



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION HÔPITAL JOSEPH DUCUING

**15 rue de Varsovie
Bp 53 160
31027 TOULOUSE**

AVRIL 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	24
DOSSIER PATIENT	29
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	33
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	37
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	41
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	45
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	49

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

HOPITAL JOSEPH DUCUING	
Adresse	15 rue de varsovie 31027 TOULOUSE
Département / région	HAUTE-GARONNE / MIDI-PYRENEES/LANGUEDOC-ROUSSILLON
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	310788898	ASSOCIATION DES AMIS DE LA MEDECINE SOCIALE	15 RUE DE VARSOVIE BP 53 160 31027 TOULOUSE
Etablissement de santé	310787965	CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE LE MIRAIL	3 rue du doyen lefebvre 31081 Toulouse
Etablissement de santé	310781067	HOPITAL JOSEPH DUCUING	15 rue de varsovie Bp 53 160 31027 TOULOUSE

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	33	/	9
MCO	Gyneco-Obstétrique	39	4	/
MCO	Médecine	51	5	/
SSR	SSR	/	30	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	Engagement dans la démarche Bioqualité au laboratoire
---	---

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	- CHU Toulouse, (néonatalogie, cancérologie, orthopédie, diabétologie niveau 2, psychiatrie, pédopsychiatrie, maladies infectieuses.

Chirurgie de la main, participation à des astreintes pour la continuité des soins : exemple en cardiologie)

- Institut Claudius Régaud (chirurgie viscérale, chirurgie gynécologie, sénologie)
- Clinique Ambroise Paré (urologie pour les astreintes urologiques, maternité de niveau II)
- Clinique Sarrus Teinturier (maternité de niveau II, angiologie, ophtalmologie)
- Clinique du Parc et clinique des Cèdres pour la réanimation.
- complémentarité dans la prise en charge à domicile avec :
 - Hospitalisation à domicile : Santé Relais Domicile
 - Services de Soins Infirmiers A Domicile
 - Protection Maternelle et Infantile
 - Sages-femmes libérales
- complémentarité avec la participation aux réseaux :
 - ONCOMIP (réseau de cancérologie)
 - ORUMIP (réseau des urgences de Midi-Pyrénées) : les données de passages et d'hospitalisations sont transmises de façon quotidienne au serveur régional des urgences
 - MATERMIP – DIAMIP – PTI'MIP
 - HEPATOMIP (réseau de prise en charge des hépatites C)
 - GERONTO PASTEL (adhésion au développement de ce réseau pour la prise en charge des personnes âgées)
 - RELIENCE / Soins palliatifs et douleur
 - Réseau ville-hôpital / addictions
 - RAP 31 (Réseau adolescents)
- complémentarité entre le médical et le médico-social avec :
 - La CADENE
 - Les Tilleuls
 - L'AGESEP 31
 - UEROS
 - ESVAD et l'APF

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Dossier patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
FONCTIONS SUPPORTS

2. Liste des évaluations réalisées par la méthode du patient-traceur

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Endoscopie	Suspicion pathologie cancéreuse	Programmé	Ambulatoire	MCO
2	Adulte	Chirurgie orthopédique Hôp J DUCUING	Arthroscopie ou Chirurgie canal carpien	Programmé	Ambulatoire	MCO
3	Femme	Salle de naissance Hôp J DUCUING	Césarienne ou accouchement par voie basse	urgences	Hospitalisation complète	MCO
4	Personne âgée	SSR CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELL	Troubles de l'app. locomoteur ou su syst. nerveux	Programmé	Hospitalisation partielle, avec balnéothérapie	SSR

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
5	Adulte	Médecine cardiologie	Troubles du rythme cardiaque	Urgences	Hospitalisation complète	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

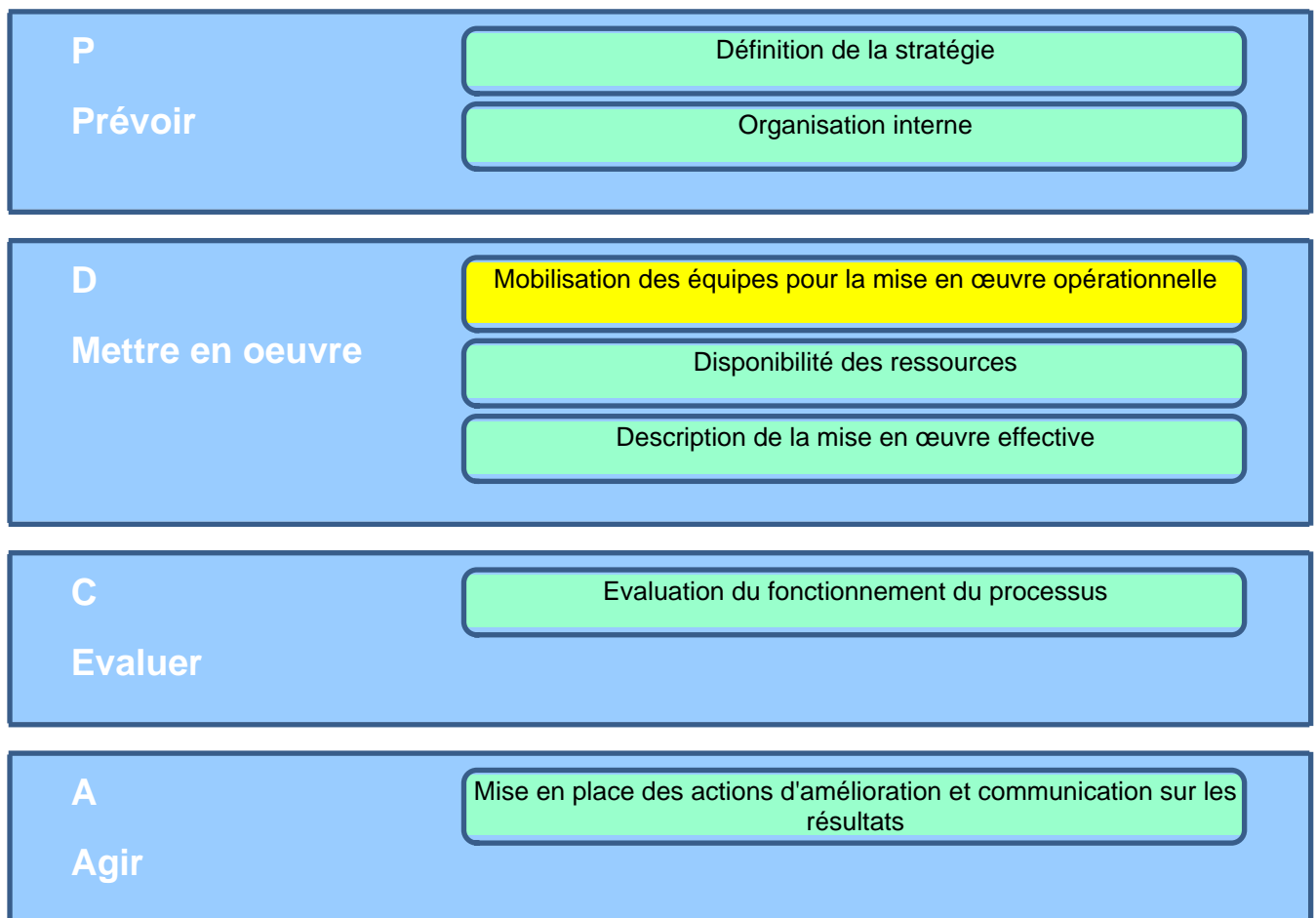
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Un projet d'établissement, validé par les instances de l'établissement et portant sur la période 2013-2017, inclut un projet de soins contenant, dans son axe 3, un paragraphe relatif au management qualité et gestion des risques.

Il prévoit :

- D'intégrer l'établissement dans la démarche qualité de l'hôpital (par l'évaluation des pratiques et les EPP, notamment),
- De poursuivre les différents travaux concourant au développement de la culture sécurité (pédagogie de l'erreur, participation aux EPP, REX, ...).

Un volet qualité et gestion des risques est également intégré dans le paragraphe projet de gestion de ce même projet d'établissement. Il intègre notamment les orientations suivantes :

- Accroître la culture qualité et de gestion des risques des personnels,
- Mettre en œuvre un pilotage par les processus,
- Mettre en place la certification V2014 sans réserve, ni recommandation,
- Consolider le pilotage de la politique qualité et gestion des risques,
- Développer la satisfaction, les relations et l'information auprès de l'ensemble des usagers de l'établissement.

Un plan d'actions qualité, intégré dans le compte qualité, a été élaboré en fonction des risques identifiés par l'établissement (cartographie réalisée), et des différentes données exploitées, telles que les indicateurs IPAQSS, données EPP, indicateurs des questionnaires de satisfaction des patients, des taux événements indésirables graves, ... Ce plan a été présenté à la CRU.

Ces actions concernent par exemple la mise en place d'exercices de simulation en santé (mise en place des chambres des erreurs), la création de groupes de travail sur des thèmes retenus en CSIRMT, le déploiement des CREX, la mise en place des référents qualité gestion des risques dans chaque unité de soins et médico technique,.....

L'analyse des risques a été réalisée par les pilotes du processus, dont la Directrice qualité, également Directrice des Affaires médicales, DIM, identitovigilant et responsable de la cellule qualité ainsi que la responsable assurance qualité. La méthodologie HAS (Fréquence X Gravité et niveau de maturité), a été utilisée.

Le compte qualité a été validé en novembre 2015 par un Comité exécutif (COMEX), instance assurant dorénavant la responsabilité du management de la qualité et de la gestion des risques.

Un PAQSS a également été élaboré. Il contient de nombreuses actions concernant les 21 processus de la V2014. Sont indiqués par action la priorité, le risque, l'objectif, l'action, le ou les responsables, un calendrier et un état d'avancement. Les sources ne sont toutefois pas indiquées. Ce PAQSS est suivi en routine par une cellule qualité comprenant Directrice qualité, Responsable assurance qualité et Directrice des soins et est soumis 2 fois par an au COMEX (dernière validation en mars 2016).

Le déploiement des EPP est impulsé par le président de la CME. Le choix des thèmes se fait selon 3 axes prioritaires :

- Pertinence par rapport à une activité,
- Pertinence par rapport aux exigences règlementaires,
- Pertinence par rapport à des risques identifiés.

Un tableau de bord EPP, intégrant 41 évaluations, est suivi par la CME. 19 sont en étape 5 (suivi régulier). Des revues de mortalité morbidité sont réalisées (1 en chirurgie viscérale, 1 en oncologie, 1 en chirurgie orthopédique, 1 en gynécologie), ainsi que des RCP (oncologie, obésité, infections ostéo-articulaires, ...).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus, décrite notamment dans un manuel qualité gestion des risques. Il présente notamment le système de management de la qualité gestion des risques, l'organigramme qualité gestion des risques, le schéma de synthèse de l'organisation du système de la qualité gestion des risques, la stratégie de développement des évaluations de pratiques professionnelles (EPP), l'approche par processus selon les thématiques HAS et désignation des pilotes des processus.

Le pilotage est assuré par la Directrice Qualité, également médecin DIM, Directrice des Affaires médicales, identitovigilant et gestionnaire des risques associés aux soins, et par la responsable qualité gestion des risques, elle-même également responsable de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (mi-temps pour chaque fonction).

Ces pilotes et co-pilotes disposent de fiches de mission. Membres de la cellule qualité gestion des risques, elles sont aidées par deux autres professionnels, dont une IDE à temps plein recrutée dans le cadre de la V2014 et une secrétaire qualité. La Directrice des soins participe à la cellule qualité.

Un comité exécutif (COMEX), nouvelle dénomination de l'ancien Comité de gestion des risques, composé des membres du comité directeur (Directeur, Directeur administratif et financier, RSIO, DSI, DRH et

Directrice des Affaires Médicales) et du président et vice-président de la CME, pilote la politique qualité gestion des risques. Il décide, initie, organise et pilote la démarche qualité et de gestion des risques, définit les priorités, valide le PAQSS, alloue les ressources adaptées, suit les actions en cours, évalue les résultats et adapte le programme en conséquence. Les membres de cette instance, par ailleurs membres des autres instances de l'établissement (CLAN, CLUD, COMEDIMS, ...), assurent la coordination des différentes composantes du système qualité gestion des risques.

Au regard de ses missions et risques identifiés, l'établissement met les moyens nécessaires, que ce soit en termes de ressources humaines, dont le nombre et les compétences permettent de réaliser un travail de grande qualité, de locaux, matériels ou documents, avec un nouveau dispositif de gestion documentaire permettant également la déclaration des événements indésirables.

