par l'augmentation régulière (en moyenne 3%/an d'après les données de l'Observatoire régional des urgences Midi-Pyrénées ORUMIP) du nombre de passages aux urgences au cours des dernières années.

Ce défi exige :

- la capacité des établissements à organiser la prise en charge des soins non programmés (hors service d'urgences), en particulier la mobilisation de tous les partenaires du SAU autour des patients ;
- l'implication des services d'imagerie, du laboratoire, du bloc et des services d'aval par la certification qui doit donc servir à améliorer le parcours du patient ;
- la mise en place de filières spécifiques adaptées à certaines pathologies ou populations.

1.6 La thématique urgences et soins non programmés

L'évaluation de la thématique et de la pratique exigible prioritaire des urgences et soins non programmés est évaluée sur les items suivants :

Prévoir (To Plan)

L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée et connue par les acteurs du territoire de santé.

Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.

Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, filières spécifiques, etc...).

Il existe une politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés validée par l'établissement.

Mettre en œuvre (To Do)

La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.

Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.

L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes)

Évaluer et améliorer (To Check et To Act)

Le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est en place.

Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.

Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels et les représentants des usagers, et mises en œuvre.

Nous utiliserons donc ces items en guise de plan pour développer l'analyse de la certification v2014 aux urgences.

2 Lexique

2.1 Pratiques exigibles prioritaires

Les pratiques exigibles prioritaires sont apparues dans la certification V2010 et sont renforcées dans la V2014. Elles correspondent à des critères pour lesquels le niveau d'exigence est renforcé et qui sont particulièrement évalués par les experts-visiteurs.

En v2014, on retrouve 20 thèmes principaux regroupant l'ensemble des pratiques exigibles prioritaires :

- 1 Management stratégique, gouvernance
- 2 Management de la qualité et des risques
- 3 Gestion du risque infectieux
- 4 Prise en charge des urgences et des soins non programmés
- 5 Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
- 6 Parcours du patient
- 7 Droits des patients
- 8 Prise en charge de la douleur
- 9 Dossier patient
- 10 Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
- 11 Imagerie, biologie
- 12 Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
- 13 Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque
- 14 Prise en charge et droits des patients en fin de vie
- 15 Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique
- 16 Gestion des ressources humaines
- 17 Santé, sécurité et qualité de vie au travail
- 18 Gestion des ressources financières
- 19 Gestion du système d'information
- 20 Processus logistiques

2.2 Roue de Demming : PDCA

C'est la méthode d'analyse utilisée par les experts-visiteurs de la HAS lors de la visite de certification.

La roue de Demming est une illustration de la méthode PDCA issue des méthodes de gestion de la qualité en entreprise. Cette méthode comporte 4 étapes qui s'enchaînent pour permettre d'améliorer sans cesse la qualité.

Plan : Préparer, planifier (ce que l'on va réaliser) ;

Do : Mettre en œuvre ;

Check : Contrôler, vérifier ;

Act : Agir, ajuster

La première étape, *Plan* (en français « planifier »), consiste à planifier la réalisation. Elle se déroule généralement en trois phases :

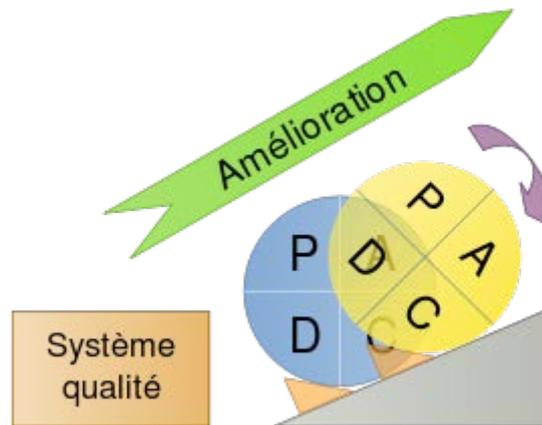
1. Identification du problème à résoudre
2. Recherche des causes racines
3. Recherche de solutions avec écriture du cahier des charges et établissement d'un planning.

L'étape *Do* (en français « faire ») est la construction, le développement, la réalisation de l'œuvre.

Elle est suivie de l'étape *Check* (en français « vérifier »), qui consiste à contrôler l'aptitude de la solution mise en place à résoudre le problème ou à améliorer le processus. Sont employés à cet effet des moyens de contrôle divers, tels que les indicateurs de performance et les graphiques de contrôle.

Puis l'étape *Act* (en français « agir ») consiste à passer à l'action, c'est-à-dire mettre en œuvre le changement étudié, ou bien reprendre le cycle à la première étape en utilisant la connaissance acquise au cours des cycles précédents.

L'étape *Plan* amène donc un nouveau projet à réaliser, donc une nouvelle planification à établir. Il s'agit donc d'un cycle que l'on représente à l'aide d'une roue. À chaque étape, la roue avance d'un quart de tour. Cette avancée représente l'action de progresser.



2.3 Audit de processus

L'audit de processus est une méthode consistant à évaluer le management et la mise en œuvre d'un processus ainsi que son amélioration continue.

Il s'agit de vérifier et d'investiguer par une méthode standardisée calquée sur la méthode PDCA le management et le pilotage d'un processus, par exemple une pratique exigible prioritaire (la prise en charge des urgences et des soins non programmés notamment) et son application sur le terrain.

Elle se compose de deux étapes principales :

- la rencontre du pilote de la thématique afin d'évaluer le système de pilotage mis en œuvre sur la thématique évaluée et les items Plan Check et Act à l'aide des documents de pilotage, d'organisation et de traçabilité,
- la mise en œuvre sur le terrain évaluant l'item Do par différentes méthodes (patient-traceur, entretien avec les équipes, observations directes, visites des locaux et vérification des interfaces).

2.4 Indicateurs

L'utilisation des indicateurs nationaux généralisés par le ministère chargé de la Santé (tableau de bord des Indicateurs Nationaux, IN) et la HAS (Indicateur pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, IPAQSS) se poursuit dans la V2014.

L'utilisation des indicateurs, dont le recueil est obligatoire en France, permet de contribuer à la mesure de la qualité par les critères de la certification. Ces indicateurs ont été introduits dans la V2010.

Ils servent d'outils de mesure d'une pratique, d'une organisation ou la survenue d'un événement et permettent d'évaluer de manière fiable et reproductible la qualité des soins et son évolution dans le temps. Par exemple, dans le cadre des indicateurs sur les infarctus du myocarde, on retrouve :

- la mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) en sortie d'hospitalisation,
- la sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques,
- la prescription appropriée des médicaments de chaque classe (aspirine et antiagrégant, Inhibiteur de l'enzyme de conversion, bêta-bloquants, statines).

La prise en compte de ces indicateurs dans la V2014 se fait à la fois dans le compte qualité et lors de la visite. En visite, les experts-visiteurs utilisent dans leur évaluation les mesures disponibles mais surtout la mise en œuvre et le suivi des plans d'actions en fonction du recueil des indicateurs et des objectifs fixés par l'établissement.

2.5 Patient-traceur

Le patient-traceur est une méthode d'audit qui permet d'analyser le parcours du patient tout au long de sa prise en charge dans l'établissement de soins, de l'admission jusqu'à sa sortie d'hospitalisation. Elle évalue les différents processus de soins, l'organisation interne des services et les interfaces entre les services.

La méthode du patient-traceur prend en charge l'expérience du patient puisque ce dernier est interrogé au décours du processus. Elle permet également une implication multidisciplinaire en réunissant les différents acteurs de la prise en charge et favorise la communication et les échanges entre membres de l'équipe. Le but est avant tout pédagogique et n'a pas une visée de jugement ou de recherche de responsabilités et permet de mettre à jour d'éventuels dysfonctionnements afin de mettre en place des actions correctives.

La méthode s'appuie donc sur une réunion pluri-disciplinaire avec un animateur qui coordonne et anime la rencontre entre les professionnels en choisissant un profil de patient à investiguer. Le résultat de cet audit permet de mettre à jour les points positifs et les points à améliorer dans la prise en charge et de proposer des actions correctives/d'amélioration à mettre en œuvre.

En pratique, le patient-traceur est choisi par l'expert-visiteur selon la pathologie ou la filière de prise en charge qu'il souhaite investiguer (par exemple un patient se présentant pour un infarctus du myocarde).

Le patient est alors informé de la procédure et son accord est recueilli afin de pouvoir travailler sur son dossier médical. Il est interrogé sur sa prise en charge (information délivrée sur sa pathologie, des examens para-cliniques demandés et des traitements mis en œuvre).

La bientraitance est également évaluée au décours de l'entretien (prise en charge de la douleur, respect de l'intimité, relations avec les équipes et les médecins...).

A la suite de l'entretien, le dossier du patient est étudié avec les équipes prenant en charge le patient (urgences, service d'aval, avis spécialisé demandé) afin d'évaluer la filière de soins (surveillance mise en place, suivi du protocole thérapeutique, délai de réalisation des examens...).

Enfin, une synthèse est faite avec l'équipe pluri-disciplinaire. Elle fait ressortir les points positifs de la prise en charge et les éventuels points pouvant comporter un risque et à améliorer.

2.6 Compte qualité

Il s'agit d'un outil primordial dans la certification V2014 puisqu'il permet de formaliser le management de la qualité et des risques au sein des établissements de santé et permet l'auto-évaluation dans le cadre du manuel de certification. Il permet aux établissements de préparer la visite de certification en identifiant leurs points forts et leurs axes d'amélioration selon le référentiel HAS.

Le compte qualité permet d'analyser les risques auxquels est confronté l'établissement et de développer les dispositifs nécessaires à la gestion de ces risques. Le compte qualité est une interface privilégiée pour la certification entre la HAS et les experts visiteurs et l'établissement en permettant de préparer la visite.

Il doit parvenir plusieurs mois avant la visite de certification. Un exemple du compte qualité se rapportant à la thématique des urgences et soins non programmés est disponible en annexe.

2.7 Éléments d'investigation obligatoires

Afin de garantir l'uniformité des investigations dans les différents établissements de santé et la reproductibilité des visites, la HAS a mis en place des éléments d'investigations obligatoires qui sont des points de passage obligés lors de la visite pour les experts-visiteurs. Ces éléments sont des points clés de chaque thématique et doivent donc être parfaitement maîtrisés et pris en compte pour la certification.

Pour les urgences ces éléments d'investigations obligatoires sont les suivants :

- Les différents secteurs de prise en charge des urgences sont identifiés et un pilotage institutionnel commun est défini ;
- La prise en charge des urgences est organisée , incluant le recours aux avis spécialisés, formalisée et connue par les acteurs du territoire de santé ;
- Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients ;
- Il existe une organisation permettant la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits d'hospitalisation en temps réel ;

- Les professionnels à l'accueil et à l'orientation des patients sont formés ;
- Une offre spécifique est mis en place pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes) ;
- Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence ;
- Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc...) et qualitatifs (événements indésirables, délais, etc...) ;
- Le recueil et l'analyse des événements indésirables est fait avec l'implication des professionnels et le retour d'expérience est organisé ;
- Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des résultats obtenus.

3 Exemple du SAU de Cahors dans la certification

Nous allons donc passer en revue les différentes étapes de la certification étudiées par les experts-visiteurs lors de l'audit de processus « prise en charge des urgences et des soins non programmés ». Nous prendrons l'exemple de l'hôpital de Cahors en faisant l'état des lieux et l'ensemble des dispositifs mis en place pour satisfaire aux exigences de la certification de l'établissement sous l'impulsion du SAU.

3.1 To plan : planifier

Pour cette étape, les experts-visiteurs vont recueillir au cours d'un entretien les documents en lien avec l'organisation du service. Ces documents doivent être validés par les instances.

3.1.1 Identifier les besoins, analyse des risques

Le SAU de Cahors est autorisé par l'ARS suite à la visite d'inspection de 2013 à accueillir 24h/24, 7j/7 toutes les urgences adultes et pédiatriques. Cela correspond à un passage de 22000 patients/an selon les données ORUMIP de 2014.

Dans le cadre de la certification, il est important que l'établissement recueille les besoins et risques avec les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des urgences et soins non programmés.

A Cahors, ces données ont été recueillies à partir :

- des recommandations des sociétés savantes (recommandations SFMU notamment concernant les besoins humains en temps médicaux et paramédicaux et fonction de l'activité), des rapports d'inspections des instances (ARS) et de la précédente certification,
- de la réalisation à intervalles réguliers d'audits, d'enquêtes et d'évaluations ainsi que la

- déclaration des événements indésirables et donnant lieu à une cartographie des risques,
- la mise en place d'EPP (évaluation des pratiques professionnelles) régulières, de revues morbi-mortalité, de comités de retour d'expériences permettant aux équipes médicales et paramédicales d'identifier les risques, d'en discuter et trouver des actions correctives
 - de plusieurs indicateurs de suivi (disponibles dans le compte qualité en annexe) avec notamment : temps d'attente en fonction du score de triage à l'accueil, temps de passage moyen, délai d'admission dans les UF, vers la réanimation, le délai d'obtention d'un ECG sur une douleur thoracique, le délai de réalisation d'un scanner dans le cadre d'une alerte thrombolyse, etc...
 - du suivi des plaintes et réclamations via une équipe collégiale de médecins urgentistes (chef de pôle, responsable des urgences, praticiens hospitaliers).

Les risques et les besoins sont donc analysés :

- pour toutes les étapes de la prise en charge aux urgences que ce soit accueil en journée ou en nuit et week-end (disponibilité en personnel différentes), des afflux importants de patients (plan blanc d'établissement, plan NRBC par exemple, ou plan « hôpital en tension » mis en place à Cahors permettant de dépister de façon précoce les manques de disponibilité de lits d'aval)
- selon les différents circuits de prises en charge : au sein du service des urgences, vers le bloc opératoire ou vers une unité de soins
- pour les patients appartenant à une population spécifique (par exemple personne âgée, pédiatrie, patients en situation de précarité...) avec la mise en place d'indicateurs en rapport et des parcours de soins spécifiques,
- en fonction des pathologies (AVC, infarctus, urgences vitales...) avec des indicateurs spécifiques de suivi et la mise en place de filières spécifiques : c'est à dire le parcours de soins du patient (document disponible en annexe).