Les représentants des usagers participent à l'amélioration de la prise en charge des patients, notamment par le biais de l'examen des questionnaires de satisfaction de ces derniers.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les membres de la cellule qualité apportent leur soutien méthodologique aux professionnels. Ils impulsent également une dynamique de mobilisation des professionnels en ce qui concerne le développement d'une culture qualité gestion des risques. Ainsi, ont été réalisées au cours des 5 dernières années 2 enquêtes culture sécurité. La mobilisation a été également réalisée grâce aux audits processus réalisés par l'ensemble des pilotes de l'établissement, ce qui a permis de formaliser un compte qualité particulièrement complet. Toutefois, la connaissance du compte qualité par les équipes de terrain est relative, car très récente. Des CREX et des REX sont réalisés, les événements indésirables déclarés (400 par an environ).

Il n'existe pas de plan d'action d'amélioration qualité gestion décliné systématiquement par secteurs d'activité. Ainsi, malgré la présence de nombreux indicateurs par activité (obstétrique, médecine, chirurgie, salle de naissance, bloc, ...), l'absence de projets de service de la plupart des activités de l'établissement ne permet pas de décliner les actions qualité au plus près du terrain. Le PAQSS ne prévoit que très rarement la déclinaison par service (l'indication est fréquemment notée : tous services ou MCO), hormis celles concernant les processus spécifiques (bloc, urgences, salle de naissance, ...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences en termes d'effectif et de formation sont disponibles. Ainsi, la cellule qualité est composée de quatre professionnels (Directrice qualité et gestionnaire des risques associée aux soins, Responsable qualité gestion des risques, une IDE recrutée dernièrement dans le cadre de la certification et une secrétaire qualité). Toutes ont des formations leur permettant d'assurer leur mission. A noter également la participation à la cellule qualité gestion des risques de la Directrice des soins, elle-même formée qualité gestion des risques. Les effectifs qualité gestion des risques sont dès lors adaptés à la mise en œuvre du processus, ainsi que les locaux ou autres matériels. Ces compétences ont permis de réaliser un état des lieux exhaustif des différents processus. Le dispositif de gestion documentaire, récent, est opérationnel et connu des professionnels de l'établissement. Les professionnels sont formés ou informés des dispositions qualité gestion des risques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les membres de la cellule qualité sont mobilisés pour déployer des démarches qualité dans l'établissement. Toutefois, les experts-visiteurs ont pu noter au cours de la visite un degré d'appropriation des démarches variable en fonction des secteurs visités ou des professionnels rencontrés. Les résultats de la dernière enquête culture sécurité réalisée fin 2015 montre d'ailleurs des signes de vigilance sur cette thématique. Néanmoins, les procédures et autres protocoles sont connus ou disponibles dans le nouveau système de gestion documentaire, les événements indésirables déclarés (près de 400 par an), ainsi que les événements indésirables graves. Le recueil de la satisfaction des usagers est effectif, avec un taux de retour de 17 %. Le traitement des plaintes et des réclamations est assuré. La Commission des usagers participe à la démarche qualité et est informée des résultats des enquêtes de satisfaction ou autres thèmes développés en direction de amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Des CREX sont réalisés (bloc et médicament), et des Rex (retours d'expérience), en identitovigilance par exemple. Des quick audits sont également menés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

De très nombreuses évaluations sont menées, en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adapté : IQSS, indicateurs Hôpital numérique, indicateurs propres à l'établissement, enquêtes et audits menés, réalisation d'EPP, de REX ou de CREX. Ces évaluations sont suivies par la cellule qualité, le

COMEX, la CME, et les instances concernées. L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée en lien avec la Commission des usagers.

A / AGIR

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

De nombreuses actions d'amélioration sont impulsées et décidées par la cellule qualité et le COMEX, comme par exemple des actions menées vers le bloc opératoire : préparation des opérés, l'identitovigilance (création de poste de secrétariat), prévention des chutes (chaussettes antidérapantes), ... Le réajustement du PAQSS est réalisé en routine par la cellule qualité et 2 fois par an par COMEX. La communication des résultats des actions d'amélioration est faite au niveau de chaque instance et auprès des cadres de l'établissement. De nombreux tableaux de bord sont affichés dans les services, notamment sur des panneaux d'affichage dans les offices. Les résultats des IQSS sont affichés dans l'établissement.

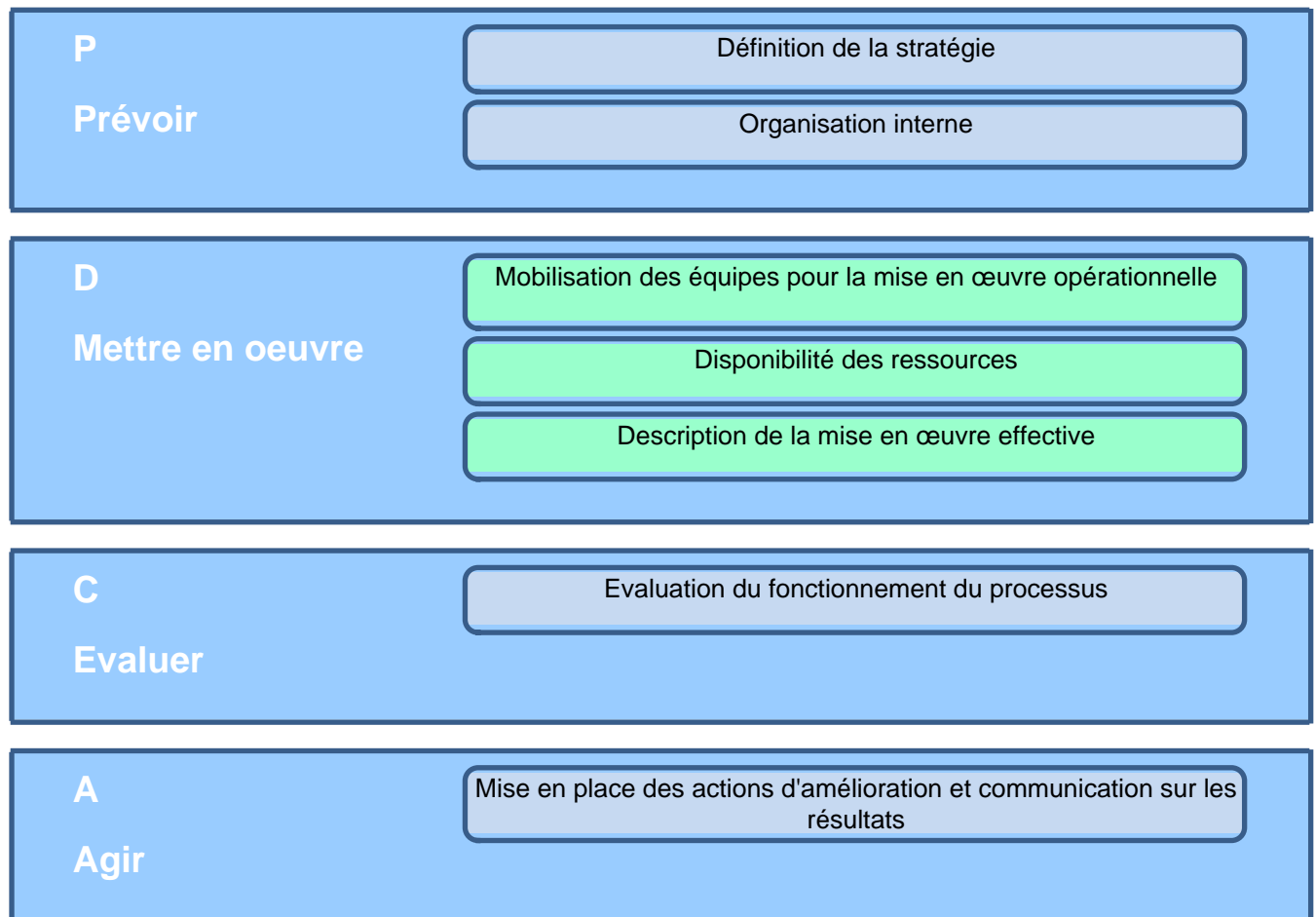
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les risques en lien avec la prévention du risque infectieux ont été identifiés au regard de l'activité chirurgicale et médicale de l'établissement, ainsi que des spécificités de population prise en charge (notamment en ce qui concerne les populations à taux de précarité élevé).

Les risques ont été identifiés à partir des scores des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, des résultats des évaluations internes, d'un audit de processus réalisé par la cadre de l'équipe opérationnelle d'hygiène et des événements indésirables déclarés. Par ailleurs, pour définir ses priorités, l'établissement s'appuie sur les recommandations du réseau ARLIN (antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales), issu lui-même du CCLIN sud-ouest, ainsi que sur la diffusion des recommandations de bonnes pratiques sur la base de données de l'infection nosocomiale et de l'hygiène hospitalière (NOSOBASE).

A partir de ces différents éléments, une cartographie des risques a été élaborée par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH).

Les risques ont été priorisés selon une criticité définie selon la méthodologie de la Haute autorité de santé (HAS) par les membres de l'EOH composée d'un praticien hospitalier infectiologue, de la responsable de l'EOH, par ailleurs également responsable qualité gestion des risques ainsi qu'avec les correspondants en hygiène. Un bilan des actions menées pendant l'année 2015 a été réalisé et a servi à l'élaboration du programme 2016.

La politique de prévention du risque infectieux est inscrite dans le projet d'établissement 2013-2017 et dans le manuel qualité rubrique « Gestion du risque infectieux » réalisé en avril 2016.

L'établissement dispose par ailleurs d'un comité de lutte Anti-tuberculeux et d'un centre départemental de vaccination depuis 2006 dont l'activité est importante.

Des objectifs de réduction du risque infectieux ont été définis au regard de ces risques identifiés, inscrits au programme annuel de l'EOH et reportés dans le programme amélioration qualité et sécurité des soins (PAQSS). Les actions d'amélioration font l'objet de modalités : pilote désigné, échéance, suivi.

Le bilan de l'année écoulée et le programme à venir sont présentés au COMEX (comité exécutif qui a remplacé l'ancien comité qualité gestion des risques), à la commission des médicaments et des dispositifs médicaux (COMEDIMS), en commission médicale d'établissement (CME) et à la commission des usagers (CDU).

A partir du PAQSS, les risques priorisés et les actions de réduction du risque infectieux ont été inscrits dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'hôpital dispose d'une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) composée d'un praticien infectiologue, d'un responsable titulaire d'un diplôme universitaire d'hygiène, d'un pharmacien et d'une infirmière correspondante en hygiène.

Ces professionnels sont missionnés sur un temps dédié avec des fiches de mission. La responsable de l'EOH est affectée à 50 % à cette mission et à 50 % à la qualité gestion des risques. Des correspondants en hygiène ont été nommés par secteurs.

Des actions de formation sur la thématique de la prévention du risque infectieux ont été inscrites au plan de formation 2015-2016 pour les infirmières, les aides-soignantes et agents de service hospitaliers (ASH).

Par ailleurs, le médecin infectiologue organise des formations tous les semestres à l'arrivée des nouveaux internes sur les thématiques du risque infectieux et des bonnes pratiques en matière d'antibiothérapie. Une permanence téléphonique est assurée tous les après-midi par l'équipe mobile d'infectiologie issue de 8 cliniques toulousaines, afin de répondre aux interrogations des médecins en matière de risques infectieux et de bonnes pratiques en antibiothérapie.

Les procédures sont intégrées au système de gestion documentaire informatisé et sont également à disposition des professionnels sous forme papier dans des classeurs qui sont mis à jour par les correspondants en hygiène.

Les circuits des patients et des professionnels au sein du bloc opératoire sont définis au regard de l'hygiène.

L'EOH est partie prenante du programme de maintenance des équipements, notamment des secteurs protégés comme le bloc opératoire et de la définition des différents circuits en particulier celui du linge, des déchets, de l'eau et de l'air.

L'EOH est également consultée lors de programmation de travaux.