Toutes ces étapes sont précisées dans le parcours de soins du patient (cf annexe).

Un autre point important dans la certification est la participation du service des urgences au plan blanc qui est la clé de voûte de l'accueil et l'organisation des soins en cas d'afflux massif de patients. La certification a donc été l'occasion pour le service de Cahors de revoir la collaboration avec le SAMU, la commission de soins non programmés et la commission

médicale d'établissement afin de réactualiser le plan blanc et permettre une meilleure optimisation du dispositif.

3.1.2 Identification des objectifs d'amélioration

La politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés est, à Cahors, sous l'égide de la commission des admissions et des soins non programmés (CASNP) qui émane de la commission médicale d'établissement (CME).

Cette politique est précisée dans le programme d'amélioration de la prise en charge (cf annexe) et est définie en lien avec l'analyse des besoins et des risques et la cartographie des risques du service (cf annexe). Il est validé par la CME.

Les actions définies en 2015 sont :

- la poursuite du développement de filières de prise en charge (anémie, oncologie, AVC, bloc non programmé, mort inattendue du Nourrisson, personnes âgées, urgences vitales, Addictologie, Transfusions « programmées » ou en « urgence différée »)
- la gestion des situations de crise (exercices réguliers du plan blanc, mise en place du plan blanc aux consultations externes)
- le développement des indicateurs de suivi de prise en charge pour les filières à risque (pédiatrie, personnes âgées, psychiatrie, urgences vitales)
- le développement de la coordination sur le territoire de santé (fédération des urgences du Lot et filières de prise en charge communes, convention avec Institut Camille Miret, partenariats avec le CHU, relations avec la médecine libérale)
- la formalisation de l'implication de l'ensemble de l'établissement dans l'organisation des soins non programmés (gestion prévisionnelle des lits, saturation du SAU, réorganisation des sorties des patients, accessibilité des avis spécialisés pour les praticiens extérieurs à l'établissement).

Par ailleurs, un projet de service (disponible en annexe) a été adopté en concertation avec l'ensemble de l'équipe des urgences et définit les objectifs d'amélioration. Un premier projet est élaboré en 2013 et est réactualisé en 2015 après le passage de la visite de certification. Ses

grands axes sont de :

- diminuer le temps de passage aux urgences (développement des filières de pathologies, accélération du recours aux spécialistes...)
- poursuivre et renforcer la gestion des risques et la politique qualité (déclarations des événements indésirables, revue morbi-mortalité, etc...),
- assurer à tous les patients une prise en charge adaptée et de qualité (informatisation complète du dossier médical, amélioration et réactualisation des procédures de soins, accueil des population en situation de précarité, etc...),
- améliorer la formation des professionnels et des étudiants,
- assumer le rôle central du pôle au sein de l'hôpital et dans le département (développement de réseaux)

3.2 To do : mettre en œuvre

3.2.1 Mobilisation des équipes

Les nombreux dispositifs suivants ont pour vocation à assurer la communication mais également doivent permettre aux équipes de s'approprier les décisions prises.

Réunions de service :

Afin de mettre en œuvre et de coordonner la politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés de l'établissement, le management communique avec les équipes sur les actions entreprises, leurs mises en œuvre et l'évolution :

- au niveau médical : au sein d'une réunion de service mensuelle avec l'ensemble des praticiens du service,
- au niveau paramédical : avec une réunion trimestrielle présentant les protocoles mis en place et en cours de réalisation, les résultats des audits et investigations conduites.

Rédaction des protocoles et groupes de travail :

Les équipes sont parties prenantes des actions d'amélioration avec la participation à la rédaction des protocoles (par exemple protocole antalgie dans le box IOA), à des groupes de travail (sur l'accueil, la prise en charge de la douleur, le brancardage...).

Déclaration des événements indésirables :

Les équipes participent activement à la déclaration, à l'analyse et au traitement des effets indésirables grâce à l'outil mis en place par la cellule qualité permettant une déclaration en direct à partir d'un formulaire informatique sur l'intranet des événements indésirables. Par ailleurs, la commission d'analyse des événements indésirables compte plusieurs membres de l'équipe des urgences.

Réalisation d'audits et évaluations des pratiques professionnelles :

L'ensemble des personnels du SAU est sollicité pour la réalisation d'audits cliniques, d'évaluations des pratiques professionnelles. Ils sont réalisés en fonction des thèmes à risque et à intervalles réguliers (audit sur la mise en place du protocole antalgie à l'IOA, audit tri IOA et délai, sepsis sévère, syndrome coronarien aigu, traumatisé crânien léger, etc...). Le traitement des plaintes est également effectué par les équipes médicales et paramédicales.

Participation aux réunions morbi-mortalité (RMM), comités de retour d'expérience (CREX) et cellule d'analyse des événements indésirables :

Les équipes effectuent régulièrement des RMM et des CREX en collaboration avec les personnels des autres services et spécialités et participent à la décision d'actions correctives. Par ailleurs, une cellule d'analyse des événements indésirables a été créée au sein du SAU afin de les analyser en interne de manière collégiale.

Accès aux réunions et résultats des audits :

Les équipes ont également accès aux résultats des actions mises en place via une classeur disponible aux urgences :

- communication sur la mise en place des protocoles et procédures
- les indicateurs de suivi (temps d'attente, délai de tri...)
- les analyses des événements indésirables
- comptes rendus des réunions

3.2.2 Disponibilité des ressources et organisation de la prise en charge

Les ressources mobilisées pour la prise en charge des patients en urgence sont décrites dans le règlement intérieur des urgences (cf annexe) et le parcours de soins (cf annexe) qui sont validés par la CME.

Ces deux documents essentiels décrivent :

- les effectifs nécessaires au fonctionnement du service,
- les locaux et les ressources matérielles mis à disposition
- l'organisation de la formation. En particulier le plan de formation annuel et l'accueil des nouveaux arrivants.

Tous les protocoles sont disponibles via informatique sur l'intranet et dans le classeur des urgences (en cas de panne du réseau informatique). Les éléments à destination des patients (documents d'information, conseils de surveillance) sont eux disponibles et imprimables à partir du dossier patient.

3.2.3 Évaluation par les experts-visiteurs

Lors de la visite de certification, les experts-visiteurs vont s'assurer de la mise en œuvre de l'organisation décrite dans le compte qualité de l'établissement, évaluent la conformité de la prise en charge avec les documents présentés et vérifient la disponibilité des ressources.

Cela va se faire par plusieurs méthodes :

- visite des locaux avec notamment vérification de la disponibilité des ressources matérielles et documentaires. Le respect du patient (respect de la confidentialité des entretiens depuis l'accueil administratif, le tri et la prise en charge en box, et de la bienveillance des patients à tous les niveaux de prise en charge aux urgences) est également observé ;
- entretiens avec les équipes visant à vérifier la bonne connaissance de l'accès aux ressources documentaires, mais aussi l'implication des équipes au sein du service et leur connaissance des actions mises en place (participation aux groupes de travail, rédaction commune des protocoles, participations aux réunions...)

- vérification des documents du service (compte-rendu des réunions, EPP et RMM de service) ;
- réalisation d'évaluation des filières de prises en charge (méthode du patient-traceur).

3.3 To Check : évaluer

Les experts visiteurs vont recueillir les documents (compte-rendu de réunions, synthèse d'EPP...) mais également leur communication et leur connaissance par les soignants du service.

3.3.1 Conformité des pratiques sur le terrain

Au sein des urgences, le management (responsables d'UF et cadre de santé) s'assure de la conformité des pratiques (respect des procédures, protocoles de service, consignes...) :

- par la vérification quotidienne rétrospective de dossiers de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et de dossiers tirés au sort ou signalés,
- par l'observation au sein du service,

3.3.2 Évaluation du fonctionnement

L'évaluation des actions mises en place doit être organisée :

- audits et évaluations des différents chemins cliniques (une dizaine d'EPP par an)
- le suivi des différents indicateurs permanents (par exemple le temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence via le tri IOA)
- bilan annuel des EPP et analyse des événements indésirables.

Le bilan de la mise en œuvre est suivi de façon annuelle par la CASNP et propose les objectifs du programme d'amélioration à la lumière des résultats de l'évaluation. Ces résultats sont communiqués comme précisé dans le chapitre 3.2 To Do.

3.4 To Act : agir

3.4.1 Corrections

En fonction des résultats d'audit, des mesures peuvent être prises afin d'atteindre les objectifs définis. Par exemple suite à un audit sur le tri, une nouvelle formation a été faite auprès des équipes infirmières et la procédure de tri a été modifiée. Ceci a permis d'améliorer les mois suivants les pratiques, étayé par un nouvel audit engageant un nouveau cycle d'amélioration. Cette démarche reproduisant la roue de Demming est particulièrement valorisée lors de la visite de certification.

3.4.2 Mise en place des actions d'améliorations

3.4.2.1 Amélioration continue

La démarche d'amélioration ne s'arrête pas avec la visite de certification ; l'amélioration continue est aussi un objectif de la certification avec la mise en œuvre d'une vraie culture de qualité-gestion des risques au quotidien.

La certification s'attache donc à vérifier l'existence d'une réévaluation des risques qui n'ont pas été éliminés grâce aux étapes initiales et d'un dispositif visant à déterminer les mesures complémentaires à mettre en œuvre. Sur la prise en charge des urgences et soins non programmés, cela se traduit par :

- l'ajustement de la politique en fonction du suivi des indicateurs mis en place
- la définition de nouveaux objectifs d'amélioration en fonction du résultat des indicateurs
- la réactualisation du programme d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins (PAQSS).

Concrètement cela se traduit donc pas une poursuite du suivi, des indicateurs et des actions mis en place par le SAU et la définition de nouveaux objectifs (nouveau cycle PDCA).

3.4.2.2 Communication sur les résultats

La communication des résultats est un point important pour la certification avec une mission importante : l'information aux usagers. Cette information se déroule via la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

Les experts visiteurs ont trouvé que la communication au sein de cette instance devait être renforcée.

En interne, les informations sont diffusées via la CME et la CASNP.

4 Qu'a apporté la V2014 au SAU de Cahors ?

4.1 Un atout pour la crédibilité

La certification a été l'occasion de mobiliser l'ensemble des acteurs de l'établissement autour de la problématique des urgences et des soins non programmés : instances administratives et intervenants soignants en lien avec le SAU (spécialistes et services d'aval).

La démarche d'amélioration impulsée par le SAU a été l'occasion de prouver à la direction et aux tutelles la capacité des équipes à améliorer les prises en charge dans une démarche qualité-gestion des risques. Cela permet de pérenniser et renforcer les moyens dédiés aux soins non programmés malgré un contexte budgétaire compliqué.

Sur le plan médical, les efforts déployés par le SAU au niveau des protocoles et des filières de prise en charge développés, en association avec les médecins spécialistes et les différents services de l'établissement, ont permis une amélioration des rapports avec les différents intervenants. De même, la démarche d'autoévaluation avec les EPP fréquentes et les RMM communes avec les autres services a permis une meilleure considération du travail réalisé par les urgences.

4.2 Un atout pour l'implication de l'établissement au travers du parcours de soins

La certification a été un élément moteur pour remettre à jour, retravailler les filières de soins existantes mais aussi pour en créer de nouvelles en impliquant, au travers de la commission des admissions et soins non programmés, les partenaires du SAU.

Ce développement du parcours de soins a permis une amélioration des pratiques au SAU au service des patients avec notamment :

- une meilleure gestion des lits : grâce à la procédure d'état des lits mis en place pour la

certification et le logiciel en cours de développement permettant un état des lits en direct. La procédure « hôpital en tension » permet une meilleure anticipation du manque de disponibilité de lits d'aval,

- une amélioration de la prise en charge des urgences vitales avec une restructuration de la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) et une réactualisation des protocoles de prise en charge. Surtout, le travail en étroite collaboration avec les réanimateurs du CH a permis des transferts plus rapides permettant ainsi de diminuer le temps de passage moyen à la SAUV,
- la clarification de certains actes qui ne relèvent pas forcément d'un caractère d'urgence et peuvent être différés avec notamment un protocole sur les transfusions aux urgences qui sont différées dès lors que cela est possible avec une reconvoction rapide par les services d'aval,
- la tenue d'indicateur au niveau de l'établissement permettant un suivi au niveau des urgences avec notamment le temps de passage moyen aux urgences...

4.3 Un atout pour la dynamique de service

L'engagement au sein de la procédure de certification a permis une mobilisation de l'ensemble des équipes du SAU autour d'un projet collectif. La dynamique mise en place pour la certification a permis :

- une participation des équipes à l'élaboration des protocoles et des filières de soins permettant également une adhésion forte à ceux-ci,
- une démarche d'exigence à tous les niveaux renforcée notamment par l'auto-évaluation à travers les EPP et RMM diverses et les restitutions faites aux équipes,
- un engagement fort dans la déclaration des événements indésirables permettant une meilleure appréciation des risques du SAU et l'analyse de ces événements indésirables avec un groupe de travail analysant ces événements et proposant des actions correctives (en plus de la cellule institutionnelle).

Conclusion

La certification V2014 est non seulement un exercice obligatoire des services d'urgences mais c'est également un élément structurant pouvant offrir à un service l'impulsion nécessaire à la remise en cause des pratiques dans un but d'amélioration de la prise en charge des patients.

C'est également un moment privilégié pour intéresser l'ensemble de l'établissement aux problématiques des services d'urgences et des admissions non programmées que ce soit en terme de gestion du flux, de temps de passage et de modalités de recours aux avis spécialisés...

Ainsi la certification aux urgences de Cahors a permis l'élaboration et la mise en place de nouvelles filières pour des pathologies ou des populations ciblées. Ce travail de fond a permis de mieux coordonner la prise en charge avec les services d'aval et de réduire les temps d'attente sur la structure du SAU et donc de favoriser une meilleure maîtrise du flux, élément clé des services d'urgences allant de pair avec l'augmentation des recours des usagers.

La certification permet également une action à long terme et l'inscription dans une démarche de qualité et de sécurité sur le long cours. Les mesures et les outils mis en place à l'occasion de la certification n'ont pas vocation à s'arrêter avec celle-ci et il est donc primordial pour les services, les équipes et les médecins de se familiariser et s'approprier la culture de qualité qui prendra une place de plus en plus marquée dans notre exercice au quotidien.



Professeur Vincent BOUNES
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier
SAMU/SMUR - CHU Purpan
31059 TOULOUSE CEDEX 9

Toulouse, le 19 juillet 2016.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine Rangueil
Elie SERRANO



Sources bibliographiques

Manuel d'accréditations des établissements de santé, juin 2003, document HAS

Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/manuel_juin_03-v1_2006_10_06_9_40_56_239.pdf

Manuel d'accréditations des établissements de santé, deuxième version de l'accréditation, septembre 2004, document HAS

Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/manuel_v2_2004.pdf

Guide thématique : prise en charge des urgences et des soins non programmés, document HAS

disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_thematique_2014_urgences-soins-non-programmés.pdf

Le patient-traceur en établissement de santé, Guide méthodologique, document HAS

disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/guide_methodo_patient_traceur.pdf

Grille générique d'investigation par audit processus, document HAS

disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/20140520_grille_generique_investigation.pdf

Listes de thématiques v2014, document HAS

disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/20130926_liste_20_thematiques_v2014.pdf

L'audit de processus, aout 2014, document HAS

disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/diapo_3_audit_processus_vd.pdf

Le compte qualité, novembre 2014, document HAS

disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/20150113_brochure_cq_v2014_2015-01-15_12-23-17_976.pdf

Architecture des services d'urgences, Recommandations SFMU

disponible sur :

http://www.sfmou.org/upload/referentielsSFMU/recom_sfmou_archi_service_urg.pdf

Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence (Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD), Référentiel SAMU-Urgences de France

disponible sur : [http://www.samu-de-](http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/155/654/sudf_effectifs_medicaux-et-nonmedicaux.pdf)

[france.fr/documents/actus/155/654/sudf_effectifs_medicaux-et-nonmedicaux.pdf](http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/155/654/sudf_effectifs_medicaux-et-nonmedicaux.pdf)

Éléments d'investigations obligatoires et situation à risque (v2014), document HAS

Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/20150112_recueil_eio_v2014.pdf

Tables des annexes

Annexe 1 : règlement intérieur des urgences	p.39
Annexe 2 : projet de pôle médecine d'urgence à Cahors (septembre 2015)	p.46
Annexe 3 : cartographie des risques du SAU de Cahors (décembre 2014)	p.53
Annexe 4 : compte qualité v2014 du SAU de Cahors	p.61
Annexe 5 : Parcours de soins du patient non programmé au SAU de Cahors	p.74
Annexe 6 : programme d'amélioration de la prise en charge des admissions et des soins non programmés (janvier 2015)	p.81
Annexe 7 : bilan EPP (2015)	p.82
Annexe 8 : indicateurs mensuels (juillet 2016)	p.87

Règlement Intérieur De l'Unité du Service d'Accueil des Urgences (SAU)

Préambule

1- objet

Ce règlement est destiné à définir les modalités d'organisation et de fonctionnement du service des urgences pour garantir :

- une prise en charge adaptée à tous les patients
- une sécurité optimale pour les personnels
- la mise en place d'une démarche qualité et sécurité des soins dans le fonctionnement du service.

2 – Champ d'application

Le règlement intérieur s'impose à tous les acteurs de l'établissement qui participent directement ou indirectement à son fonctionnement.

I – PRESENTATION DU SERVICE

1.1 Cadre Réglementaire

Le Service d'Accueil des Urgences (SAU) du centre hospitalier de Cahors s'inscrit dans le cadre réglementaire du décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence. Le SAU a reçu un avis favorable lors de la visite d'inspection de l'ARS du 7 février 2013. Il est inclut dans le pôle de médecine d'urgence.

1.2 Cadre Architectural du Service

Le SAU est situé au rez-de-chaussée à proximité immédiate de la réanimation, du service de radiologie et un ascenseur est réservé à l'accès prioritaire au bloc opératoire.

Ce service possède un accès indépendant avec une signalétique dédiée. Le service comprend notamment :

- une salle d'attente ouverte 24h/24.
- Un sas piétons et un sas ambulances, tous deux munis d'un interphone permettant aux usagers de signaler leur présence. L'accès en zone de traitement est verrouillé par une porte à code.
- un bureau d'accueil administratif muni d'un bouton d'alarme
- une zone de tri pour l'Infirmière d'Organisation de l'Accueil (IOA)
- des salles d'examen dont une salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) permettant la prise en charge de 2 patients, cinq salles d'examen classique et une salle d'examen pédiatrique,

- une zone d'examen filière courte avec salle d'examen et salle d'attente
- une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) comportant six chambres munies d'une salle de douche et toilettes
- une salle de soins et un bureau paramédical
- un office dédié à la préparation des repas des patients
- un bureau médical pour l'équipe de garde
- deux bureaux médicaux administratifs
- un secrétariat administratif
- un bureau pour le cadre infirmier
- un bureau pour l'assistante sociale
- un bureau pour le psychiatre et l'infirmier psychiatrique muni d'un bouton d'alarme
- une salle de bain
- des locaux de stockage du matériel
- un local de stockage pour l'armoire à linge
- un local « circuit sale » comportant le lave bassin et le bac de décontamination du matériel à stériliser
- une salle de repos réservée au personnel

En cas de danger ou de violence un numéro direct est à la disposition du personnel pour appeler les forces de l'ordre

II- ORGANISATION GENERALE DU PERSONNEL

2.1 Personnel médical

Les médecins sont des urgentistes titulaires de la capacité de médecine d'urgence ou du DESC de médecine d'urgence. Ils sont inscrits à l'ordre des médecins. Ils assurent à deux une présence vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans le service.

Leur activité est à temps partagé avec l'activité UHCD – SMUR et SAU.

2.2 Cadre de Santé

Le cadre de santé du SAU est également la cadre de santé de l'UHCD. Ses tâches sont décrites dans sa fiche de poste. Il est responsable de l'organisation du service et de la gestion du personnel paramédical.

→ Personnel paramédical

Le personnel paramédical travaille en collaboration permanente avec l'équipe médicale.

Deux aides-soignantes de 7 h30 à 19 h30 et une aide-soignante de 19 h30 à 7 h30 assurent la permanence des soins au SAU et à l'UHCD.

Deux infirmières de 7 h30 à 19 h30 et deux infirmières de 19 h30 à 7 h30 assurent la permanence des soins au SAU et à l'UHCD.

Une Infirmière d'Organisation de l'Accueil de 10h à 20 h et de 20 à 6 h assure l'accueil et l'évaluation des patients à leur arrivée.

Un agent d'entretien de 14h à 18 h du lundi au vendredi assure le bio nettoyage de l'UHCD

→ Personnel affecté au SMUR et présent aux urgences

Un ambulancier est affecté au SMUR tous les jours de 8 à 20h et de 20 à 8h. En l'absence d'activité au SMUR, il doit participer au transport des patients et est chargé de l'entretien des locaux du SAU.

Deux infirmiers anesthésistes sont en poste de 8 à 20h et d'astreinte sur place de 20h à 8h. Leur rôle est de surveiller et prendre en charge les patients les plus graves, en particulier au SAUV. Ils peuvent être amenés à renforcer les équipes infirmières et l'accueil selon les besoins de l'unité.

→ **Personnel administratif**

Un agent administratif est présent à l'accueil tous les jours de 9 à 21h.

Le secrétariat est ouvert de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h tous les jours ouvrables.

L'assistante sociale est présente de 8h à 17h tous les jours ouvrables.

III ORGANISATION INTERNE DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Le service des urgences et l'UHCD assurent l'accueil et le traitement des urgences de façon continue 24h/24 et 7 jours/7.

3.1 Accueil du patient

Le patient est pris en charge par une infirmière d'organisation de l'accueil (IOA) qui évalue le degré d'urgence à l'aide d'une échelle de déterminants du tri. Les procédures spécifiques doivent être appliquées, en particulier pour prévenir le risque infectieux, prendre en charge la douleur ou organiser des prises en charge spécifiques (AVC, douleur thoracique...). L'IOA prend les constantes du patient et les note dans le dossier de soins informatisés.

3.2 Constitution du dossier administratif

L'agent administratif est chargé de réaliser le dossier administratif à partir des papiers d'identité du patient. En l'absence de l'agent administratif, c'est l'infirmière d'organisation de l'accueil (IOA) qui réalise ce dossier.

3.3 Installation du patient

L'IOA installe ou fait installer le patient dans le secteur de traitement adapté. Le patient est déshabillé par le personnel paramédical. La surveillance des paramètres vitaux et l'administration des soins sont réalisés par le personnel paramédical selon le champ de compétence de chacun. Les patients installés sur un brancard ont systématiquement les barrières posées afin de limiter le risque de chute.

3.4 Examen médical

Le médecin urgentiste examine le patient, décide de la conduite à tenir en particulier :

- Examens biologiques et radiologiques complémentaires
- Avis d'un spécialiste si besoin
- Avis du réanimateur
- Décision d'hospitalisation vers une unité du centre hospitalier ou unité d'hospitalisation de courte durée
- Transfert vers un autre établissement
- Soins médicaux ou infirmiers
- Prescription thérapeutique

○ **Unité d'hospitalisation de courte durée**

L'unité d'hospitalisation de courte durée est sous la responsabilité du médecin urgentiste. Son fonctionnement est décrit dans le règlement intérieur de l'UHCD.

○ **Sortie du patient**

Le médecin urgentiste décide de la sortie du patient après que les soins nécessaires ont été prodigués. La sortie peut être décidée vers :

- Le domicile, dans ce cas le patient reçoit les consignes de surveillance et une ordonnance de prescriptions si besoin. Si le patient est adressé par un médecin, le médecin urgentiste lui adresse en retour un courrier ou l'appelle pour lui préciser les modalités de sa prise en charge.
- Vers un service d'hospitalisation : le patient est hospitalisé après accord du médecin de garde de la discipline concernée sauf situation particulière. En l'absence de place dans l'unité de la discipline, un hébergement est possible selon les modalités citées dans la procédure dédiée.

- Vers un autre établissement : si un transfert est organisé vers un autre établissement, le médecin urgentiste après accord du médecin de l'établissement concerné, organise le transfert du patient en ambulance ou avec le SAMU. Il lui transmet tous les documents utiles à la suite de sa prise en charge, en particulier un courrier de sortie.

- **patient en situation de précarité**

Le repérage des patients en situation de précarité est de la responsabilité de tous les intervenants. Les soins adaptés doivent être prodigués aux urgences et le patient signalé à l'assistante sociale de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS). Sa prise en charge est ensuite détaillée dans la procédure dédiée.

IV COORDINATION AVEC LES AUTRES SERVICES DE L'ETABLISSEMENT

4.1 Examens de radiologie

Le service de radiologie est ouvert 24h/24 et 7 jours/7. La nuit et les weekend un manipulateur de garde sur place réalise les radiographies standard. Un radiologue d'astreinte à domicile peut être appelé à tout moment pour réaliser échographie et examens tomodensitométriques.

L'examen de radiographie standard est interprété dans les délais légaux et l'interprétation est vérifiée à l'aide des dossiers médicaux par le médecin régulateur du SAMU.

Les examens scanographiques et échographiques demandés en urgence sont interprétés au moment de leur réalisation.

- **Examens de biologie**

Le laboratoire fonctionne 24h/24 et 7 jours/7.

Les prélèvements sont transportés par pneumatique. Les prélèvements des urgences sont traités en priorité mais en cas de situation urgente un appel téléphonique sensibilise le technicien de laboratoire à la réalisation rapide de l'examen demandé.

- **Relations avec l'Etablissement Français du Sang**

L'EFS fonctionne 24h/24 et 7 jours/7.

La réalisation des prélèvements et la dispensation des produits dérivés du sang sont décrits dans les procédures dédiées.

- **Plateau technique chirurgical (bloc)**

Le bloc fonctionne 24h/24 et 7 jours/7 et peut répondre aux urgences chirurgicales des disciplines prises en charge sur le Centre Hospitalier.

Une équipe d'astreinte est disponible la nuit et doit être prévenue par le chirurgien ou l'anesthésiste de garde.

- **Recours à la Réanimation**

En cas de patient grave ou instable pris en charge en salle d'accueil des urgences vitales (SAV), le réanimateur est prévenu rapidement et le patient est pris en charge conjointement par l'urgentiste et le réanimateur selon le protocole dédié. Le transfert vers la réanimation est réalisé dans les meilleurs délais ou le patient est transféré dans une unité adaptée voire dans un autre établissement.

- **Hospitalisation dans un service de Médecine ou de Chirurgie**

La décision d'hospitalisation est prise conjointement par le médecin référent du patient et le médecin urgentiste.

L'unité d'hospitalisation (unité référente ou unité d'hébergement) est décidée par le médecin urgentiste qui transmet les informations à l'infirmière des urgences.

L'infirmière des urgences prend contact avec le service concerné, fait les transmissions nécessaires à la continuité de la prise en charge du patient et organise la mutation du patient.

V COORDINATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS ET STRUCTURES DE SANTE

5.1 Institut Camille Miret

La coopération avec le secteur de psychiatrie fait l'objet d'une convention entre le centre hospitalier et l'institut Camille Miret. Cette convention précise entre autres :

- la mise à disposition d'une infirmière psychiatrique H24.
- La demande d'avis médical psychiatrique
- La mise à disposition de lits de crise à l'UHCD

5.2 médecin traitant

Les informations nécessaires à la suite de la prise en charge du patient sont transmises au médecin par téléphone ou courrier.

Toute hospitalisation à l'UHCD fait l'objet d'un courrier au médecin traitant.

5.4 autre établissement de santé

Les informations nécessaires à la suite de la prise en charge sont transmises au personnel de la maison de retraite via une fiche de liaison.