Un programme de surveillance de l'environnement est défini, prélèvements de surface bloc, stérilisation, chambres, prélèvements d'eau (recherche de légionelles), qualifications des salles d'opération et de stérilisation. Les prélèvements sont réalisés par un prestataire externe. Cependant, le contrôle de la mise en œuvre des précautions complémentaires n'est pas formalisé. Inscrit dans le plan d'actions, la

formalisation n'est à ce jour pas réalisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
<p>Les médecins et personnels paramédicaux sont informés des objectifs de prévention du risque infectieux de leur secteur en lien avec leur spécialité. L'équipe d'hygiène, et notamment sa responsable, assure un accompagnement direct des professionnels dans les secteurs en collaboration avec les correspondants en hygiène. L'EOH évalue les pratiques des professionnels au regard des procédures établies. Les résultats sont présentés aux professionnels et les actions correctives sont discutées avec ces derniers au regard des évaluations réalisées.</p>
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
<p>Les ressources en compétences (effectifs, formation) sont disponibles dans les secteurs. Ainsi, les formations en hygiène (notamment pour les ASH), sont réalisées par l'EOH sur des thèmes en lien avec l'activité de l'hôpital et des spécificités des patients. Elles sont organisées dans le cadre du réseau. L'EOH ainsi que le médecin référent infectiologue répond aux sollicitations des médecins en matière de conseil en antibiothérapie et aux professionnels en ce qui concerne les bonnes pratiques de soins.</p> <p>Les procédures d'hygiène hospitalière sont accessibles dans les unités soit sous forme électronique (gestion documentaire informatisée), soit sous forme papier dans des classeurs dédiés. Des protocoles d'antibiothérapie et un guide d'utilisation des anti-infectieux réactualisé en 2016 sont mis à disposition ainsi que les protocoles de bio nettoyage élaborés par l'EOH.</p> <p>Les équipements et besoins en matériels nécessaires à la mise en œuvre des précautions d'hygiène (standard et complémentaire) sont disponibles. Les matériels de protection des personnels sont en place. Les matériaux des locaux et des équipements dans les services de soins facilitent le bio nettoyage. Cependant, les locaux intermédiaires de déchets situés dans les services de soins ne permettent pas d'assurer la gestion du risque infectieux : ils ne sont pas toujours maintenus fermés à clé et ne permettent pas d'assurer une gestion du risque infectieux optimale. Le local d'entreposage terminal est quant à lui sécurisé.</p>
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
<p>La prévention de l'infection est prise en compte dans la prise en charge de l'opéré (préparation cutanée, antibioprofylaxie, protocoles de pansements, etc.), dans le respect des procédures établies.</p> <p>Les précautions standard sont appliquées. Les précautions complémentaires de type contact ou aérien sont mises en œuvre : plaies chroniques à BMR, par exemple ou tuberculose.</p> <p>Les antibiotiques font l'objet d'une délivrance nominative. Les protocoles de prescription sont établis pour 72 heures. La réévaluation de la prescription est systématique entre 24 et 72 heures et fait l'objet d'une traçabilité dans le dossier.</p> <p>La poursuite du traitement nécessite une nouvelle prescription.</p> <p>Les locaux sont propres, que ce soit dans les secteurs protégés (bloc, endoscopie), ou dans les locaux professionnels (salles de soins). Un bilan de l'activité est présenté annuellement à la commission des usagers (CDU).</p> <p>L'EOH, les cadres de santé et les correspondants en hygiène accompagnent les professionnels au sein des services. Le bio nettoyage des locaux est réalisé par les agents des services hospitaliers (ASH), dans le respect des procédures et fait l'objet d'une traçabilité systématique, hormis en SSR où la traçabilité du bio nettoyage dans ces locaux n'a pas été démontrée (le bio nettoyage des locaux de rééducation ainsi que de la balnéothérapie est externalisé). Le classeur de traçabilité n'était pas disponible au moment de la visite, l'établissement a immédiatement réagi en écrivant un courrier à la société prestataire en pointant ce dysfonctionnement.</p>

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
<p>L'EOH établit chaque année un programme d'évaluations, dont :</p> <ul style="list-style-type: none">- une enquête de prévalence annuelle des infections et de l'usage des antibiotiques,- surveillance en incidence des autres infections (définition de l'aspect nosocomial),- audit de bonnes pratiques de désinfection des mains,- audit du respect des précautions standard et complémentaire,- nombre d'infections nosocomiales déclarées dans l'année,- taux de prévalence d'infections nosocomiales acquises en obstétrique (enquête 1 jour donné),- pourcentage de patients traités par antibiotique, depuis plus de 3 jours, avec réévaluation (enquête 1 jour donné),

- taux global d'Infection du site opératoire pour l'activité de chirurgie (étude sur 6 mois),
- taux de conformité des prélèvements de surfaces services

La consommation de chaque antibiotique est suivie et des audits sont organisés sur le bon usage des antibiotiques depuis 2010.

Par ailleurs, un dossier d'infection sur la Picc line a fait l'objet d'un retour d'expérience.

Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales sont suivis et des actions d'amélioration ont été menées pour atteindre les résultats attendus.

Trois évaluations de pratiques professionnelles (EPP) ont été conduites par l'EOH sur la maîtrise du risque infectieux. Elles concernent le port de bijoux, les précautions standards et les précautions complémentaires. Les résultats des différentes évaluations sont communiqués aux professionnels et à chaque médecin.

Les résultats des évaluations sont également présentés formellement en CME notamment l'enquête de prévalence, la surveillance en incidence des infections de site opératoire, les évaluations portant sur l'antibiothérapie et le suivi des bactéries multi résistantes (BMR).

Un bilan annuel d'activité est élaboré dans le respect du cadre réglementaire, intégrant les différents éléments constitutifs du Bilan standardisé de la lutte contre l'infection nosocomiale et permettant l'élaboration des scores des différents indicateurs du tableau de bord.

A / AGIR

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

Le programme annuel 2016 de l'EOH est défini et suivi, le bilan annuel 2015 a été élaboré, il a été présenté en COMEX, CME, CHSCT et Commission des Usagers dans le respect de la réglementation.

Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales sont affichés dans le hall d'entrée de l'hôpital, à proximité du bureau des admissions.

Les actions d'amélioration sont portées à la connaissance des professionnels et à chaque médecin.

Les actions d'amélioration sont intégrées au programme qualité de l'hôpital et inscrites au compte qualité.

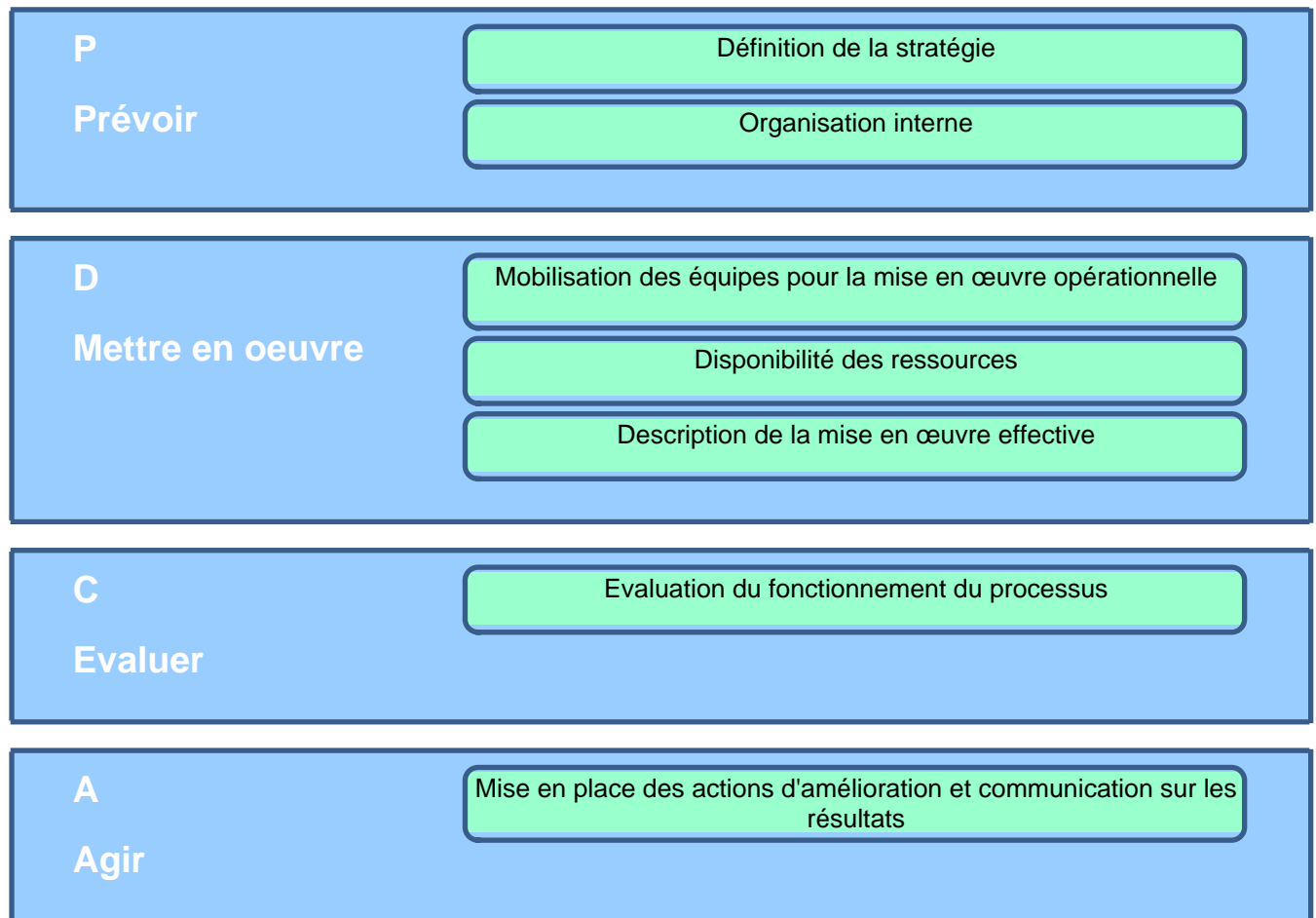
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Un important travail d'analyse du processus Droits des patients a été réalisé par les deux pilotes de cette thématique, au cours de réunions animées par ces derniers. Y ont participé professionnels et représentants des usagers. Un compte qualité a été établi en fonction des résultats de l'analyse de la V2010, du projet d'établissement, de la réécriture du projet de soins, des événements indésirables liés à la thématique, du résultat d'un audit du dossier patient et de patients traceurs à blanc (2 en chirurgie, 1 en unité de soins palliatifs, 2 en maternité, 1 en soins de suite et de réadaptation). Il comprend outre l'identification du risque avec hiérarchisation utilisant l'échelle HAS (fréquence X gravité et dispositif de maîtrise en place), des objectifs, des actions d'amélioration, des responsables, un calendrier et un état d'avancement.

Une cartographie des risques, qui tient lieu d'état des lieux des situations de maltraitance, a été également finalisée fin 2015. Réalisée avec les représentants des usagers et autres membres de la Commission des usagers, des membres du comité d'éthique, des soignants, des membres de la CSIRMT et chefs de service et cadres, elle comporte le libellé du risque, la hiérarchisation utilisant l'échelle HAS, le dispositif de maîtrise en place, les objectifs, les actions d'amélioration, la validation ou non par le COMEX, le nom du responsable, le calendrier, les modalités de suivi et l'état d'avancement. Les sources ne sont pas toutefois pas toujours indiquées, ainsi que les modalités de suivi.

Il existe également un plan d'actions bientraitance et prévention et traitement des situations de maltraitance, mis à jour en juin 2016. Il comprend des priorités, des objectifs, des actions, un responsable, un calendrier, des indicateurs (pas systématiquement), un état d'avancement et un suivi.

L'axe 1 du projet de soins (intégré dans le projet d'établissement 2013- 2017), développe également une thématique sur le droit et parcours du patient. Ce thème a d'ailleurs été décliné dans un nouveau projet de soins validé en COMEX et en CME en octobre 2015. Il intègre des objectifs opérationnels, dont :

- Établir un diagnostic autour de la démarche de bientraitance,
- Élaborer une charte de bientraitance,
- Détecter les cas de maltraitance et définir la conduite à tenir pour réaliser un signalement.

Il existe en outre un plan d'actions issu du projet de soins, intégrant un axe qui développe un thème permettant de "garantir le respect des droits des usagers, promouvoir la bientraitance et intégrer la dimension éthique dans le soin".

Enfin, est intégré dans le PAQSS un plan d'actions "Droits des patients" qui détermine également des actions en faveur de ce processus.

ORGANISATION INTERNE

Deux pilotes se partagent la responsabilité du processus Droits des patients : la Directrice des soins et son adjointe, également cadre de proximité de l'unité de soins palliatifs. Les fiches de missions sont formalisées. Au regard des besoins de ce processus, l'établissement s'assure de l'existence de ressources humaines adaptées, en effectif comme en formation. En ce qui concerne ce dernier point, à noter que de nombreuses formations bientraitance sont proposées au personnel depuis plusieurs années, et tout particulièrement au personnel de la maternité. D'autres thèmes sont proposés : éthique en établissement de santé ou autres DIU proposés à des médecins. Des ressources documentaires sont disponibles, et notamment grâce à la nouvelle gestion électronique des documents mise en place récemment. Les chartes réglementaires et spécifiques de l'établissement, dont des chartes de bientraitance rédigés en plusieurs langues y sont incluses (et affichées). Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et connues des professionnels. Une procédure est en place, laquelle précise l'utilisation de fiches d'événements indésirables pour la déclaration. Des informations concernant les droits des patients et les missions de la Commission des usagers sont incluses dans le livret d'accueil de l'établissement. Elles concernent également les modalités de demande des dossiers médicaux, de dépôt d'une plainte ou réclamation, de rédaction des questionnaires de satisfaction. Des renseignements sont en outre fournis en ce qui concerne la personne de confiance, les directives anticipées ou les dons d'organe. Les conditions d'hébergement permettent de s'assurer du respect de la dignité et de l'intimité des patients, la plupart des chambres étant à 1 lit (près de 80 % dans l'établissement), et 100 % en Unité de soins palliatifs. Les chambres doubles disposent de paravents fixes. Toutefois, quelques chambres au 2ème étage de la maternité donnant sur un immeuble d'habitation sont exposées à un vis à vis car non dotées de film occultant permettant de protéger l'intimité des patientes.

Des témoins de présence sont en place. Des coins salons sont disponibles dans les unités, avec un effort particulier réalisé en Unité de soins palliatifs. Le respect de la confidentialité est effectif, hormis quelques problèmes d'isolation phonique entre les chambres relevés par les professionnels de l'établissement. Des interprètes sont disponibles pour renseigner les personnes étrangères. Une PASS (permanence de soins pour les personnes démunies ou en situation de précarité), est en place près du service des urgences. Des assistantes sociales sont disponibles.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Un important travail a été réalisé par l'établissement pour mobiliser les équipes sur ce processus. Ainsi, de nombreuses actions ont été menées : formations proposées visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance (21 professionnels formés en 2015), ou éthique en établissement de santé, sensibilisation des équipes lors des groupes de travail mis en place au cours de la préparation de la V2014 (dans le cadre du parcours patient et des patients traceurs), et notamment sur la désignation des personnes de confiance, les directives anticipées, dommages liés aux soins, respect des bonnes pratiques de contention, recherche du consentement, implication des cadres des unités pour diffuser les bonnes pratiques. Des comités de retour d'expérience sont organisés si besoin. Des actions correctives sont apportées. Toutefois, et hormis dans le service de l'unité de soins palliatifs, il n'existe pas de projets de service déclinant la politique de bientraitance de l'établissement ou précisant les actions à mettre en place en ce qui concerne le respect des droits des patients dans les différentes unités.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le livret d'accueil, la composition de la Commission des usagers, les différentes chartes des personnes hospitalisées sont disponibles ou affichées dans les différents services ou dans le hall d'entrée. Ces informations sont également disponibles sur le site internet de l'établissement. Les ressources en personnel infirmier et aide-soignant, présents 24h24, permettent d'assurer la mise en œuvre effective du processus Droits des patients. Une équipe mobile douleur soins palliatifs est disponible, le recours aux assistantes sociales est effectif (présence d'une PASS au sein de l'établissement). De nombreuses formations sont dispensées pour sensibiliser les professionnels au respect des droits des patients. La gestion documentaire informatisée, revue récemment, permet l'accès à une documentation actualisée. De nombreux protocoles ou autres procédures sont disponibles (comme par exemple un dispositif d'information du patient sur son état de santé, information en cas de dommage liée aux soins, contention des patients, ...). Des moyens d'évaluation de la douleur sont à disposition des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients. L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien. La désignation de la personne de confiance est effective. Les restrictions de liberté se font sur prescription médicale. Les professionnels mettent en œuvre, le cas échéant, la démarche d'information en cas de dommage aux soins. Ils s'assurent également du soulagement de la douleur. Les patients et familles sont informés du droit d'accès à leurs dossiers (87 dossiers demandés en 2015). Le recueil de la satisfaction des patients est effectif. Enfin, les membres de la commission des soins ont accès à l'ensemble des lettres de réclamations et ou d'éloges.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en place de très nombreux indicateurs d'évaluation de ce processus : bilan des questionnaires de satisfaction, dont la mesure de l'information sur l'état de santé, le bien être, les conditions d'accueil, les IQSS, l'analyse des plaintes et réclamations et des événements indésirables, le nombre de dossiers médicaux demandés, le délai d'obtention, Un plan d'actions est intégré dans le compte qualité et le PAQSS Droits des patients. Les indicateurs Hôpital numérique sont également recueillis. Les résultats de ces évaluations sont communiqués aux unités, fréquemment d'une manière globale, à la commission des usagers et aux différentes instances de l'établissement. De plus, plusieurs patients traceurs à blanc ont été réalisés pour préparer la visite de certification.

A / AGIR

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

De nombreuses actions d'amélioration sont mises en œuvre pour améliorer le processus Droit des patients. Les résultats sont communiqués auprès des équipes (notamment par le biais d'informations transmises avec les bulletins de salaire), des cadres (tous les quinze jours), et des différentes instances, dont le COMEX, la CME, la commission des usagers et la CSIRMT. Les résultats liés à l'analyse des questionnaires de satisfaction des patients sont annexés dans un feuillet intégré au livret d'accueil. Des objectifs d'amélioration sont également inclus dans le compte qualité, le PAQSS, le plan d'actions bientraitance et traitement des situations de maltraitance et le projet d'établissement. Ils sont suivis par

les instances visées ci-dessus.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

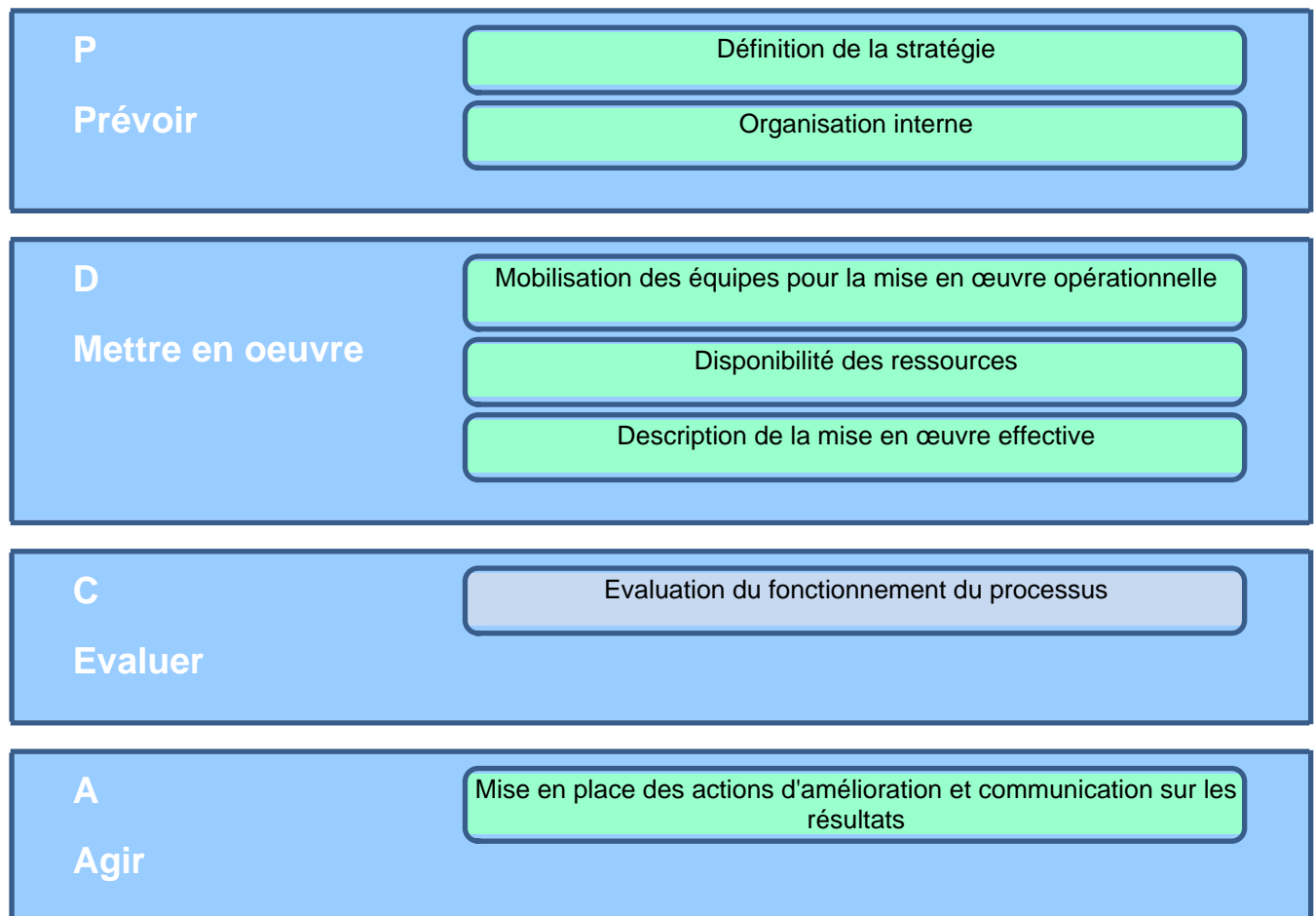
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une politique parcours est intégrée dans l'axe 1 du projet de soins 2013–2017 intitulé : Droit et parcours du patient. Elle précise les contours du parcours de soins du patient, débutant de son admission à sa sortie, avec l'objectif d'une part d'assurer aux usagers un accueil et une prise en charge de qualité tout au long du séjour, de l'entrée à la sortie en conciliant la réponse à leurs besoins fondamentaux et les organisations de soins et, d'autre part, d'en faire l'évaluation.

Les axes de travail retenus sont les suivants, sans toutefois que les actions soient précisément détaillées :

- bienveillance et droits des patients,
- prise en charge de l'urgence,
- prise en charge de la douleur,
- prise en charge de la personne âgée,
- prise en charge particulière, dénutrition,
- éducation thérapeutique,
- fin de vie.

Ce projet de soins initial est doublé par un nouveau projet validé en COMEX en septembre 2015. Il développe des objectifs opérationnels de l'axe 2 de ce projet intitulé : Organisation des soins et coordination inter-services. Des fiches projets y sont intégrées.

Le projet d'établissement développe en outre une stratégie d'établissement prenant en compte les besoins de la population du territoire (positionnement de proximité plus accueil des populations précaires), détaillés dans le projet régional de santé et le CPOM (actions de prévention sanitaire, prise en charge des plus démunis dont Centre d'Information, de Diagnostic, de Dépistage, des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST), PASS), éducation pour la santé, amélioration des parcours des personnes âgées,