VI FONCTIONNEMENT ET COMMUNICATION DANS L'UNITE

Des réunions et formations régulières permettent la transmission de l'information, la formation du personnel et l'organisation de la politique qualité au sein de l'UF.

Les transmissions des données médicales et de soins sont réalisées entre chaque équipe à savoir :

- paramédicale à 7h30 et 19h30 tous les jours
- médicale à 8h30 tous les jours

Transmissions de l'information sur les nouvelles procédures, travaux en cours, actualités :

3 à 4 fois par an pour le personnel paramédical

Tous les mois pour le personnel médical

Conseil de pôle

Le responsable d'UF et le cadre de santé sont membres de droit du conseil de pôle de médecine d'urgence.

Un ou deux membres de chaque catégorie socio-professionnelle sont élus par leurs pairs.

Formations spécifiques

Aussi souvent que nécessaire. La présence peut être rendue obligatoire.

Des formations peuvent être organisées avec le Centre d'Enseignement en Soins d'Urgences (CESU).

Un plan de formation est adopté chaque année pour l'ensemble du personnel. Les formations demandées devront s'y rapporter.

Politique qualité

Groupe de travail, audits cliniques. Aussi souvent que nécessaire.

Réunion de MorbiMortalité 3 à 4 fois par an.

Evaluation des Pratiques Cliniques. Aussi souvent que nécessaire.

Participation aux réunions et groupes de travail institutionnels

Le service par son responsable d'UF, le cadre ou leur représentant participe à la vie de l'établissement du CH Cahors et à l'amélioration des pratiques.

VII- DROIT ET DEVOIR DU PERSONNEL

Le personnel est tenu de respecter les règles de l'institution.

Les précautions d'hygiène standards et complémentaires doivent être connues et respectées par tous.

Les chambres de garde sont nettoyées tous les jours de la semaine sauf les week-ends et jours fériés. Chacun s'engage à respecter ce lieu de repos.

Le personnel s'engage à déclarer les événements indésirables (liés aux soins, erreur médicamenteuse etc...) en accord avec la politique qualité du pôle. L'encadrement du pôle s'engage à ne prendre aucune sanction à l'encontre d'un agent ayant déclaré un événement indésirable.

VIII - UTILISATION DES DISPOSITIFS MEDICAUX ET DU MATERIEL

Le fonctionnement du matériel des salles d'examen est vérifié tous les jours.
Les chariots d'urgence sont vérifiés tous les mois. Des cahiers de traçabilité sont mis en place.
L'approvisionnement des salles d'examen en consommables est effectué tous les jours.

Gestion des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux :
Cf procédure « Contrat de fonctionnement entre les unités de soins et la pharmacie »

Gestion du linge :
Livraison journalière sauf dimanche et jours fériés.
Elimination du linge sale deux fois par 24 h, à la fin de chaque poste.

Gestion des déchets :
Cf procédure d'hygiène « gestion des déchets »

Gestion de l'entretien des locaux :
Cf procédure d'hygiène « Entretien des locaux »

Gestion du matériel stérilisable :
Le service possède une dotation spécifique en matériel stérilisable
La préparation du bain de décontamination est gérée par le service de stérilisation
Après utilisation, le matériel est déposé dans le bain de décontamination et la feuille de traçabilité du dépôt de matériel est remplie.
Enlèvement du matériel décontaminé à 7h30 du lundi au samedi par le service de stérilisation
Livraison du matériel stérilisé à 14h du lundi au samedi.
Les dates de péremption du matériel stérilisable sont vérifiées une fois par trimestre.

IX EVALUATION DE L'ACTIVITE ET POLITIQUE DE QUALITE DE L'UNITE

Récapitulatif de l'activité mensuelle est mise en place prenant en compte :

- L'activité en nombre de passages
- L'activité en nombre d'hospitalisations
- L'activité en nombre d'hospitalisations à l'UHCD
- Le nombre de patients admis selon leur degré de gravité
- Le nombre de transferts
- Le nombre de patients de plus de 75 ans, de moins d'un an
- Le nombre de patients décédés.

Les indicateurs d'activité permettent d'observer :

- Les délais d'attente globale en fonction des différents tris
- La durée de passage aux urgences pour les patients externes et les patients hospitalisés
- Le délai pour être évaluée par l'infirmière d'organisation de l'accueil
- D'autres indicateurs selon les travaux en cours (douleur, réalisation d'ECG etc...)

La politique qualité de l'unité est une préoccupation de l'ensemble du personnel qui s'engage à :

- Déclarer les événements indésirables en particulier les erreurs médicamenteuses
- Déclarer les accidents graves pour être inclus dans la revue de morbi-mortalité
- Participer aux audits

- Se conformer aux protocoles spécifiques mis en place et adoptés dans le service.

Les événements indésirables sont analysés au sein du service avec l'aide de la cellule qualité gestion des risques et les résultats sont présentés en réunion de service chaque année

Dr M. OBERLIN
Responsable UF Urgences

Dr Th DEBREUX
Chef de Pôle

Mme RICHIER
cadre de santé du SAU

M. HECTOR
Directeur du CH



**PÔLE DE MEDECINE D'URGENCE
CENTRE HOSPITALIER DE CAHORS**

Projet de pôle Médecine d'Urgence

Service d'Accueil des Urgences

Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Permanence d'Accès aux Soins de Santé

Centre Régulation Réception des Appels

Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Centre d'Enseignement en Soins d'Urgences

- Centre Hospitalier de Cahors –

Septembre 2015

Le pôle de Médecine d'Urgence du Centre Hospitalier de Cahors tient une place centrale dans l'organisation des soins d'urgence à l'échelle du département. Hôpital de proximité et de premier recours pour tout un bassin de population, le Centre Hospitalier est également hôpital de référence pour de nombreuses disciplines (neurologie, infectiologie, urologie, chirurgie vasculaire, pédiatrie) et siège du SAMU départemental.

Un premier projet sur 5 ans a été adopté en novembre 2013. L'évolution de l'activité et les profonds changements dans le fonctionnement du pôle nous amènent tout naturellement à revoir et à préciser nos objectifs pour les 3 prochaines années.

Ce projet s'articule autour de 4 grands objectifs

- Diminuer le temps de passage aux urgences
- Assurer à tous les patients une prise en charge adaptée et de qualité
 - Améliorer la formation des professionnels et des étudiants
- Assumer le rôle central du pôle au sein de l'hôpital et dans le département

Améliorer le parcours du patient

L'organisation du parcours du patient est résumée dans le parcours de soin validé par le pôle en 2014. L'observation régulière de l'activité nous permet aujourd'hui de mettre en avant des priorités pour les années à venir.

- Maintien et renforcement de l'accueil par le binôme agent administratif-IOA

Véritable pilier de l'organisation de l'accueil et garant de la prise en charge du patient au bon endroit dans les bons délais, le binôme agent administratif et Infirmière d'Organisation de l'Accueil tient une place indispensable dans le pôle. Ce fonctionnement doit être pérennisé dans le temps en :

- assurant leur formation continue
- développant de nouvelles fonctions de communication avec les familles
- améliorant les filières de prise en charge dès l'admission

- Développer et améliorer la filière « urgences vitales » adulte et pédiatrique

La prise en charge des urgences vitales doit être mieux appréhendée par les équipes soignantes. Les relations avec la réanimation et le bloc opératoire ainsi que le travail en réseau avec des partenaires extra-hospitaliers (SDIS, SAMU 31, CHU, médecins généralistes...) doivent permettre une fluidité du parcours du patient. Les compétences dans la prise en charge des patients en Salle d'Accueil des Urgences Vitales seront améliorées.

- Renforcer et améliorer la filière gériatrique

Les patients de plus de 75 ans représentent une grande part de l'activité non programmée de l'établissement. Leur durée de passage aux urgences est anormalement longue en 2014. Par

des projets et protocoles communs avec l'unité de gériatrie aigue, leur filière de prise en charge sera améliorée :

- repérage des personnes âgées à risque
 - organisation en amont des admissions directes en gériatrie
 - création d'une filière d'orthogériatrie
 - orientation des patients âgés relevant d'une pathologie d'organe vers l'unité dédiée
 - amélioration du dialogue entre établissements pour personnes âgées et le centre hospitalier.
- Maintenir la filière psychiatrique

L'organisation actuelle de prise en charge des urgences psychiatriques est une chance pour la population lotoise. La permanence H24 d'une IDE psychiatrique permet une expertise rapide en lien avec le médecin psychiatre de garde. A l'heure des restrictions budgétaires, la possibilité d'avoir rapidement un avis psychiatrique et si besoin une surveillance ou un accompagnement prolongé doit être assurée. La rédaction de procédures communes de surveillance et de prise en charge doit être réalisée.

- Assurer une offre de soins adaptée aux publics en situation de précarité

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) est une unité dont la mission fait partie intégrante du pôle. Son développement doit se poursuivre grâce à :

- la communication aux professionnels de santé
- des partenariats avec les interlocuteurs du champ de la précarité
- le développement de son rôle dans le champ de l'addictologie
- la création de permanences pour une meilleure visibilité
- la possibilité de prendre en charge et d'accompagner des patients en situation de précarité sur l'ensemble du département.

- Informatisation complète du dossier médical

L'informatisation de l'observation médicale répond à une exigence de qualité dans le parcours du patient. Sa mise en place permettra d'avoir des dossiers complets, en lien avec le reste du dossier médical (pharmaceutique, soins...). Sa mise en place devra s'accompagner d'une réflexion sur la tenue du dossier et sur les éléments devant apparaître pour les grands groupes de pathologie. Enfin, une fiche de liaison pourra être extraite de l'observation pour être donnée au patient et transmise à son médecin traitant.

- Fluidifier le parcours du patient tout au long de sa prise en charge

En amont, les patients relevant manifestement d'une hospitalisation sont souvent repérés par le médecin traitant ou la régulation, dès le pré-hospitalier. Organiser l'admission du patient et les examens nécessaires avant l'admission du patient pourrait réduire les attentes inutiles aux urgences et accélérer le transfert du patient vers une unité de l'établissement.

Lors de la régulation téléphonique ou de leur arrivée à l'accueil des urgences, les patients doivent pouvoir être orientés vers des consultations spécialisées en semi-urgence sur l'établissement. Leur développement sera encouragé et contractualisé avec les UF de

l'établissement.

Les différentes filières de prise en charge au sein des urgences, en liaison avec les autres acteurs de l'établissement seront renforcées : filière courte, gynéco-obstétrique, neuro-vasculaire, syndrome coronarien....

Poursuivre et renforcer la gestion des risques et la politique qualité

Le pôle s'est engagé dans la gestion des risques et l'évaluation des pratiques. Depuis 2014, une cartographie des risques est réalisée à partir des différentes données disponibles : déclaration des évènements indésirables, audits, RMM... L'objectif est de poursuivre et de renforcer cette analyse en mobilisant l'ensemble du pôle autour de cette dynamique et en créant un observatoire continu des indicateurs critiques.

1. Développer des outils d'analyse de l'activité : registres, audits, indicateurs

Les services d'urgence et SMUR ont une activité très variée. Tout l'enjeu du pôle est d'assurer une prise en charge optimale de tous les patients dans des situations différentes. La tenue de registres d'observation et la réalisation d'audits permettent de maintenir une dynamique positive et de veiller à la bonne application des procédures ou à les faire évoluer. La mise en place d'indicateurs permanents permettra de franchir une nouvelle étape dans l'analyse des pratiques.

2. Création de procédures (SAMU, SMUR)

Le SAMU et le SMUR doivent améliorer les procédures de prise en charge standardisées. Leur évaluation sous forme d'EPP sera réalisée sur le même modèle que les urgences.

3. Suivi de l'application des procédures

L'application des procédures doit être une préoccupation permanente. La multiplicité des intervenants et des compétences peut expliquer certaines difficultés. La mise en place d'outils de suivi via le dossier informatisé, les différents audits... devra aboutir à une homogénéisation des pratiques en lien avec les procédures rédigées par le pôle

4. Réévaluation des procédures

La majorité des protocoles ont été rédigés entre 2013 et 2014. Leur réévaluation est prévue prochainement et devra être pilotée par un autre rédacteur. Celle-ci devra impliquer l'ensemble des intervenants concernés.

5. Développer une culture gestion des risques qualité des soins dans le pôle

L'ensemble du personnel doit participer à la déclaration des événements indésirables mais également à leur analyse. Les échanges de pratique devront devenir naturels à l'intérieur du pôle mais également avec tous les interlocuteurs du pôle.

Développer la formation continue dans le pôle

La formation continue est un levier indispensable dans l'amélioration des pratiques. Depuis 2013, le pôle adopte un plan de formation médical. Cet engagement se poursuivra autour des thématiques définies comme prioritaires : prise en charge des urgences vitales adultes et pédiatriques, acquisition de gestes techniques et développement de l'échographie.

- Développer des actions de formation en interne

Les compétences au sein du pôle sont nombreuses : parcours professionnel, centres d'intérêts, formations réalisées... Le partage de ces expériences doit devenir la règle, comme le suggère le principe de la DPC. Des formations au sein du pôle seront organisées à partir des compétences acquises par les différents membres de l'équipe et en accord avec le plan de formation.

- Adopter un programme de formation pour l'ensemble du pôle

Le Pôle validera chaque année un plan de formation, rédigé à partir de la cartographie des risques et des souhaits du personnel. Ce plan de formation sera soutenu auprès de la direction et des organismes DPC. La réalisation de formations intra-muros sera facilitée ainsi que la formation aux urgences vitales sur simulateur.

- Poursuivre l'engagement du pôle dans la formation du personnel paramédical, DESCMU et internes de médecine générale

La formation des futurs médecins généralistes et urgentistes est une mission essentielle du secteur public. Leur formation doit être une préoccupation constante pour le renouvellement des générations. Leur encadrement est également une source de remise en cause permanente pour les équipes et un moteur pour le pôle. Une réflexion en interne doit être initiée pour améliorer l'encadrement et développer de nouveaux supports.

Rôle central du pôle au sein de l'hôpital et dans le département

Notre hôpital est l'hôpital de référence du département. Le Pôle de médecine d'urgence doit y tenir sa place en animant et organisant les réseaux de prise en charge de l'urgence avec les différents partenaires : autres hôpitaux, CHU, soignants extrahospitaliers...