Les données d'entrées notées dans le compte qualité sont : des indicateurs QSS concernant le dépistage des troubles nutritionnels DTN, le dossier patient en MCO (notamment celui concernant la rédaction du traitement de sortie), les EPP concernant l'éducation thérapeutique, les IQSS chirurgie bariatrique et qualité chariot d'urgence. Une cartographie du processus parcours en SSR, de l'unité de soins palliatifs, des urgences et de la maternité a également été réalisée (les autres sont en cours de finalisation : chirurgie, chirurgie ambulatoire et médecine). Des patients traceurs "à blanc" ont également été réalisés en médecine, chirurgie, obstétrique et SSR. De nombreuses actions ont été par la suite définies, permettant de décliner un plan d'actions spécifique "Parcours". Un compte qualité a été également formalisé. L'échelle de hiérarchisation HAS a été utilisée.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique du processus parcours patient est assuré par la Directrice des soins. Sa fiche de poste est formalisée et validée. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a mis en place des ressources humaines, matérielles et documentaires. Ainsi, l'organisation interne assure l'adéquation des ressources humaines aux besoins (en nombre et en compétences). Des formations sont proposées à l'ensemble des professionnels. Les ressources documentaires sont également disponibles, avec un nouveau dispositif de gestion des documents mis en place dernièrement. Un dispositif d'accueil est en place (hospitalisation en urgence et programmée), la prise en charge des urgences est organisée, les règles de présence précisées, avec un système de gardes et astreintes afin d'assurer les permanences médicales et de soins 24h24. La prise en charge des personnes démunies et des populations étrangères est effective, avec de nombreuses assistantes sociales ou interprètes disponibles. Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont réalisés. L'organisation de la sortie et du transfert des patients est assurée. La gestion des interfaces et des circuits est organisée, avec des concertations mises en place entre professionnels : réunion pluriprofessionnelle SSR tous les mardis, staff en MCO (staff sur dossier médecine, USP et maternité). Des RCP d'infectiologie et d'obésité sont également organisées. Cependant, le risque concernant les patients présentant un risque suicidaire n'est pas identifié. En effet, il n'existe pas de procédure s'assurant de la maîtrise du risque suicidaire. De plus, l'ensemble des fenêtres de l'établissement ne sont pas sécurisées (notamment en service de maternité, 2ème étage). Un document s'intitulant "info professionnelle" a toutefois été transmis aux professionnels en mars 2016 et des procédures de retrait des poignées de fenêtre par les services techniques ont été remises aux experts visiteurs au cours de la visite.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le travail d'analyse (description des parcours finalisée en SSR, en unité de soins palliatifs, aux urgences et à la maternité et en cours pour les autres, réalisation d'audits à blanc patient traceur en MCO et SSR et l'élaboration des cartographies de risque), a permis aux cadres de sensibiliser leurs équipes aux éléments du parcours patient. La communication en est faite aux équipes lors des différentes réunions organisées en interne (transmissions, réunions de synthèse, ...). Des résultats de différents indicateurs sont affichées dans les salles de repos des services. Des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre avec les professionnels en cas de besoin (analyse parcours, dysfonctionnements suite à signalement d'événements indésirables, réclamations, ...). Ainsi, suite à l'analyse du parcours en chirurgie, un recrutement d'une secrétaire a été décidé pour améliorer l'accueil des patients. Des coordinations entre acteurs sont mises en place (réunions pluridisciplinaires, RCP, participation aux CREX ou EPP). Les projets de service étaient en cours de formalisation lors de la visite.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences humaines (effectifs et formation), et documentation (accessible et actualisée), sont globalement disponibles dans les services pour assurer la continuité de soins et une prise en charge globale des patients. Ainsi, les effectifs (nombre et qualification), sont en adéquation avec les besoins des populations accueillies (personnels médicaux et soignants, mais aussi assistances sociales, kinésithérapeutes, psychologues, ...). Les professionnels participent à des actions de formation en relation avec le parcours du patient (bienveillance, nutrition, prise en charge des urgences vitales, des patients en fin de vie ...), tant en interne qu'en externe. Des actions de formation visant à l'expertise de professionnels soignants sont également mises en œuvre (prise en charge des patients en fin de vie - présence d'une unité de soins palliatifs -, bienveillance, éducation thérapeutique (diététique, prévention des chutes, prise en charge des personnes obèses). A noter également comme élément de documentation la formalisation d'un passeport circuit d'hospitalisation en chirurgie. Les locaux et équipements globalement adaptés, avec toutefois deux services exigus (bloc et urgences). Du matériel d'urgence est disponible dans chaque unité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'Hôpital a réalisé un important travail d'analyse de ses parcours patients. Les différents accueils (programmés et non programmés) sont ainsi organisés. L'utilisation d'un logiciel spécifique porté par l'ARS (VIATRAJECTOIRE), permet d'orienter au mieux les patients après leur hospitalisation, notamment vers les services de SSR. A noter également l'existence d'un dispositif d'appel la veille pour rappeler les consignes aux patients lors d'une hospitalisation complète en chirurgie. La permanence médicale et paramédicale et la continuité des soins sont assurées. Les prises en charge en urgence sont effectives (service d'urgence en interne), avec une permanence anesthésiste H24 en raison d'une forte activité obstétricale (plus de 2000 accouchements). L'identité du patient est vérifiée au service dès l'accueil et à l'entrée dans l'unité de soins. Des bracelets d'identification sont posés, hormis pour les consultations au service des urgences. Les professionnels recueillent dès l'entrée les renseignements relatifs à la personne de confiance et si possible les directives anticipées. Le patient, dès son entrée, bénéficie d'une évaluation médicale et infirmière, ce que confirment les patients traceurs. La gestion du traitement personnel du patient fait l'objet d'une procédure. Le dépistage des troubles nutritionnels est effectif, avec des audits réalisés tous les 2 mois. Un bilan nutritionnel peut être réalisé par une diététicienne. La prise en charge des urgences vitales est effective. Le matériel est en place (et évalué), et les professionnels sont formés. Les locaux et les pratiques permettent l'accueil des familles dans les unités de soin, avec une attention toute particulière apportée en Unité de soins palliatifs. La prise en charge des patients en fin de vie est organisée. La présence des familles facilitée. Des réunions pluridisciplinaires dans les services sont effectives. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Au cours du séjour, l'évolution de l'état de santé du patient est tracée dans le dossier par les professionnels concernés, ce que confirme l'examen des patients traceurs.

L'information du patient et/ou de sa famille est réalisée en continu. Les sorties des patients sont programmées en concertation avec le patient, son entourage et les professionnels d'aval qui réaliseront sa prise en charge. L'organisation de la sortie permet d'assurer la continuité de la prise en charge. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment l'effectivité de la mise en œuvre de ces actions. Cependant, le projet thérapeutique personnalisé n'est pas tracé avec sa finalité et ses objectifs déclinés par professionnel. Il n'intègre pas la réflexion bénéfices risques - hormis en USP - (cadre non rempli dans le dossier médical), comme constaté au cours de la visite et confirmé par les patients traceurs. Cette problématique a d'ailleurs été évoquée lors de la CME en décembre 2015. En outre, les demandes d'analyse ne sont pas systématiquement identifiées, argumentées, datées et signées. Ainsi, une évaluation réalisée sur 50 dossiers par le laboratoire dans le cadre de la préparation de la visite COFRAC (réalisée en avril 2016), précise que les dossiers en MCO n'indiquent pas les éléments requis et que le nom du prescripteur est le plus souvent absent.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

De nombreuses évaluations du processus sont réalisées : indicateurs QSS, satisfaction du patient, patients traceurs à blanc, cartographie des processus parcours, ... De nombreux audits sont également menés. A noter la participation de l'établissement au projet "High'5", déployé par l'OMS, l'HAS et le CEPPrAL (Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en santé en Rhône-Alpes.). Ce projet, porté par un chirurgien viscéral de l'établissement, permet d'améliorer de façon sensible la sécurité des patients au bloc opératoire (prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie). Deux autres projets d'ampleur ont été déployés, dont un porté par une diététicienne (audits réguliers tous les deux mois, formalisation d'un guide de la dénutrition en cours, formation et information pour IDE et AS, amélioration des apports nutritionnels pour les patients de maternité (carence en fer), et un autre projet porté par un médecin anesthésiste réanimateur et un médecin urgentiste, avec des audits chariot d'urgence organisés et la formalisation de procédures ou protocoles (exemple de protocole à tenir en cas d'urgence au SSR + protocole PEC urgence vitale en dehors de l'arrêt cardiaque).

A / AGIR

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

Le travail réalisé au cours de la préparation de la visite de certification (élaboration compte qualité, PAQSS et analyse processus parcours), a permis de définir un nombre important d'actions, dont beaucoup sont déjà mises en place. Ces actions sont suivies par la cellule qualité et le COMEX. La communication des résultats est réalisée également lors des réunions des instances (CME, Commission des soins ou commission des usagers, ...), ou lors de réunions de service. Des feuilles d'information sont également transmises aux professionnels via le bulletin de salaire. Les patients sont informés par le livret d'accueil ou les affiches posées dans les unités.

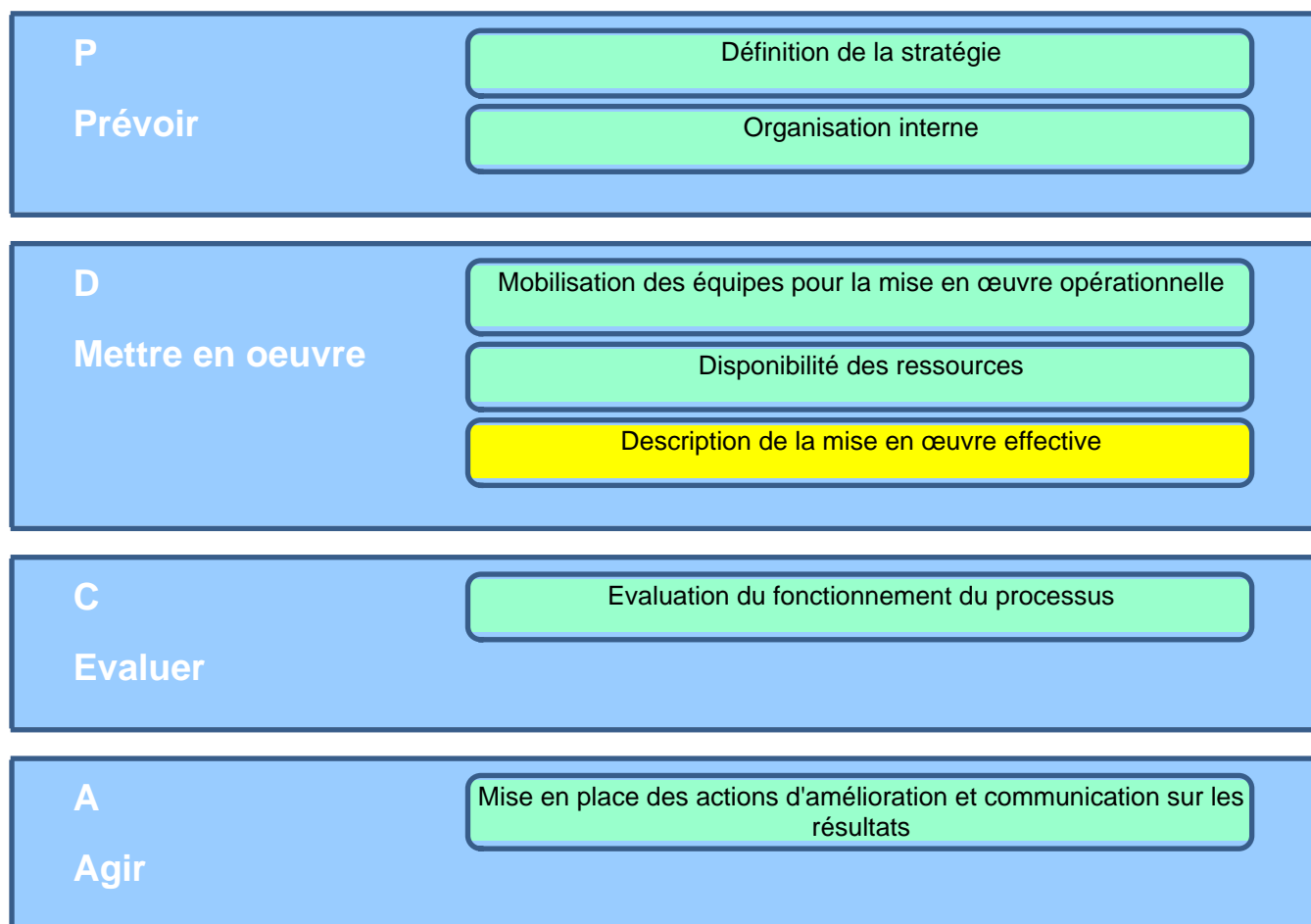
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques pour toutes les étapes de la gestion du dossier et en fonction du support. L'analyse est réalisée en collaboration avec les professionnels. Les sources mobilisées sont : l'analyse transversale des processus, les audits flash de dossier patient, le bilan des évènements indésirables et les indicateurs nationaux. Cette politique comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement.

Le projet d'établissement 2013-2017 intègre un projet d'amélioration de la gestion du dossier patient et un projet d'informatisation. L'identification des principaux risques, leur criticité et maîtrise sont réalisées selon la grille HAS. Certains risques font l'objet de plans d'actions en vue de réduire leur probabilité de survenue et sont intégrés au compte qualité et au PAQSS ; les pilotes, les échéances sont déterminés sans que toutes les modalités de suivi soient établies.

Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées dans une procédure intitulée "Fiches d'utilisation et gestion du dossier médical".

L'organisation de l'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès est finalisée.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est en place pour piloter le processus sous la responsabilité d'un comité de pilotage pluri-professionnel composé de la directrice qualité, également DIM, gestionnaire des risques associés aux soins et identitovigilante, du président de CME, de la Directrice des soins, du pharmacien, du responsable du système d'information, du chef de projet DPI, d'une sage-femme et d'un médecin anesthésiste.

Cette organisation a été validée par le COMEX, ancien comité qualité gestion des risques de l'établissement.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Cependant, il n'existe pas de plan de formation prévisionnel formalisé en ce qui concerne la thématique dossier, l'établissement a indiqué que le projet d'informatisation du dossier patient prévoit la formation utilisateur à partir de mai 2017.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires.

100% des services bénéficient de la prescription médicamenteuse informatisée et le déploiement du Dossier Patient Informatisé (DPI) est en phase 2 (choix du logiciel).

Il existe un DPI dans le service d'anesthésie en pré et per opératoire, aux urgences, en SSR, le circuit du médicament, EFS (Cursus 3), la biologie pour la récupération des résultats, la radiologie pour la lecture des images, Archives dossier patient, courriers, Gestion administrative patient.

Hors ces services et activités, le dossier patient est en version papier. Des règles de gestion sont formalisées et diffusées.

Des moyens et précautions existent pour réserver l'accès de ces dossiers aux professionnels.

L'accès aux données de consultation est organisé. L'intégration de l'historique du patient, dont les passages en consultation et l'ensemble des comptes-rendus, est organisée.

Une procédure d'habilitation organise l'accès aux données. Une charte de confidentialité des données est remise aux professionnels lors de leur prise de poste.

Des outils et des formations relatifs à la gestion du dossier sont proposés aux professionnels.

Les locaux pour l'archivage des dossiers sont prévus à l'hôpital, les dossiers papier non mobilisables sont conservés pendant 5 ans, les autres sont externalisés pendant 30 ans avant leur destruction.

Les conditions de sécurité (intrusion, alarme incendie) sont respectées.

Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

Le livret d'accueil informe le patient de ses droits d'accès à son dossier. L'organisation en place permet l'accès du patient à son dossier.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables du secteur d'activité (chef de service et cadre de santé), sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières). Ils s'

assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.
Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs), matériel (dont locaux d'archivage) et documentation informatique (sur le logiciel documentaire), ou papier sont disponibles dans les secteurs d'activité.

L'accès aux archives se fait par badge sécurisé uniquement pour les personnes habilitées.

Les patients sont informés de leurs droits d'accès aux dossiers par différents supports (livret d'accueil, affiches). Les journées d'accueil organisées deux fois par an pour les internes et les nouveaux arrivants permettent de délivrer les informations nécessaires à la gestion des dossiers. Des formations aux transmissions ciblées sont proposées aux IDE.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Une procédure écrite détaille les modalités de communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels et avec les correspondants externes.

La communication sur l'ensemble des démarches engagées et leur suivi repose sur deux supports : le journal trimestriel Verso vie, les réunions de service et l'affichage dans les secteurs d'hospitalisation.

Les professionnels sont informés des résultats des indicateurs nationaux du dossier patient. Cependant, la traçabilité des éléments constitutifs des étapes de prise en charge du patient en temps utile dans le dossier patient n'est pas complètement assurée. En effet, la prescription de biologie n'est pas tracée par l'IDE ni les renseignements médicaux sur le bon d'examen. En outre, le bon de demande de radiologie standard ou spécialisé (échographie scanner) n'est pas tracé dans le dossier. Le traitement de sortie du patient n'est pas toujours tracé dans le dossier du patient, et il n'y a pas de double de l'ordonnance. Enfin, le bénéfice risque n'est pas systématiquement tracé.

L'accès du patient à son dossier n'est en outre pas assuré dans les délais définis par la réglementation (12 jours en moyenne contre 8 exigés).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la gestion du dossier patient est effective en se basant en particulier sur les indicateurs Qualhas. L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients est assurée. L'analyse des événements indésirables est réalisée par le service qualité avec une suite donnée aux professionnels à travers le logiciel de gestion documentaire.

L'audit sur l'évaluation des renseignements sur les prescriptions de biologie avec mise en place en place d'action d'amélioration est effective. Plusieurs évaluations sont réalisées :

- Suivi des indicateurs qualité en soins palliatifs annuel : lutte contre les infections associées aux soins, gestion des risques avec analyse des EI , tenue du dossier patient et traçabilité de la douleur.

- Quick audit personne de confiance, Audit du DAN en 2016.

L'évaluation de l'indicateur tenue du dossier du patient est réalisée, le délai moyen du traitement de la demande d'accès au dossier passe de 15 jours à 12 jours en 2016, les causes sont liées dans la majorité des cas au manque de transmission des pièces obligatoires pour la délivrance du dossier.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration, en lien avec la Commission des usagers, sont mises en œuvre au regard des évaluations réalisées. Les risques résiduels sont actualisés et intégrés au PAQSS. Chaque cadre de santé est chargé de transmettre l'information. L'ensemble des professionnels est informé via plusieurs supports : la lettre « verso vie » et les staffs de service et affichage. La communication se fait auprès des structures institutionnelles et aux usagers lors de la Commission Des Usagers tous les 3 mois.

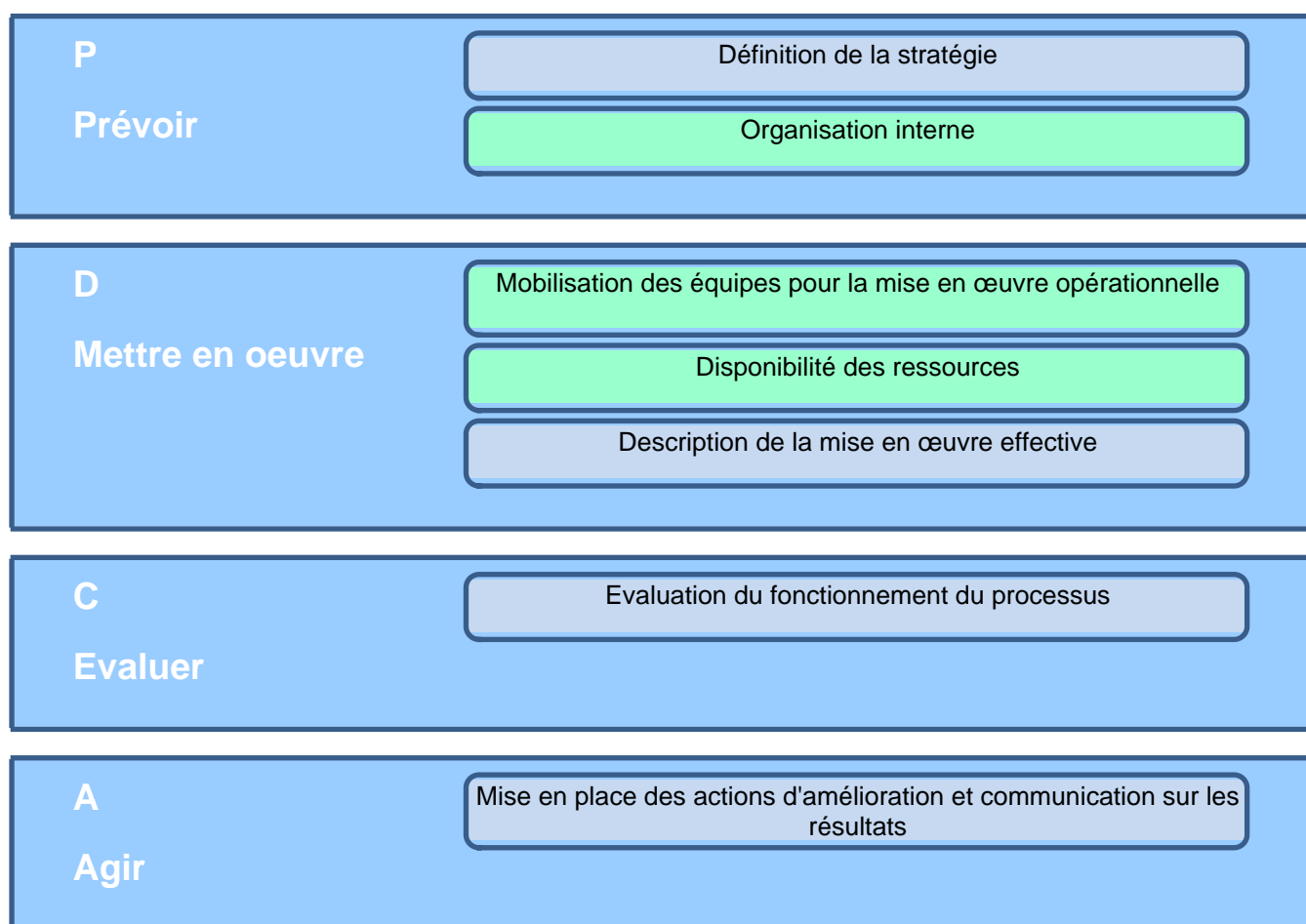
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse de l'hôpital Joseph DUCUING est inscrite au niveau du projet d'établissement 2013-2017 et du Contrat de Bon usage du médicament (CBU) 2014-18. Elle est par ailleurs inscrite dans l'axe 3 du projet de soins. Elle intègre les dispositions spécifiques pour les personnes âgées. La stratégie de la prise en charge médicamenteuse est inscrite dans le manuel qualité dans le chapitre « Prise en charge médicamenteuse des patients » réactualisée en novembre 2015. Elle est mise en œuvre par la commission des médicaments et des dispositifs médicaux (COMEDIMS)

L'identification des risques du processus du médicament repose sur une analyse des risques "a priori" réalisée avec l'outil "InterDiag médicament" sur l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement, les résultats du rapport de certification V2010, les indicateurs qualité et sécurité (IQSS), le contrat de bon usage du médicament (CBUM) 2014-2018, les résultats des évaluations des pratiques professionnelles (EPP), les audits ciblés, et l'analyse des événements indésirables. A partir des risques identifiés par l'ensemble des professionnels, la COMEDIMS a établi une cartographie des risques déclinée en plans d'actions et intégrés au programme d'actions qualité sécurité des soins (PAQSS). Les risques définis comme prioritaires ont été intégrés au compte qualité et déclinés en plans d'actions. Les actions d'amélioration font l'objet de modalités : pilote désigné, échéance, suivi.

Le programme a été communiqué aux instances (CME, commission de soins, comité exécutif (COMEX).

Le suivi fait l'objet de comptes rendus formalisés et diffusés. Les professionnels sont informés de l'état d'avancée de la démarche via les comptes rendus des réunions de la COMEDIMS.

ORGANISATION INTERNE

Le pharmacien dont la mission est définie dans une fiche de mission a été désigné par l'hôpital comme pilote du processus "prise en charge médicamenteuse des patients".

Le pilotage du processus global est assuré par la commission des médicaments et des dispositifs médicaux (COMEDIMS), présidée par le Pharmacien. Elle est composée d'un médecin de chaque unité, d'un représentant de la cellule gestion des risques, d'un médecin interniste, de la directrice des soins, d'un cadre de santé et du cadre préparateur en pharmacie.

Cette commission oriente la politique et pilote le programme d'actions annuel.

Une convention a été signée avec le Centre hospitalier universitaire pour assurer la permanence pharmaceutique en cas de besoin urgent de médicaments non prévus dans la dotation ou indisponibles.

Néanmoins, l'organisation mise en place ne permet pas de respecter la réglementation en termes d'accès à la pharmacie par des personnels habilités. En effet, il n'y a pas d'astreinte de pharmacien. Ainsi, et en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie, en cas de besoin de médicaments non disponible dans les services de soins, les infirmiers accèdent à un local dit "stock tampon" situé à proximité de la pharmacie. Ce local comprenait toutefois le jour de la visite 98 classes de médicaments dont un stock d'antalgique à base de dérivé de morphine prévue en cas de déclenchement de plan blanc. La dotation de certains médicaments injectables est de 40 flacons. Il est actuellement prévu dans la note de service organisant l'utilisation de ce stock tampon que les infirmières récupéreront la clé du local au standard accueil. Cette situation se produit plusieurs fois par mois.

Les listings de médicaments disponibles dans les secteurs d'activité sont accessibles sur le logiciel de prescriptions/administration du médicament. L'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires visant à sécuriser le circuit du médicament. Ainsi, les prescriptions/administrations des médicaments sont informatisées dans tous les services de soins excepté en service de soins de suite et réadaptation. De plus, l'hôpital est organisé pour informer le patient de la nécessité de transmettre son traitement personnel à l'admission et pour assurer la continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie. Des formations à la prise en charge médicamenteuse des patients de type « bonnes pratiques » sont organisées en continu depuis 2011. Elles regroupent toutes les phases du circuit du médicament et s'adressent à l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux.

Des formations ciblées dans le cadre d'un programme de développement professionnel continu (DPC) de type « chambre des erreurs » ont été organisées en 2015 lors de la semaine nationale de la sécurité des patients. Elles se sont adressées au plus grand nombre.

Par ailleurs, des actions de sensibilisation des professionnels sont organisées en particulier concernant les erreurs médicamenteuses et leur déclaration avec un accent particulier sur les médicaments à risque (ex : potassium).

Un groupe de travail issu de la commission de soins a été mis en place début 2016, avec l'objectif d'organiser la sécurisation de l'administration. Il conduit des audits ciblés. L'interface entre les secteurs de soins et la pharmacie à usage intérieur (PUI) est facilitée par l'informatisation du circuit.

Les commandes, l'analyse pharmaceutique, la prescription et l'administration du médicament sont informatisés dans tous les secteurs d'activité excepté le service de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Les protocoles et procédures sont mis à disposition des personnels via le logiciel de gestion documentaire informatisé.

Par ailleurs une procédure « prise en charge médicamenteuse du patient (PCMP) réactualisée en février 2016, diffusée via la gestion documentaire informatisée, définit l'ensemble du processus médicament permettant d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (modalités d'approvisionnement, de prescription, d'administration, de déclaration des événements indésirables, de gestion du traitement personnel....).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et des besoins, les cadres paramédicaux des services de soins en collaboration avec le pharmacien déclinent la démarche institutionnelle en actions concrètes faisant suite aux actions d'évaluation conduites.

Le niveau de connaissance et d'appropriation par les professionnels de soins des bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse est évalué périodiquement, notamment pour l'étape de préparation/administration des médicaments. Ces évaluations peuvent prendre la forme d'audits internes réalisés par le groupe de travail issu de la commission des soins d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), d'analyse des événements indésirables ou d'indicateurs.

Les indicateurs QSS concernant la conformité des prescriptions sont affichés dans les secteurs de soins.