- 1) Travailler en réseau avec le CHU

Le CHU est l'hôpital de référence régional. Sa place centrale dans la prise en charge de nombreuses pathologies en fait un partenaire essentiel. Les liens doivent être forts en participant aux registres de suivi, réseaux de soins, formations, encadrement des étudiants...

2) Animer la fédération des urgences du Lot

La fédération des urgences du Lot se réunit depuis 2014. Le pôle de médecine d'urgence de Cahors doit encourager son fonctionnement et animer les débats pour que naisse une véritable coordination départementale de prise en charge des urgences du département. Les aspects à développer sont : la formation, la rédaction de procédures communes, l'organisation et le maillage territorial des secours d'urgences, la gestion de crise...

3) Organiser les relations avec la médecine extrahospitalière

Les services d'urgence et la médecine extrahospitalière (médecins libéraux, EHPAD, IDE libérales, PMI...) ne se connaissent pas. Pourtant, leur partenariat et leur coordination sont essentiels pour une prise en charge adaptée et cohérente des patients. Le pôle organisera un colloque autour de la médecine d'urgence où seront abordées toutes les thématiques concernant la prise en charge du patient : dossiers médical et pharmaceutique, documents de liaison, modalités d'admission des patients, organisation des consultations semi-urgentes, accès aux examens complémentaires etc...

4) Assurer la gestion de crise

En tant qu'établissement siège de SAMU, le centre hospitalier doit être prêt à faire face à une situation de crise sanitaire. L'objectif est de renforcer la cellule NRBC en créant des liens avec les autres services d'urgence du département. Le plan blanc du centre hospitalier doit être revu et mieux organisé. Des exercices cadres doivent être réalisés ainsi qu'un exercice impliquant l'ensemble de l'hôpital d'ici 2017.

5) Participer à la coordination des admissions et des soins non programmés

La mise en place de la commission des admissions et des soins non programmés a permis d'impliquer l'ensemble de l'hôpital autour de ces questions. Les efforts doivent être poursuivis et s'articuler avec l'ensemble des composantes de l'établissement (CME, direction...).

Développer de nouvelles activités

L'activité et le fonctionnement des services d'urgence évoluent et de nouvelles activités sont rendues nécessaires.

- ouverture d'une unité de Post Urgence Médical (PUM)

L'engorgement des services d'urgence n'est pas une fatalité et l'ouverture d'une unité de Post Urgence Médical est une réponse efficace en améliorant les flux de patient. L'objectif de la création de ces lits de post-urgences médicales est de maintenir une activité et des unités de spécialités, tout en proposant aux patients une offre de soins plus complète et adaptée à leurs pathologies.

- Réflexion sur le rôle et le fonctionnement de l'UHCD

L'UHCD s'est structurée depuis 2013 : règlement intérieur, registre des admissions, macrocibles, temps infirmier dédié... Son rôle reste cependant méconnu, il doit être mieux appréhendé par tous les soignants de l'hôpital. Ses modalités de fonctionnement ne sont pas assez rigoureuses. La mise en place de moyens médicaux supplémentaires doit permettre d'améliorer son fonctionnement en ciblant des objectifs d'amélioration.

- Développer une activité de recherche

La recherche est une activité relativement nouvelle en médecine d'urgence. Le pôle doit pouvoir développer cette activité en participant à des PHRC, proposant des articles scientifiques à partir d'études, encadrant des thèses...

- Développer la e-médecine au CRRA

L'évolution de la densité médicale et du maillage territorial des activités d'urgence appelle à une meilleure coordination dès le pré-hospitalier. Les solutions de télémédecine ou e-santé, coordonnées par le CRRA, peuvent permettre d'apporter une réponse plus adaptée aux besoins du patient. Des partenariats avec des EHPAD, maisons médicales ou soignants correspondants seront instaurés à travers des expérimentations.

Conclusion

Le Pôle de Médecine d'Urgence est en pleine mutation et ce projet ambitieux est porté par une équipe motivée. Tous les thèmes ne pourront certainement pas aboutir de la même manière mais notre objectif est de poursuivre le développement de notre activité dans un esprit de rigueur et de responsabilité.

Annexe 3 : cartographie des risques du SAU de Cahors (décembre 2014)

CARTOGRAPHIE DES RISQUES AUX URGENCES (décembre 2014)

Thèmes	Gr	Fr	Cr	action prévention	action atténuation	action récupération	commentaire
<u>Violence</u> (8)	4	3	12	Formation Amélioration circuit du patient	Restructuration de l'accueil	Alarme mise en place	Augmentation des déclarations par sensibilisation du personnel
<u>Identitovigilance</u> (3)	4	5	20	Mise en place agent administratif	Bracelet identification	Vérification par le soignant	Risque maîtrisé sur le pôle (1 seule erreur tracée en 2014, XX en 2013)
<u>Matériorigilance</u> : PSE, scope, ECG... (non réparable)	2	4	8	Achat matériel après concertation avec équipes	X	X	En attente situation financière de l'établissement
Organisation hospitalisation (hébergement, autre...)							
<u>Hébergement</u>							
Disponibilité en lits (visibilité, affectation non optimale) : 3	3	3	9	Logiciel gestion prévisionnelle des lits : prévoir pb lits	Logiciel gestion prévisionnelle des lits : juste affectation	X	Projet AGLAE initié en 2014.
Problème hébergement autre : 2	3	3	9	“	“	“	“
Refus d'hébergement : 2	4	2	8	Procédure hébergement	Pédagogie en CASNP	Interventions individuelles	
Mauvaise affectation patient (UF) : 5	3	3	9	Pochette affectation remplie par urgentiste	Vérifié par IDE urg	Vérifié par IDE des U	
<u>Coordination avec les autres UF</u>							
Séjour prolongé à l'UHCD : 5	3	5	15	Registre hospitalisation UHCD	Procédure hébergement Règlement intérieur UHCD	Interventions individuelles	
Problème social aux urgences : 1	3	2	6	Repérage patient dès l'admission	Procédure hospitalisation pour pb social	Interventions individuelles	
Refus de prise en charge spécialisée (parcours patient) : 8	4	3	12	Créer des parcours de soins pour les	X	Interventions individuelles	Travail en commission des admissions et des

				pathologies ou groupes de patient « critique »			soins non programmés (CASNP)
Praticien spé absent ou ne répondant pas : 2	4	1	4	X	X	X	Interventions individuelles.
Transfert de périph : 2	2	4	8	Procédure	Informations au médecin régulateur, pivot du transfert	X	Procédure non appliquée par les praticiens de l'établissement
Problème relationnel lors transfert : 5	1	4	4	X	X	x	Problèmes relationnels...
Patient HAD aux urgences oublié : 1	3	2	6	Patient apparait sur Dx Care	Parcours fléché du patient avant arrivée au SAU	X	
<u>Coordination avec unités médico-techniques</u>							
Radiologie Montauban non disponible :1	4	3	12	Procédure	Convention des deux directions ?	Intervention directeur astreinte ?	Convention a-t-elle été proposée ?
Délai d'attente examens complémentaires (bio et radio)							Évalué en 2015
Parcours patient bloc : 3	4	2	8	Procédure	Mobilité agents	Interventions individuelles	Travail en cours depuis avril 2014
Parcours du patient et filière de prise en charge							
<u>Accueil du patient</u>							
Recueil des informations IOA (PT)	4	4	16	Formation IOA Outils d'aide au codage	Rempli par IDE zone de traitement	X	EPP en cours
Concordance du tri EPP	5	3	15	“	“	“	“
Délai prise en charge EPP	5	2	10	“	“	Indicateurs en temps réel	Prévu en 2015
<u>Prise en charge urgences vitales</u>							
Coordination urgences/Réa au	5	3	15	RMM, formation sur simulateur	SAUV 2h max Dechoc de réa	Relationnel urgences/réa	

SAUV : 3							
Prise en charge urgence vitale sur le CH : 2	5	3	15	Communication sur le CH	Affiches type, prise en charge par SMUR	Possible par réanimateur ou anesthésiste	
Retard à thrombolyse par retard appel : 1	4	2	8	Alerte par IOA Formation des IOA	Alerte par IOA	X	Chemin clinique en attente
Régulation 46/82 des AVC (RMM) : 1	4	1	4	Formation des ARM Rédaction d'un carnet de régulation	Régulateur 46 disponible	X	
Filière AVC (imagerie, déplacement du neurologue) (RMM) : 3	4	3	12	RMM Chemin clinique	X	Interventions individuelles	Comité de suivi sous la forme EPP ?
<u>Filière de soins personnes à risque</u>							
Filière de soins PA	3	5	15	Information praticiens	Procédure PA	Repérage dans les UF et les secteurs critiques (orthopédie...)	Surveillance et parcours à mettre en place.
Filière de soins psychiatrie	3	4	12	x	x	x	Convention à revoir
<u>Autres filières de soins</u>							
Filières de soins nutrition : 2	3	2	6	Prescriptions type aux urgences	Service dédié à PEC	Protocole de PEC	En cours de rédaction
Filière de soins hémorragie digestive : 3	4	4	16	Prescription type urgences	Procédure affichée	Interventions individuelles	
Prise en charge MIN : 1	4	1	4	X	X	X	Protocole à prévoir
<u>Organisation des admissions non programmés</u>							
Attente prolongée aux urgences : 4	3	5	15	Indicateurs en temps réel	UF sensibilisés au problème vi CASNP	Interventions individuelles	Indicateurs prévus pour 2015
Saturation du SAU (RMM)	5	3	15	Alerte en temps réel	Procédure avec accord des UF	Interventions individuelles	“

Organisation de la surveillance et des soins du patient aux urgences							
<u>Soins d'hygiène</u>							
Transfert de patient souillé : 3	2	3	6	Réduire délai d'admission dans les UF	Contrôle systématique de la tenue du patient	Soins poursuivis dans l'UF si nécessaire	
Toilette non optimale pour labstix enfant : 1	1	1	1	Formation	Posé par IDE	Refait en pédiatrie si besoin	
<u>Soins non réalisées</u>							
Absence de prélèvements infectieux : 1	3	3	9	Formation IDE lors formation PAC	Prescriptions type	Contrôlés dans UF destination	
Problème des prescriptions validées automatiquement : 3	3	3	9	Information prescripteur dès leur arrivée sur le CH	IDE sensibilisées	Interventions individuelles	
Réalisation de pansement : 1	1	1	1	X	X	X	
PEC douleur : 4	4	4	16	Formation évaluation	PEC douleur par IOA	Prescriptions type incluant PEC douleur	
<u>Surveillance du patient</u>							
Surveillance urgences non faite : 1	4	3	12	Sensibilisation équipes	Protocoles type sur Dx care	X	
Surveillance à l'UHCD (RMM) : 2	4	3	12	“	“	Macrocybles	
Traçabilité des prescriptions et de la surveillance (RMM) : 4	4	3	12	“	“	Macrocybles	
Réalisation ECG dans les douleurs thoraciques (PT)	4	3	12	Formation IDE	X	x	Indicateurs prévus 2015
<u>Procédure PEC patient aux urgences</u>							
PEC SCA ST+ (RMM) : 2	5	3	15	Registre, audits, formation	Concertation avec régulateur	Interventions individuelles	
Prise en charge urgences	5	2	10	Formation RANP et simulateur	Procédures affichées et en ligne	Pédiatre sur site	

pédiatriques : 1							
Prise en charge du sepsis sévère (RMM) : 4	5	4	20	Formation et sensibilisation Présentation audits	Procédures affichées et en ligne	Réanimateur disponible	
Utilisation de la VNI (RMM) : 2	4	3	12	Formation et sensibilisation Participation PRC sur VNI	Affichage conditions d'utilisation	X	
Traumatisme crânien avec OH, AVK... (RMM) : 2	4	3	12	Sensibilisation RMM, service	Procédure affichée et en ligne	Protocole sur Dx Care	
Acte de soins individuels							
<u>Prescriptions</u>							
Oubli de prescription (prescription non en protocole) : 4	2	4	8	Compléter prescriptions type sur Dx Care	Formation IDE urgences et UF	X	
Prescriptions non faites lors hospit : 3	2	4	8	Compléter prescriptions type et sensibilisation médecins	Macrocibles pour l'UHCD	Macrocibles pour l'UHCD	
<u>Transmissions d'infos</u>							
Rigueur dans les dossiers SMUR, urgences, UHCD (RMM et PT) : 3	2	4	8	Transmissions sorties SMUR au staff	Engagement régulateur dans CAT	Procédures de PEC	
Infos non transmises par téléphone : 2	2	4	8	Sensibilisation individuelle	X	X	
Transmission des infos médicales aux urgences (dossier médical informatisé) : 1	2	4	8	Idem	X	X	
Admissions sans appeler praticien référent : 3	1	3	3	Idem	X	X	
Information au patient non tracée (PT)	2	5	10	Info aux praticiens	Fiches type d'info	Macrocibles	

Avis spécialisés non tracés (PT)	3	5	15	Info aux praticiens	X	X	Avenir = dossier informatisé
macrocibles à l'UHCD (PT)	3	5	15	X	X	X	En cours
information et liaison aux médecins traitants (PT)	3	5	15	Mise en place fiche liaison médicale	Macrocybles	Compte rendu d'hospitalisation	
<u>Toutes les erreurs médicamenteuses</u>							
- Plavix-kardégic dans AVC : 2	3	3	9	Retiré procédure	X	X	
- Prescription de cp en mg : 1	4	4	16	Sensibilisation individuelle	X	X	
- Substitution médicaments hors livret : 1	5	1	5	Idem	X	X	
- Doublon de prescription : 2	3	3	9	Message alerte	X	X	
- Posologie tramadol au PSE : 1	5	1	5	Message alerte	X	X	

Fermer l'aide sur les conséquences

Le tableau suivant présente différentes colonnes de niveaux de gravité des conséquences que l'événement pourrait entraîner si celui-ci survenait à nouveau. Il s'agit ici de rester réaliste et d'évaluer l'impact potentiel que l'événement pourrait entraîner s'il se répétait dans les mêmes circonstances. Le niveau le plus élevé choisi parmi les colonnes déterminera le score à retenir pour définir la gravité. Aucune addition, soustraction ou multiplication n'est nécessaire. Si le niveau de la colonne A est de 4, celui de B de 3 et C de 1, le score final sera alors de 4.

Niveau	A Conséquences potentielles sur les individus	B Conséquences potentielles sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement	C Nombre de personnes touchées à la fois
Catastrophique /tragique 5	Décès Homicide / Suicide	Médiatisation internationale de l'événement. Procédure judiciaire (pénale) Fermeture de l'établissement ou de plusieurs services Pertes financières importantes	Plus de 50 (exemple : TIAC, rappel de patients ...)
Majeure 4	Invalidité permanente / irréversible	Médiatisation nationale de l'événement. Fermeture temporaire d'un service Indisponibilités de personnels pendant plus de 4 semaines Hospitalisation prolongée de plus de 15 jours Report d'une intervention Demande indemnitaire Pertes financières	Nombre modéré 18-50 (exemple : résultats d'examens perdus)
Modérée 3	Blessure ou dommage non permanent (nécessitant par exemple un an pour consolider)	Altération de l'image de marque Indisponibilités de personnels de plus de 3 jours Réclamation écrite Hospitalisation prolongée de moins de 15 jours Retard de réalisation	Petit nombre 3-15
Mineure 2	Blessure ou dommage temporaire (nécessitant par exemple un mois pour consolider)	Perturbation mineure de l'organisation Indisponibilités de personnels de moins de 3 jours Hospitalisation prolongée de moins de 5 jours Expression verbale de mécontentement Retard léger de réalisation	1-2
Insignifiant 1	Pas de blessure ni de dommage	Aucune conséquence pour l'organisation ou le fonctionnement	N/A

Fermer l'aide Fréquence

Certaine	Il est certain que cet événement se reproduira de nombreuses fois (par exemple, chaque jour, plusieurs fois par mois, 12 fois par an ...)
Fort probable	Cet événement se reproduira sans doute, mais pas fréquemment (par exemple, une fois par trimestre, 3 fois par an ...)
Possible	Cet événement pourra occasionnellement se reproduire (par exemple, une fois tous les deux ans ...)
Peu probable	Cet événement ne devrait pas se reproduire, mais ce n'est pas impossible (par exemple, une fois tous les cinq ans, tous les dix ans ...)
Rare	Il est presque impossible que cet événement se produise à nouveau (par exemple, une fois tous les 20 ou 30 ans ...)

Annexe 4 : compte qualité v2014 du SAU de Cahors

Prise en charge des urgences et des soins non programmés

- Identification des principaux risques et des dispositifs de maitrise en place

Id de données liées	Id du risque	Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de maitrise en place	Niveau de maitrise	Commentaires
	R1	Identitovigilance	5	5	25	Agent administratif Bracelet d'indentification Procédure création dossier administratif Procédure identitovigilance	2	
	R2	Concordance du tri	4	5	20	Indicateurs délai prise en charge Audits tri IOA	2	Indicateurs automatisés prévus fin 2014
	R3	Délai réalisation tri	4	3	12	Indicateurs « tri »	2	idem
	R4	Prise en charge de la douleur à l'accueil et en cours de parcours	4	2	8	Indicateurs « douleur » Protocole analgésie à l'accueil Réévaluation de la douleur	3	Audit fin 2014
	R5	Saturation du SAU	2	4	8	Indicateurs d'activité en temps réel Procédure en cours	4	Indicateurs fin 2014
	R6	Prise en charge de l'urgence vitale au SAUV et en box pédiatrique	2	5	10	Procédures avec réanimation Procédure urgences vitales en pédiatrie Indicateur séjour en SAUV	3	Surveillance avec déclaration d'évènements indésirables. Mise en place d'indicateurs avec observation médicale informatisée (début 2015)

	R7	Risque infectieux lors des soins	3	3	9	Audits par le CLIN Procédures d'hygiène Evènements indésirables	3	
	R8	Iatrogénie médicamenteuse	4	3	12	Relevé du traitement personnel sur observation médicale Procédure traitement personnel (UHCD)	3	Mise en place d'indicateurs avec observation médicale informatisée (début 2015)
	R9	Surveillance du patient	4	3	12	Prescriptions standardisées de surveillance sur Dx Care	3	
	R10	Chute	2	2	4	contention	3	
	R11	Délai réalisation imagerie	4	3	12	Indicateur filière AVC Déclaration EI	4	Indicateurs fin 2014
	R12	Délai résultat biologique	5	2	10	Indicateur spécifique troponine	4	Indicateurs fin 2014
	R13	Risque infectieux épidémique	1	5	5	Plan blanc Procédure dépistage patients hospitalisés à l'étranger	3	
	R14	Manque de place dans l'établissement	5	2	10	Tableau de bord de l'activité Logiciel de gestion prévisionnelle des lits Plan hôpital en tension	2	Mise en place d'un logiciel de gestion prévisionnelle des lits courant 2015
	R15	Hébergement d'un patient par manque de place	5	2	10	Procédure dédiée Déclaration d'EI	3	Evaluation avec la mise en place du logiciel

	R16	Défaut transmissions autres médecins	5	3	15	Informatisation du dossier médical	1	Prévu 2014
	R17	Délai d'admission en hospitalisation	4	3	12	Commission des Admissions et des soins non programmés Filières spécifiques de prise en charge	2	

Ajouter autant de lignes que de données ou résultats disponibles

- **Résultats d'évaluation et indicateurs**

○ **Critère(s) du manuel de certification rattachés à la thématique**

Date de la dernière décision de certification : **03/09/2012**

Libellé du critère du manuel v2010	Niveau de décision (pas de décision, recommandation, réserve ou réserve majeure)	Id de la donnée
25a (Prise en charges des urgences et des soins non programmés)	Pas de décision	D1

○ **Indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux en lien avec la thématique**

Date	Libellé de l'indicateur	Prise en charge	Classe	Valeur	Fourchette	Id de la donnée

○ **Autres indicateurs nationaux et régionaux en lien avec la thématique**

Date	Opérateur en charge	Libellé de l'indicateur	Prise en charge	Classe	Valeur	Commentaires ES	Id de la donnée
2013	ORUMIP	Nombre de passages annuels	MCO		20162	+9% sur 3 premiers trimestres 2014	
2013		Durée de passage médiane	"		2h14	Médiane régionale 2h14	
		Taux de patients CCMU 1	"		10,3%	R : 16,9%	
		Taux de patients CCMU 2	"		76,4%	R : 63,8%	
		Taux de patients CCMU 3	"		10,9%	R : 16,7%	
		Taux de patients CCMU 4	"		1,4%	R : 1,4%	
		Taux de patients CCMU 5	"		0,2%	R : 0,3%	
		Taux de patients hospitalisés	"		29,1%	R : 21,9%	

		Unité de destination des patients hospitalisés (1)	"		Orthopédie (17%)		
		Unité de destination des patients hospitalisés (2)	"		Neurologie (15%)		
		Unité de destination des patients hospitalisés (3)	"		Pédiatrie (13%)		
		Taux de patients transférés	"		0,8%	R : 1,8%	
		Taux de patients décédés	"		0,17%	R : 0,1%	
		Taux patients UHCD > 1 nuit	"		5%	3,4% au 31 aout 2014	
		Nombre patients < 15 ans	"		17,7%	R : 20,1%	
		Nombre de patients > 75 ans	"		19,2%	R : 16,1%	
		Nombre de sorties primaires	"		638		
		Durée moyenne des sorties primaires	"		1h03	R : 1h08	
		Nombre de sorties secondaires	"		495		
		Durée moyenne sorties secondaires	"		3h13	R : 1h35	
DIM	2013	DMS UHCD	"		1,1j		
DIM	2013	Taux occupation UHCD	"		101%	Forte hausse 2014	
DIM	2013	Taux patients hospitalisés à partir des urgences après passage UHCD	"		35%	Stable 2014	

○ **Autres résultats d'évaluation en lien avec la thématique**

Date	Libellé de l'évaluation	Prise en charge	Résultat	Commentaires ES	Id de la donnée
Audit avril 2013	Délai d'attente tri 0	MCO	5min	Automatisation des données	
"	Délai d'attente tri 1	"	10min		
"	Délai d'attente tri 2	"	31min		
"	Délai d'attente tri 3	"	1h13		
"	Délai d'attente tri 4	"	1h17		
"	Délai correct pour tris 0,1,2	"	94%	EPP fin 2014	
Fin 2014	Délai moyen du tri	"	En cours	EPP fin 2014	
"	Nombre de patient tri>30min	"	En cours	Automatisation des données	
"	Temps présence aux urgences tri 0	"	En cours	"	
"	Temps présence aux urgences tri 1	"	En cours	"	
"	Temps présence aux urgences tri 2	"	En cours	"	
"	Temps présence aux urgences tri 3	"	En cours	"	
"	Temps présence aux urgences tri 4	"	En cours	"	
DIM	Délai admission UF hors UHCD	"	3h43	R :3h56	
DIM	Délai admission réanimation	"	XX	"	
Audit fin 2012	Délai réalisation ECG en cas de motif douleur thoracique	"	85% < 10min Délai moyen 8min	"	
	Délai obtention résultats troponine I	"	ininterprétable	Action corrective en cours Automatisation des données	
	Taux de prise en charge de la douleur à l'accueil	"	En cours	EPP fin 2014	
Audit début 2014	Délai réalisation TDM tri 2	"	1h28	Automatisation des données	
	Délai réalisation TDM tri 1(alerte thrombolyse)	"	59min	"	

- **Analyse des résultats**

Suite aux audits réalisés depuis 2 ans, le service a apporté des actions correctrices, en particulier formation, rédaction de chemins cliniques, de parcours de soins et de procédures...

L'effort est porté maintenant sur la veille et l'amélioration des pratiques en continu grâce à la mise à disposition d'indicateurs en temps réel. Ces indicateurs seront disponibles fin 2014.

D'autres indicateurs pertinents et répondant aux principaux risques seront disponibles à la mise en place de l'observation médicale informatisée, début 2015.

- **Plans d'action**

Id du risque	Objectif(s)	Action(s) d'amélioration	Pilote	Début prévu	Echéance prévue	Modalités de suivi	État d'avancement
R1	Mettre en place des parcours patient traceur	Processus accouchement non programmé	Mme Mirlit	Septembre 2013	Juin 2014		Fini
R2 Rn	Développer des filières de prise en charge non programmée	Chemin clinique neurovasculaire de la régulation à l'admission en UNV	Dr Oberlin / Dr Boulesteix	Mars 2014	Décembre 2014		En cours
		Chemin clinique douleur thoracique suspecte d'origine coronarienne	Dr Oberlin/ Dr Espinasseau/ Dr David, Dr Recly/ Groupe de travail	Décembre 2013	Décembre 2014	Indicateurs à prévoir	Fini, évaluation à prévoir
		prise en charge et orientation de la personne âgée ayant des troubles du comportement	Dr Oberlin/ Dr Kostek/ Dr Boulesteix	Novembre 2013	Mars 2014	EPP	Fini, évaluation à prévoir
		Améliorer la prise en charge d'une patiente présentant une pathologie gynéco-obstétricienne	Dr Oberlin / Dr Léonard	Avril 2014	Décembre 2014		Fini, évaluation à prévoir

		Mise en place de la filière psychiatrique aux urgences	Dr Oberlin / Mme Richier	Novembre 2013	Mai 2014		En cours Relances ICM
		Prise en charge des urgences vitales sur le centre hospitalier, au SAUV et en extra-hospitalier	Dr Oberlin, Dr Chaoui, Dr Debreux, Dr Gilbert	Juin 2014	Mars 2015	Indicateurs de suivi, réunions mensuelles urgences/réa.	En cours
		Prise en charge des hémorragies digestives	Dr Oberlin, Dr Chaoui, Dr Gilbert, Dr Hadjadj	Mai 2014	Décembre 2014	EPP à prévoir	En cours
		Prise en charge des coliques néphrétiques	Dr Merigot, Dr Oberlin, Dr Thanwerdas, Dr Durbise	Mai 2014	Novembre 2014		En cours
		Prise en charge des pathologies biliaires	Dr Hennequin, Dr Oberlin, Dr	Mai 2014	Novembre 2014		En cours

			Cazaban				
		Prise en charge des patients en situation de précarité : la filière PASS	Dr Oberlin / Mme Cujus / Dr Sekkal	Novembre 2013	Juin 2014	Réunions de coordination médico-sociale	Réalisé, actions de communication se poursuivant
	Gérer les flux de patient non programmé	Procédure saturation du SAU	Commission des admissions et des soins non programmés	Nov 2013	Mars 2015		En cours
		Mise en place du plan hôpital en tension	Commission des admissions et des soins non programmés	Novembre 2013	Juin 2014		En cours
		Organiser les hébergements de patient	Commission des admissions et des soins non programmés	mars 2013	Décembre 2013	Déclarations d'EI	Fini
		Développer fonctions et compétences de l'IOA : tri, filières spécifiques, information...	Dr Oberlin/ Mme	Mars 2012	???	EPP fin 2014 Indicateurs de suivi	En cours, évaluation prévue fin 2014

			Richier/gr oupe de travail				
	Améliorer l'accueil des patients et réduire les délais d'attente	Analgésie à l'accueil	CLUD/gro upe de travail urgences	Janvier 2014	Juillet 2014	EPP fin 2014 Indicateurs de suivi	Fini, évaluation prévue fin 2014
		Organiser une filière courte aux urgences	Dr Oberlin / Mme Richier	Juin 2014	Décembre 2014	Indicateurs de suivi (délai d'attente)	Réalisé
		Identitovigilance	Groupe dédié	??	??	Déclarations d'EI	En cours ?
	Améliorer l'information	Information des patients et transmissions aux médecins libéraux et du centre hospitalier par informatisation de l'observation médicale.		Janvier 2015	Décembre 2015		Non réalisé