Des actions correctives sont mises en œuvre en cas de besoin (survenue d'événements indésirables, baisse des résultats et/ou des indicateurs). Ces actions sont identifiées par la COMEDIMS et le groupe de travail issu de la commission des soins gestion avec les pharmaciens et les professionnels concernés. Des informations régulières sont assurées par l'équipe pharmaceutique. Les résultats sont communiqués aux équipes par le biais des cadres et de l'équipe pharmaceutique.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, en effectif et en formation sont adaptées aux besoins. Ainsi, le matériel, les locaux et les équipements sont conformes et répondent aux besoins des professionnels (chariots de distribution des médicaments, armoires à pharmacie etc...). Le protocole d'utilisation du dossier patient informatisé est à disposition des soignants dans la gestion documentaire informatisée. Les procédures et protocoles actualisées et validées sont mis à disposition via le logiciel de gestion documentaire informatisée dans tous les secteurs. Ils sont connus de tous les professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité et les responsables identifiés mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement interne, en particulier le respect des règles d'administration dont la traçabilité en temps réel au lit du patient. Les règles de prescription sont appliquées. L'analyse pharmaceutique des prescriptions est réalisée par le pharmacien pour tous les traitements. Par ailleurs, une conciliation pharmaceutique est réalisée pour les médicaments à risque à l'initiative du pharmacien. Elle est systématique pour les prescriptions médicamenteuses chez les personnes de plus de 65 ans.

La dispensation nominative de la prescription est effective pour tous les traitements à risque. Le traitement personnel des patients est géré en application du protocole institutionnel et selon les règles de bonnes pratiques. Les règles de gestion, transport, rangement et stockage sont respectées.

Le recueil des événements indésirables médicamenteux est mis en œuvre via le logiciel informatique.

Les médecins informent les patients sur le bon usage des médicaments et des livrets d'information sont donnés aux patients en particulier pour les médicaments à risque (ex: anticoagulant).

L'analyse des événements indésirables est réalisée dans le cadre de réunions institutionnelles de la Commission du médicament et des dispositifs médicaux (COMEDIMS) et des réunions de service et font l'objet de comptes rendus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation est en place dans le cadre d'audits internes réalisés sur le circuit du médicament, notamment en ce qui concerne les bonnes pratiques d'administration du médicament. Les audits sont réalisés par un groupe de travail issu de la commission des soins. Tous les indicateurs inscrits dans le contrat de bon usage des médicaments (CBUM) sont suivis. Le pharmacien assure un suivi des consommations en particulier des antibiotiques et des médicaments onéreux.

Plusieurs évaluations des pratiques professionnelles (EPP), ont été conduites dont la dernière en date de juin 2016 portant sur la qualité des piluliers. Une autre a été réalisée dans le cadre d'un mémoire de spécialité en 2014 portant sur les bonnes pratiques en oncogériatrie, et plus récemment en janvier 2016

sur la prescription médicamenteuse du sujet âgé.
Les indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) recueillis concernant la prescription médicamenteuse sont en progression.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration spécifiques sont mises en œuvre dans les unités de soins, suite aux actions d'évaluation conduites en articulation avec le programme d'actions. A titre d'exemple, les audits sur les bonnes pratiques d'administration des traitements per os et injectables, ont conduit à la mise en place de plusieurs actions correctives, en particulier à une optimisation des étiquetages avec un déploiement des étiquettes pré remplies. Par ailleurs, des rappels des mesures mises en place ont été réalisées pour faire face aux besoins de médicaments urgents (augmentation des stocks, transmissions aux services du listing de médicaments disponibles dans chaque secteur via le logiciel de prescription médicamenteuse.), et des rappels de bonnes pratiques en matière de prescription des traitements en particulier de traitements personnels ont été adressées à tous les praticiens via la COMEDIMS et la CME.

La communication sur les résultats des actions mises en œuvre est réalisée en interne par voie d'affichage et lors des réunions de service ainsi que via le journal de l'établissement et par des notes d'information annexées aux feuilles de paie. En externe, elle est réalisée auprès des usagers par voie d'affichage (indicateurs IQSS) dans les services de soins et dans le hall d'accueil de l'hôpital, et lors des réunions de la commission des usagers (CDU).

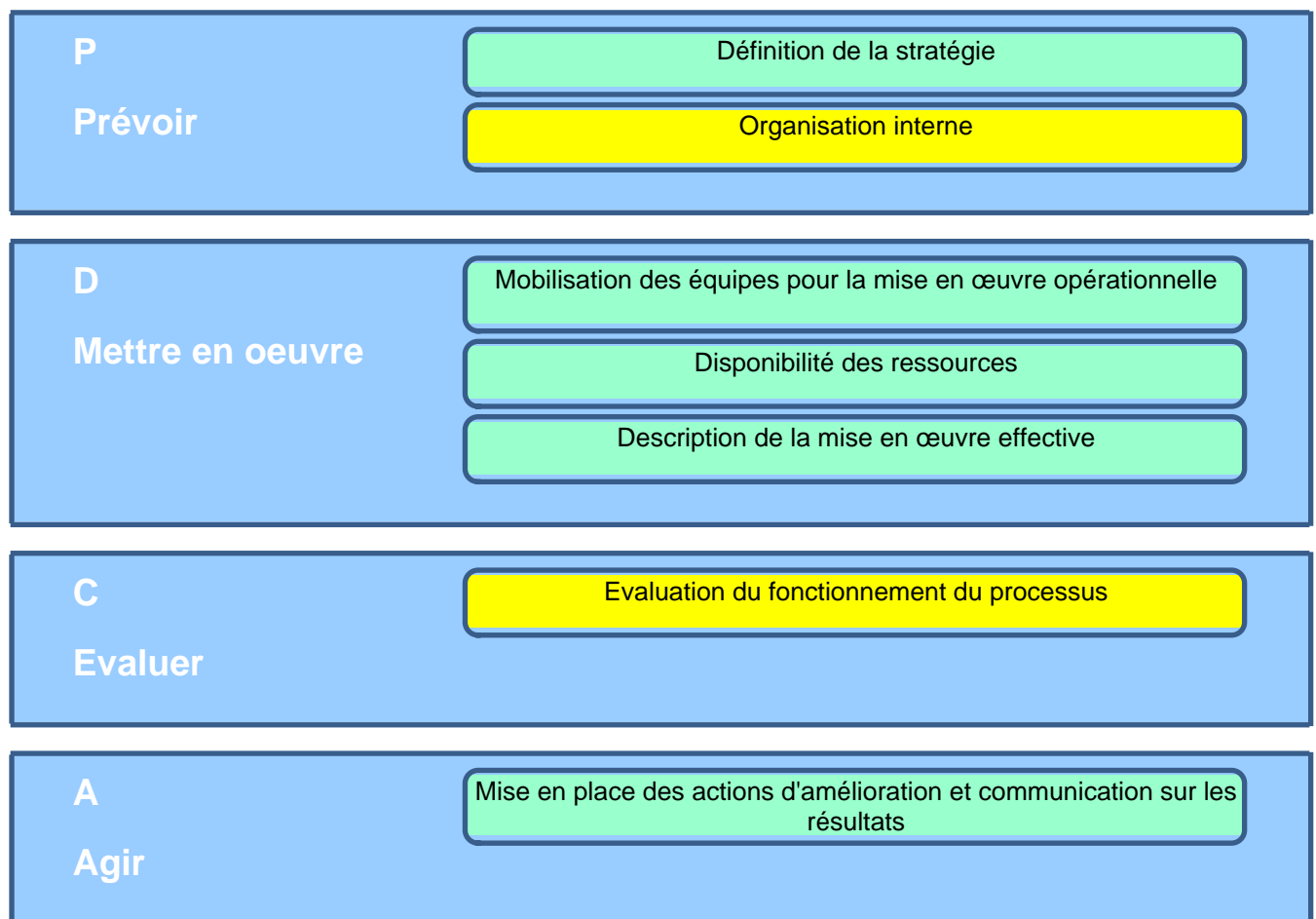
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que le service des urgences, partie prenante des réseaux d'urgences du territoire de santé, a défini une organisation qui garantit une réponse réactive et adaptée aux besoins de soins immédiats susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel. L'organisation doit intégrer la mise en place de filières adaptées à certaines pathologies ou populations et intégrer la formalisation de la contribution des différents services concernés à la prise en charge des urgences et à l'accueil des patients dans le cadre d'une hospitalisation.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet médical d'établissement confirme le rôle du service pour assurer la permanence des soins, la coopération avec les établissements sanitaires et médico-sociaux du territoire de santé et en particulier du CHU de Toulouse. Le service fait partie du réseau ORUMIP.

Le projet de service 2013-2017 définit comme axe prioritaire la démarche qualité et gestion des risques. Une charte du service est définie.

L'identification des risques pour la prise en charge des urgences et des soins non programmés a été réalisée à partir de plusieurs sources : un audit du processus de prise en charge des patients aux urgences avec une cartographie des risques réalisée, l'analyse des événements indésirables (EI), le résultat des enquêtes de satisfaction et un audit observatoire des urgences PACA.

Pour les risques majeurs, l'établissement s'est référé aux dispositions réglementaires (Ebola, plan blanc élargi). L'établissement dispose d'un service d'urgence adulte, les urgences obstétricales étant accueillies directement dans le service de la maternité à partir de 3 mois de grossesse.

Les objectifs d'amélioration sont définis dans le plan d'actions du compte qualité. Ils sont repris dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel. La participation des professionnels est effective. Les risques identifiés par l'établissement sont hiérarchisés selon la méthode de la haute autorité de santé (HAS). Les différents secteurs de prise en charge sont identifiés. Un pilotage institutionnel commun est défini.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus : le chef du service avec le cadre de soins. Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés. La fiche de poste du pilote de processus est formalisée.

Un programme d'actions centralise et priorise les plans d'actions à travers le compte qualité, les modalités de mise en œuvre sont établies. Les responsables, les échéances et les modalités de suivi sont finalisés. Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources matérielles, documentaires et humaines. Il existe ainsi pour ce service un plan de formation prévisionnel. La communication des professionnels est assurée. Le dossier patient est mixte informatique et papier. Le recours aux avis spécialisés est formalisé et connu. L'organisation de la prise en charge des urgences est connue par les acteurs de santé du territoire. Les différents secteurs de prise en charge sont identifiés : une salle d'accueil des urgences vitales, quatre boxes d'examen et une unité d'hospitalisation de courte durée de 5 lits.

Cependant, les circuits de prise en charge ne sont pas définis selon le degré d'urgence des patients. En effet, il n'y a pas d'IDE d'accueil et d'orientation ou de médecins disponibles en permanence à l'accueil permettant d'évaluer le degré d'urgence des patients se présentant dans l'établissement. Une formation sur l'organisation et l'accueil n'a en outre été dispensée qu'à 6 infirmières sur les 15 présentes du service.

Le système d'information permet la connaissance en temps réel de la disponibilité des lits en chirurgie et par appel téléphonique 3 fois par jour pour la médecine. Un projet de service post urgence gériatrique pour patient de plus de 75 ans est une des priorités du projet de service (19,3% de passage au-dessus de 75 ans). La gestion documentaire est informatisée. Les besoins en procédures ont été identifiés et formalisés avec la participation des professionnels. Un dispositif d'entretien et de maintenance préventive et curative des équipements est prévu, assuré par le biomédical de l'hôpital et en cas d'absence par un prestataire externe. Une permanence d'accès aux soins est opérationnelle. Les astreintes par spécialité (hors pharmaciens), sont effectives et connues de l'ensemble des professionnels.

Des conventions avec plusieurs établissements de santé sont signées pour la prise en charge de pathologies dont la spécialité n'existe pas dans l'établissement : CHU Purpan pour les urgences neurovasculaires, CHU Rangueil et clinique Pasteur pour les urgences cardiologiques, Clinique Ambroise Paré pour les urgences urologiques.

Le temps de passage total aux urgences est calculé par extraction du système d'information par le responsable du service informatique. Les résultats sont communiqués aux professionnels soit par affichage, soit lors de réunion de service.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins, le management du service des urgences a organisé la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels.

L'implication des équipes est forte, favorisée par le retour d'information et leur participation aux plans d'actions. Les professionnels participent aux audits à travers le parcours des urgences en particulier le

chemin clinique urgences chirurgicales

Les professionnels déclarent les événements indésirables par le biais du logiciel de déclaration, et une procédure dégradée existe en cas de panne. Les professionnels se sont approprié la démarche.

Il existe une offre spécifique pour la prise en charge des urgences non programmés directement dans les services d'hospitalisation ou de consultation validée par la commission des urgences et des soins non programmés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources et compétences sont disponibles 24/24. L'accès aux avis spécialisés est formalisé. Il existe également une garde de médecin anesthésiste réanimateur et de gynéco-obstétricien. Les chirurgiens (digestif, orthopédique), radiologues, cardiologues, pédiatres et internistes sont d'astreinte opérationnelle.