Annexe 5 : Parcours de soins du patient non programmé au SAU de Cahors

Parcours du patient non programmé aux urgences (niveau II)

Processus nv III	Processus nv IV	1 – Actuel / 2 optimal	3 - Documents liés	4 - Recommandations / textes réglementaires	5 - Points critiques	6 - Indicateurs
I - Processus diagnostique		<p><u>Régulation au Centre de Réception et de Régulation des Appels-centre 15</u> Appel direct ou conférence avec le SDIS. Coordonnées du patient, envoi du moyen adapté par Auxiliaire de Régulation Médicale Décision médicale après régulation par le médecin régulateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - conseil médical - consultation ou visite médecin libéral (PDSA) - consulter aux urgences par propres moyens - envoi ambulance privée - envoi VSAB (moyen SDIS) - envoi SMUR <p>→ Prise en charge de tout déficit neurologique d'apparition brutale comme une suspicion d'AVC. Procédure dédiée dès la régulation.</p> <p><u>Mode d'arrivée aux urgences</u></p> <p>6. Patient couché :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Régulé par le SAMU : propres moyens, VSAB, Ambulance privée, SMUR • Ambulance envoyée par un médecin (non régulé). • Propres moyens nécessitant d'être allongé après évaluation IOA <p>7. Patient debout :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propres moyens • VSAB ou ambulance pouvant être assis après évaluation IOA <p><u>Premier contact</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • IOA si patient couché • Agent administratif si patient arrive par ses propres moyens et en l'absence de signes d'alerte (liste sur fiche spécifique). <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation par l'IOA systématique pour tous les patients dans un délai de 30 minutes. • Constitution du dossier administratif (identitovigilance) par l'agent administratif de 9h à 21h ou par l'IOA en l'absence de l'agent administratif. • Pose d'un bracelet d'identification pour les patients avec tri CIMU 0,1, 2 ou présentant des troubles cognitifs. 	Chemin clinique	Convention SDIS/SAMU Article R. 4127-70 du code de la santé publique Direction des hôpitaux. Circulaire n°DH.4B/D.G.S.3e/91-34 du 14/05/1991 relative à l'amélioration des Services d'Accueil des Urgences dans les établissements à vocation générale : guide d'organisation. Journal officiel de la République française. Décret n° 95-648 du 9/5/1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique. JO du 10/05/1995 : pp 7588-9. Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique Circulaire DHOS/01 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement	Identitovigilance Erreur de tri Prise en charge de la douleur Saturation du SAU	Indicateurs spécifiques délai d'attente en fonction du tri. Audit si seuils d'alerte

Processus nv III	Processus nv IV	1 – Actuel / 2 optimal	3 - Documents liés	4 - Recommandations / textes règlementaires	5 - Points critiques	6 - Indicateurs
		<p>Tri du patient (<10min, 8/h)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antécédents, motif de venue, prise de constante, réalisation d'un ECG si douleur thoracique. • Analgésie par IOA selon protocole • Filières spécifiques <ul style="list-style-type: none"> 1.2.1 Urgence vitale pour tri CIMU 0 ou 1=SAUV, médecin prévenu immédiatement. 1.2.2 Filière courte cf procédure 1.2.3 douleur thoracique cf chemin clinique 1.2.4 Alerte thrombolyse, urgence neurovasculaire, cf chemin clinique 1.2.5 Urgences gynéco-obstétricales, cf chemin clinique. 1.2.6 Urgences psychiatriques • Patient installé dans un box par ordre de priorité, selon les délais déterminés par le tri. <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Contact et coordination du parcours de soins par assistante social</p>	<p>« prise en charge de l'AVC »</p> <p>Règlement intérieur des urgences</p> <p>Analgésie par l'IOA</p> <p>Convention Institut Camille Miret-Centre Hospitalier</p> <p>Procédure PASS 1.2.6.1</p>	<p>applicables aux structures de médecine d'urgence.</p> <p>Loi d'orientation à la lutte contre les exclusions du 29/07/1998</p> <p>Code de la santé publique : articles L.6112-1, L.6112-3, L.6112-6</p> <p>Circulaire DGOS/R4/2013/246 du 18/06/2013</p>		
II - Processus soins						
A -	Identitovigilance	Processus géré par un autre groupe				
B -	Accueil patient	Processus géré par un autre groupe				
C -	Soins	<p>Urgence Vitale (parcours de soins en cours)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient en SAUV. • Une IDE/IADE affectée à la surveillance et à la réalisation des prescriptions • Prise en charge médicale (examen, prescription) commune urgentiste et réanimateur. <p>Filière courte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient installé en salle d'attente « FILCO » • Examen et soins par un médecin urgentiste • Si radiographie : patient attend dans la salle d'attente « FILCO ». Amené par AS/ambulancier/ASH ou brancardier radiologie (protocole en cours) après demande manipulateur radio. Retour en salle d'attente « FILCO » par ses propres moyens. • Réalisation des soins par le médecin urgentiste. Possible réorientation vers box traditionnel. <p>Urgences pédiatriques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poids, constantes par IDE/IADE. • Si vomissements ou diarrhées, biberon de Soluté de Réhydratation Orale proposé par IOA/IDE • Si fièvre, pose poche de prélèvement urinaire et emla dos main et pli coude par 	<p>Prise en charge des urgences vitales (en cours)</p> <p>Procédure filière courte</p>	<p>Surveillance du patient en SAUV, délai séjour en SAUV</p>	<p>Délai admission en réanimation et autres UF, analyse rétrospective si besoin.</p> <p>Déclarations EI, audits.</p>	

Processus nv III	Processus nv IV	1 – Actuel / 2 optimal	3 - Documents liés	4 - Recommandations / textes règlementaires	5 - Points critiques	6 - Indicateurs
		<p>d'échographie commun urgences-Réa.</p> <p>Patient filière courte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si radiographie : patient attend dans la salle d'attente « FILCO ». Amené par AS/ambulancier/ASH ou brancardier radiologie (protocole en cours) après demande manipulateur radio. Retour en salle d'attente « FILCO » par ses propres moyens. <p>Patient pédiatrique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de radiographie/TDM ou échographie en radiologie : patient brancardé par AS/ambulancier/ASH ou brancardier radiologie (protocole en cours) après demande manipulateur radio. <p>Autres patients, filière classique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de radiographie/TDM ou échographie en radiologie : patient brancardé par AS/ambulancier/ASH ou brancardier radiologie (protocole en cours) après demande manipulateur radio. 				
C -	Laboratoire	<p>Prélèvement biologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • - prescrit par le médecin urgentiste • - prélevé par IDE/IADE et transmis au laboratoire par AS/ambulancier via le pneumatique • - identifié comme urgent en cas d'urgence vitale ou alerte thrombolyse par poche rouge et appel téléphonique au laboratoire par IDE. 	Guide de prélèvement BIO_DI_02		Identitovigilance Délai rendu de résultat	Indicateurs spécifiques
D -	Etablissement Français du Sang (EFS)	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription par le médecin urgentiste • Demande transmise à l'EFS selon heures ouvrables (appel pendant la garde) par brancardier ou AS • Dispensation de produits sanguins demandés après appel de l'unité par le technicien • Procédure spécifique en cas d'urgence vitale pendant l'absence de la technicienne 	Dispensation et traçabilité des médicaments dérivés du sang PHAR_IDT_31 Dépôt de sang urgence vitale HEMOV IDT 13		Incident transfusionnel	Déclarations
IV - Processus d'information						
A -	Informations patient	<ul style="list-style-type: none"> • L'IOA informe le patient du délai et des modalités de prise en charge en fonction de son évaluation. • Les informations au patient sont données par le médecin urgentiste/IDE et AS : pathologie, traitement, devenir, surveillance. 				
B -	Informations visiteur	<ul style="list-style-type: none"> • Les informations sont données par l'IOA dans un premier temps puis par le médecin. 				
C -	Informations interservices	<ul style="list-style-type: none"> • vers l'imagerie pour radiographie conventionnelle : bon informatique • vers l'imagerie pour TDM ou échographie : bon informatique et entente téléphonique 	Procédure hébergement			

Processus nv III	Processus nv IV	1 – Actuel / 2 optimal	3 - Documents liés	4 - Recommandations / textes règlementaires	5 - Points critiques	6 - Indicateurs
		<p>urgentiste/radiologue.</p> <ul style="list-style-type: none"> • vers les UF du centre hospitalier : <ul style="list-style-type: none"> 1.2.7 transmissions médicales entre médecins pour demande d'avis ou d'hospitalisation. 1.2.8 Transmissions d'un médecin (urgentiste ou autre) à IDE de l'UF. 1.2.9 Transmissions paramédicales. 1.2.10 Prescriptions médicales pour les 24 premières heures d'hospitalisation. 				
D - Informations externes		<ul style="list-style-type: none"> • Si hospitalisation : courrier type de transfert du patient. • Si hospitalisation UHCD : courrier de sortie rédigé par l'urgentiste décidant la sortie • Si sortie simple : courrier de sortie donné au patient et envoyé au médecin • Fiche de liaison paramédicale pour les transferts en EHPAD ou HAD. 				
E - Informations synthèses		<p>Vérification du dossier par IDE et médecin si patient hospitalisé. Vérification de la concordance des interprétations des radiographies faites par le radiologue à J+1. Vérification par urgentiste de la régulation à partir du dossier médical.</p>				
F - Informations hygiène		<p>L'entretien des locaux est assuré quotidiennement par un agent d'entretien et le brancardier du SAMU. Chaque box est rangé et nettoyé entre chaque patient : désinfection du brancard, poubelles vidées, nettoyage et désinfection des surfaces si besoin. Identification des principaux risques infectieux</p> <ul style="list-style-type: none"> - patient porteur de BMR : connu sur son dossier médical via Dx Care. Isolement - patient ayant été hospitalisé à l'étranger ou dans un hôpital à risque 	<p>Procédures d'entretien dédiées Procédure isolement HYG_IDT_24 HYG_IDT_73</p>		Risque infectieux épidémique	Déclaration EI
G - Informations plateaux techniques		<p>Bon informatique pour demande radiologie standard. Appel téléphonique si demande spéciale ou examen tomodensitométrie ou échographique. Fiche de liaison avec le bloc opératoire.</p>				
V - Processus d'orientation ou de transport						
A - Transport interne		<p>Transfert vers Imagerie Par brancardier de la radiologie si disponible. Si non disponible par personnel des urgences (AS ou brancardier). Cas particulier du patient en SAUV : transport scopé par IADE avec AS/ambulancier.</p> <p>Transfert au Bloc Opératoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arrivée du brancardier du Bloc Opératoire , cherche le patient en chambre. • Prend le dossier (dossier anesthésie, dossier médicale, imagerie, examens....) • Vérifie identité. <p>Transfert vers service</p> <ul style="list-style-type: none"> • Après accord du médecin du service référent • IDE urgences contacte IDE UF destinataire (service référent ou d'hébergement) 				
B - Transport externe		<p>Transport par ambulance privée appelée par IDE ou AS Transport du patient instable par SMUR demandé par le médecin au SAMU</p>	<p>Garde Transport sanitaire</p>			

Processus nv III	Processus nv IV	1 – Actuel / 2 optimal	3 - Documents liés	4 - Recommandations / textes règlementaires	5 - Points critiques	6 - Indicateurs
			DG_TG_15			
VI - Processus Sortie						
A -		<p><u>Orientation vers le bloc opératoire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Procédure en cours <p><u>Patient urgence vitale/SAUV</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Orienté vers la réanimation ou Surveillance Continue ou transféré dans un autre établissement en SMUR. • Possible surveillance rapprochée à l'UHCD quelques heures pour décider de l'orientation. • Possible hospitalisation en UF traditionnelle si situation stabilisée ou réanimation refusée. <p><u>Filière courte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sortie du service avec consignes de surveillance ou orienté filière classique. <p><u>Filière classique et pédiatrie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sortie du service avec consignes de surveillance ou hospitalisation dans un service adapté. 	<p>Procédure hébergement</p> <p>Plan hôpital en tension</p>		<p>Hébergement dans service adapté</p> <p>Manque de place dans l'établissement et/ou dans des services spécifiques (réanimation, pédiatrie)</p>	<p>Tableau de bord de l'activité</p>

Annexe 6 : programme d'amélioration de la prise en charge des admissions et des soins non programmés (janvier 2015)

**PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE
DES ADMISSIONS ET DES SOINS NON PROGRAMMES**

Adopté le 19 janvier 2015

Poursuivre le développement de filières de prise en charge en particulier

- anémie
- oncologie
- AVC
- Bloc non programmé
- Mort inattendu du Nourrisson
- Personnes âgées
- Urgences vitales
- Addictologie
- Transfusions « programmées » ou en « urgence différée »
- ...

Gérer situations de crises

- mise en place du plan blanc aux consultations externes
- exercices réguliers

Développer des indicateurs de suivi de prise en charge pour les filières à risque :

- pédiatrie
- personnes âgées
- psychiatrie
- urgences vitales

Développer la coordination sur le territoire de santé

- fédération des urgences du Lot et filières de prise en charge communes
- convention avec Institut Camille Miret
- partenariats avec le CHU
- relations avec la médecine libérale

Formaliser l'implication de l'ensemble de l'établissement dans l'organisation des soins non programmés

- gestion prévisionnelle des lits
- saturation du SAU
- réorganiser les sorties des patients
- faciliter les avis spécialisés pour les praticiens extérieurs à l'établissement

Développer l'offre de soins pour les publics en situation de précarité

Annexe 7 : bilan EPP

BILAN DE L'ACTIVITE EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES POLE MEDECINE D'URGENCE 2015

Audits réalisés

- Questionnaire de satisfaction audit sur 3 jours septembre 2015
- Registre permanent Sepsis Sévère
- Registre permanent SCA ST+
- Audit TC sur 1 mois
- Seniorisation des urgences
- Audit évaluation du tri
- Audit prise en charge de la douleur à l'accueil par l'IOA
- Audit macrocible UHCD

Réunions de MorbiMortalité (RMM)

4 réunions en 2015, 15 fiches de suivi d'action : 13 actions réalisées, 3 en cours.

Comité de Retour d'eXpérience (CREX)

2 analyses en 2015. Actions réalisées.

Analyse des évènements indésirables

176 EI déclarés (fiable ?), 167 en 2014, 133 en 2013.

Fonction	2015	2014
AS	8	11
Médecin	60	75
IDE	72	41
Cadre	25	14
Ambulancier	0	2
Agent administratif	?	

Thèmes	2015	2014	2013	Commentaires
<u>Violence</u>	6	8		
<u>Identitovigilance</u>	15	3	46	Directement lié à constitution dossier administratif : 5 Etiquetage de bilan, octaplex, ECG : 6 Confusion examen : 1 Divers : 3
<u>Matériel</u>	11	x		Panne scopes, téléphone, absence de capnographe, ... Tubes cassés, sondes urinaires, problème de vacutainers ➔ Problèmes tous résolus Retour d'alarme à la SAUV : mise au

				point.
ORGANISATION DES HOSPITALISATIONS				
<u>Hébergement</u>				
Disponibilité en lits (visibilité, affectation non optimale) :	0	3		
Problème hébergement autre :	0	2		
Refus d'hébergement :	3	2		
Mauvaise affectation patient (UF)	1	5		
<u>Coordination avec les autres UF</u>				
Séjour prolongé à l'UHCD	5	5		Modalités d'hospitalisation en cours révision
UHCD saturée, patients brancards	7	?		Sous déclaré en 2014
Refus de prise en charge spécialisée (parcours patient)	6	8		
Praticien spé absent ou ne répondant pas	1	2		
Délai obtention avis spé	3	4		
Problème relationnel lors transfert	4	5		
Lien UF : telephone-Dx care	2	0		
Patient HAD	1	1		
Transfert de périph :	0	2		
Problème social aux urgences :	0	1		
<u>Coordination avec unités médico-techniques</u>				
Radiologie Montauban non disponible	0	1		Procédure avec Gourdon ?
Délai d'attente examens complémentaires (bio et radio)	?	?		Indicateurs permanents
Parcours patient bloc	0	3		
Problème d'AP	2	1		
PARCOURS DU PATIENT ET FILIERE DE PRISE EN CHARGE				
<u>Accueil du patient</u>				
Recueil des informations IOA	0			Indicateurs permanents
Concordance du tri EPP	0			'
Délai prise en charge EPP	0			'
<u>Prise en charge urgences vitales</u>				
Coordination urgences/Réa au SAUV	0	3		Relationnel+++ Indicateur permanent
Prise en charge urgence vitale sur le CH	2	2		Audit institutionnel en cours.
Transfert patient sous Optiflow	1	X		Projet contrat avec batterie.
<u>Filière AVC</u>				

Retard à thrombolyse par retard appel	0	1		Reste aléa Montauban. Seule barrière = ARM
Régulation 46/82 des AVC	1	1		
Filière AVC	1	3		Amélioration des pratiques
<u>Filière de soins personnes à risque</u>				
Filière de soins PA	5	0		Déclarations en hausse en début d'année. Filière améliorée. Limitée par dimensionnement actuel de l'UGADE
Filière de soins psychiatrie	??			
<u>Autres filières de soins</u>				
Filières de soins nutrition	0	2		
Filière de soins hémorragie digestive	1	3		
Prise en charge MIN	0	1		
Addictologie	2	0		Projet unité médico-sociale avec lits addicto
Douleur abdominale	1	?		Traité en RMM à au moins deux reprises en 2014
ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE ET DES SOINS DU PATIENT AUX URGENCES				
<u>Soins d'hygiène</u>				
Patient en globe lors arrivée dans UF	2	?		Probable sous déclaration en 2014
Transfert de patient souillé	1	3		
Accès bassin....	1	0		
Toilette non optimale pour labstix enfant		1		
<u>Soins non réalisées</u>				
Retard réalisation du bilan	1	0		
Absence de prélèvements infectieux	0	1		
Problème des prescriptions validées automatiquement	1	3		Action « coupable » repérée
Réalisation de pansement	0	1		
PEC douleur	0	4		
<u>Surveillance du patient</u>				
Chute	6	?		Nouvelles déclarations en 2015
Surveillance urgences non faite	2	1		Traçabilité des surveillances et réévaluation de la douleur +++
Surveillance à l'UHCD	0	2		
Risque suicidaire à l'UHCD	1	0		
Traçabilité des prescriptions et de la surveillance	1	4		
Réalisation ECG dans les douleurs thoraciques	?	?		Audit SCA non ST+

<u>Procédure PEC patient aux urgences</u>				
PEC SCA ST+	0	2		Registre permanent
Prise en charge urgences pédiatriques	0	1		
Prise en charge du sepsis sévère	4	4		Registre permanent
Utilisation de la VNI (RMM)	0	2		
Traumatisé crânien	0	2		Audit
Procédure polytraumatisé	2	?		
<u>Information patient ou sa famille</u>	1	?		
Acte de soins individuels				
<u>Prescriptions</u>				
Oubli de prescription (prescription non en protocole)	0	4		
Prescriptions non faites lors hospit	4	3		
Antibiothérapie inadaptée	1	?		
<u>Acte diagnostique ou thérapeutique</u>				
Utilisation CCI	1	?		
Sondage urinaire traumatique	1			
Interprétation radiologique	1			
Erreur de côté pour attelle	1			
<u>Transmissions d'infos</u>				
Rigueur dans les dossiers SMUR, urgences, UHCD	0	3		
Infos non transmises par téléphone	1	2		
Transmission des infos médicales aux urgences (dossier médical informatisé)		1		
Admissions sans appeler praticien référent		3		
Avis spécialisés non tracés	?			
macrocibles à l'UHCD	?			
information et liaison aux médecins traitants	?			
<u>Erreurs médicamenteuses 7 en 2014</u>				Erreurs médicamenteuses 15 en 2015
- Plavix-kardégic dans AVC : 2				Confusion deux médicaments : 3
- Prescription de cp en mg : 1				Non administration après avis pharmaceutique : 1
- Substitution médicaments				Automédication et gestion du traitement

hors livret : 1			personnel : 2
- Doublon de prescription : 2			Surdosage en pédiatrie : 2
- Posologie tramadol au PSE : 1			Gestion des anticoagulants injectables : 1
-			Utilisation PSE : 1
-			Prescriptions orales SAUV : 1
-			Confusion O2/air et débit O2 : 2

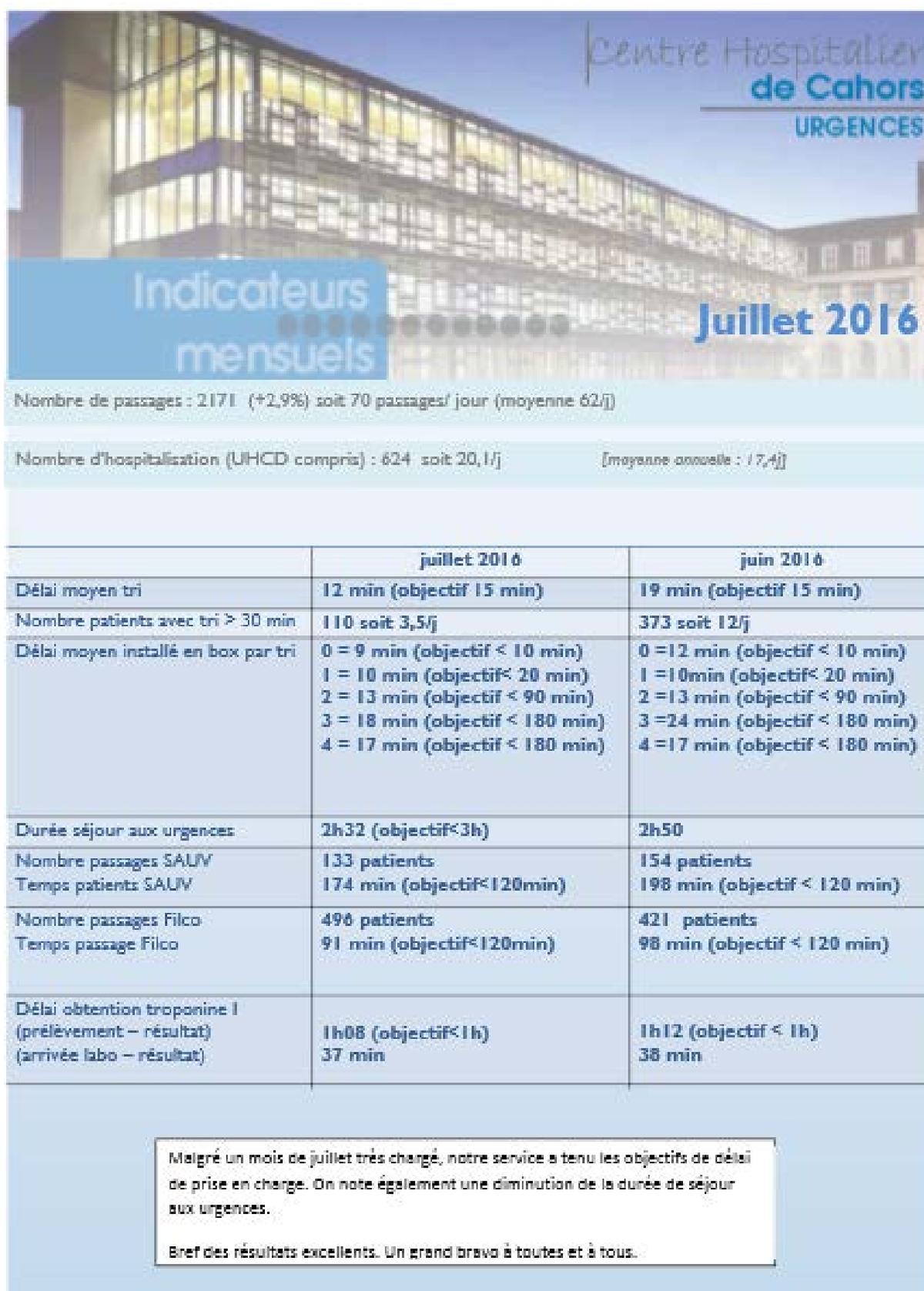
Actions réalisées

Amélioration de la qualité des prélèvements infectieux : Hémocultures, ECBU, gazométrie
 Modification modalités revascularisation urgente lors SCA ST+
 Mise en place d'indicateurs permanents sur le tri
 Amélioration des délais d'obtention des délais d'avis spés (à poursuivre)
 Communication et précision sur le rôle du SAMU dans les urgences vitales intra-hospitalières
 Coordination à la SAUV avec la réanimation, amélioration délais PEC, rôle de la SAUV
 Amélioration surveillance et prescriptions à l'UHCD
 Réévaluation et staff des patients UHCD
 Régulation des MAP
 Régulation des TIIH
 Prise en charge du patient polytraumatisé : coordination de la régulation au bloc (à poursuivre)
 Renfort infirmier l'après-midi
 Sécurisation de l'entrée des urgences
 Tous les matériels avec dysfonctionnement sont remplacés ou réparés
 Repérage plus précoce des rétentions d'urine
 Annonce d'un dommage lié aux soins

Actions en cours

Antalgie à l'accueil chez l'enfant
 Formations à l'interprétation des RT
 Formation échographie
 Travail avec la fédération des urgences du Lot sur homogénéisation pratiques
 Amélioration des délais de PEC des blocs urgents et semi-urgents
 Procédure de traitement lors TIIH
 Surveillance de la douleur, réévaluation des patients aux urgences et à l'UHCD
 Instaurer une ligne médicale UHCD
 Modification des modalités d'admission dans les UF
 Formation à la prise en charge de l'urgence vitale
 Procédure dégradée imagerie en panne sur Gourdon
 Mieux repérer les erreurs médicamenteuses

Annexe 8 : indicateurs mensuels



La certification V2014 aux urgences, exemple du CHG de Cahors

La certification est un dispositif créé en 1996 et mis en place en 1999 dans le but d'améliorer la sécurité et la qualité des soins dans les établissements de santé.

La quatrième version (V2014) s'attache à évaluer l'organisation et la dynamique de l'établissement dans la démarche qualité-gestion des risques. La thématique « prise en charge des urgences et des soins non programmés » est une des pratiques exigibles prioritaires.

Il s'agit d'un processus difficile de par la technicité des nombreux termes employés et la formation des médecins qui ne préparent pas à ces exigences.

Le travail de cette thèse explique la démarche des experts-visiteurs à travers leur méthode d'analyse : la roue de Deming (Plan, Do, Check, Act).

La préparation à cette certification, outre l'exigence réglementaire, présente un intérêt majeur pour le service d'accueil des urgences et l'établissement grâce à la mobilisation de l'ensemble des partenaires du SAU aux problématiques des urgences : mise en place de filières de soins, dynamique des équipes en terme d'élaboration de protocoles, exigence de qualité via l'auto-évaluation et la déclaration d'événements indésirables.

Mots clés : certification, service d'urgences, démarche qualité, gestion des risques

The certification V2014 in emergencies, case of the Cahors hospital

The certification was created in 1996 and spread in 1999 to improve the safety and quality of the care in health-care facilities.

The fourth version (V2014) attempts to assess the organization and the dynamic of the health care facilities for quality approach and risk management. The theme « care of emergencies and not programmed care » is one of the priority due practices.

This is a difficult process due to the technicality of the used terms and because the health professionals are not trained to these requirements during their medical studies.

This thesis work explain the experts visitors' approach through their method : the deming wheel (Plan, Do, Check, Act).

In addition to regulatory requirements, the work of certification presents a major interest for the emergencies service and health care facilities through the mobilization of partners of emergency service on the issues of emergencies : implementation of healthcare pathways and protocols, dynamic of the teamwork in terms of protocol development, quality requirement with self-assessment and statement of adverse events.

Keywords : certification, emergencies service, risk management, quality approach

Discipline : Médecine générale

Directeur de thèse : Dr Mathieu Oberlin

Faculté de Médecine de Toulouse RANGUEIL 133, Route de Narbonne 31062 Toulouse Cedex 04