Le personnel a accès à une documentation validée et actualisée sur l'intranet accessible sur tous les postes de travail ou sur support papier. Un plan de formation prévisionnel est en place. Le dossier patient est mixte (informatisé et papier).

Les professionnels sont formés périodiquement à la gestion de l'arrêt cardiorespiratoire, l'hémovigilance et la sécurité incendie.

Les nouveaux arrivants sont formés et doublés pendant un à deux jours. Il existe un livret d'accueil spécifique du nouvel arrivant. Une session d'accueil est proposée tous les 6 mois pour les internes et les nouveaux assistants. Le plan blanc et le plan Ebola sont actualisés avec la participation des professionnels.

Le matériel est adapté aux besoins des professionnels, et l'accès à des examens biologiques et d'imagerie est possible 24/24 en collaboration avec les laboratoires de biologie et de radiologie qui sont contigus au service. Le rendu des résultats est informatique. Les locaux sont exigus avec toutefois une disposition adaptée au nombre et au type de patients. Un livret d'accueil est disponible pour les patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Il existe deux circuits de prise en charge : un circuit debout et un circuit couché. Pour le circuit couché, le patient est reçu par la secrétaire médicale qui assure l'enregistrement administratif, et dirige le patient après avis du médecin ou l'infirmière soit vers la consultation circuit court (traumatologie bénigne, consultation de Médecine générale sans bilan biologique), soit vers le circuit couché.

Pour le circuit couché, le patient est reçu par la secrétaire si l'infirmier ou le médecin sont occupés.

Pour les patients arrivant par ambulance ou pompiers régulés par le Samu, le service est prévenu de leur arrivée par l'intermédiaire d'un logiciel commun avec la régulation. L'information est affichée sur un écran dédié. Elle indique l'identité administrative, l'heure de prise en charge et le motif de consultation.

La traçabilité des prescriptions/administrations est assurée, l'évaluation de la douleur est tracée.

Une EPP sur la prise en charge de la douleur est toujours en cours (étape 4).

La prescription des examens biologiques et radiologiques se fait sur des bons, le retour de résultats se fait sur le réseau. La permanence des soins est assurée et connue par les professionnels, les tableaux de garde et d'astreinte sont affichés dans le poste de soin.

Les urgences mettent en œuvre les organisations en cas de crise sanitaire : plan blanc élargi mis à jour le 01/06/2016 dans le cadre de l'EURO 2016 et virus Ebola. Un exercice de simulation a été réalisé le 09/06/2016. Les procédures de signalement des événements indésirables sont connues par les professionnels. Le retour de l'analyse se fait sur le logiciel de déclaration.

Les interfaces entre les urgences et les autres services sont opérationnelles : connaissance de la disponibilité des lits en temps réel pour la chirurgie et téléphonique pour la médecine, l'accès au dossier patient est assuré 24/24.

La commission des urgences et des soins non programmés se réunit tous les 3 mois, un compte-rendu est disponible sur la gestion documentaire accessible à tous les professionnels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluation avec suivi des temps d'attente et de passage aux urgences, l'extraction est informatique quotidienne et mensuelle. Cependant, le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence n'est pas en place. Il a en effet été constaté l'absence d'indicateur d'évaluation des temps d'attente en fonction de la gravité des patients.

Les temps sont analysés tous les trois mois pendant les conseils des urgences. Ils sont communiqués aux professionnels. L'analyse et le recueil des événements indésirables sont organisés, le choix d'un événement indésirable étant analysé pendant le CREX du service avec la participation des professionnels. Le retour d'information se fait soit à travers le logiciel de déclaration des EI soit par affichage ou à travers le journal interne. L'établissement suit des indicateurs quantitatifs : le taux de patients de plus de 75 ans et le pourcentage de patients hospitalisés, reconvoqués ou non admis.

Un questionnaire de satisfaction est réalisé tous les trois mois avec suivi et évaluation en conseil du

service.

Un bilan annuel des actions d'amélioration est assuré par le conseil des urgences, toutes les actions inachevées ou n'ayant pas pu être réalisées sont reportées sur le plan d'action de l'année suivante.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration est mis en œuvre. Les actions qui découlent de la cartographie des risques et celles du CUSNP ? sont intégrées et articulées avec le PAQSS institutionnel. La communication est réalisée en interne à travers l'affichage et les réunions de service mensuelles et en externe aux usagers à travers le PAQSS lors des réunions de la CDU tous les 3 mois.

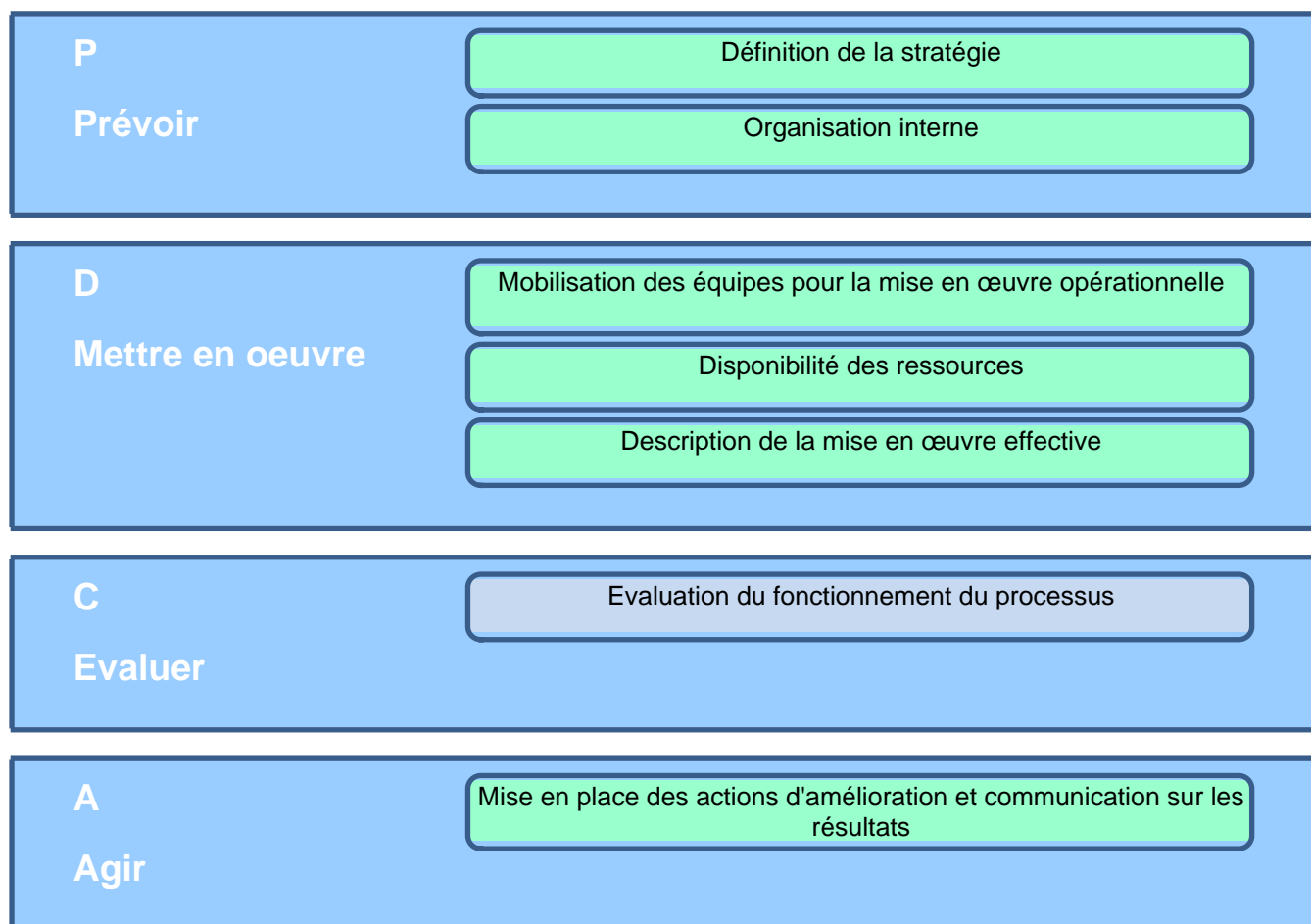
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques au bloc opératoire afin de garantir la sécurité des patients lors de la phase péri-opératoire. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité chirurgicale de l'hôpital Joseph Durcuing est pluridisciplinaire. Elle comprend des activités de chirurgie viscérale, orthopédique et de gynéco-obstétrique.

L'établissement dispose également d'une unité de chirurgie ambulatoire (UCA), intégrée au secteur de chirurgie avec une capacité d'accueil de 9 places pour laquelle l'autorisation d'activité a été renouvelée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARS) pour une durée de cinq ans. Une activité d'endoscopie est également réalisée. L'hôpital a défini une stratégie sur la base d'une identification des besoins à partir d'une analyse des risques a priori, des déclarations d'évènements indésirables, des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS), hôpital numérique (HN) et d'un benchmark réalisé en novembre 2015. Les résultats de l'audit ont permis de définir des axes prioritaires intégrés au programme d'actions qualité et sécurité des risques de l'établissement (PAQSS).

Les risques professionnels ont également été identifiés notamment par un auditeur externe (ergonome) fin 2015 et déclinés en plan d'actions par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

L'analyse des risques élaborée sous la forme d'une cartographie réactualisée en février 2016 et d'une définition des risques spécifiques à l'établissement a été réalisée avec les professionnels du bloc opératoire.

La stratégie comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement.

Les risques prioritaires identifiés sont intégrés au compte qualité et font l'objet d'un plan d'actions et d'un suivi par la cadre de santé du bloc opératoire en collaboration avec le responsable qualité et la Direction des soins.

Le plan d'actions a fait l'objet d'une présentation aux instances, au conseil de Bloc, à la commission de soins, au comité exécutif (COMEX) et à la commission médicale d'établissement (CME). Par ailleurs, les représentants des usagers sont informés au sein de la commission des usagers (CDU) des risques identifiés.

ORGANISATION INTERNE

La Directrice des soins, dont la mission est définie dans une fiche de mission, est en charge du pilotage du processus « organisation du bloc opératoire et de l'unité de chirurgie ambulatoire ». La cadre du bloc est en charge de l'organisation structurelle du bloc opératoire et de la régulation du programme au sein de celui-ci.

Le coordonnateur médical est l'interlocuteur du cadre du bloc pour tous les problèmes d'ordre médical.

La charte de fonctionnement de la chirurgie ambulatoire, réactualisée en mai 2013 et approuvée par la commission médicale d'établissement (CME), définit l'organisation générale de la structure ambulatoire et les conditions de désignation du médecin coordonnateur de la structure ainsi que ses missions.

La charte du bloc opératoire a été formalisée en février 2016. Elle définit les modalités de fonctionnement du bloc opératoire notamment en ce qui concerne les règles d'attributions des plages opératoires ainsi que les missions du coordonnateur médical et de la cadre du bloc opératoire.

Il existe un conseil de bloc qui se réunit 2 fois par an.

La gestion des interfaces est organisée avec les secteurs cliniques, médico-technique (laboratoire, pharmacie, stérilisation, imagerie etc.), et l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH).

La concertation entre professionnels et entre les services de chirurgie et de l'unité de chirurgie ambulatoire est organisée.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'hôpital s'assure de l'existence des ressources humaines en termes d'effectifs et de formation pour la plupart des professionnels. Ainsi, des fiches de postes définissant les rôles et missions des professionnels ont été réalisées.

Cependant, les ressources en compétences et en formation dans le secteur d'anesthésie ne sont pas toujours suffisantes au regard de l'activité et du programme opératoire. En salle de surveillance post interventionnelle, seule une infirmière sur quatre a suivi une formation sur la prise en charge des patients au réveil. Les autres, à l'instar des infirmiers de bloc opératoire, ont été formés par compagnonnage sans que leur formation soit formalisée. Le recours à l'intérim est fréquent pour compenser le manque d'effectif en infirmiers de bloc opératoire.

Les ressources matérielles sont organisées de façon adaptée aux besoins. En outre, le bloc opératoire dispose d'un logiciel de gestion informatisée du programme du bloc opératoire ainsi qu'un logiciel de gestion patient en per et pré opératoire d'anesthésie.

La maintenance préventive et curative de l'ensemble des dispositifs médicaux ainsi que les contrôles air, eau sont organisés et confiés à des prestataires externes.

Les procédures et protocoles réactualisés et validés sont mis à disposition des professionnels via le logiciel de gestion documentaire informatisé et sous forme papier dans des classeurs.

La cadre du Bloc ainsi que les médecins coordonnateurs de l'UCA et du bloc opératoire rendent compte à la Direction, à la CME, à la Directrice des soins et au responsable qualité et gestion des risques de l'avancée de la démarche du processus.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, la cadre du Bloc opératoire organise la déclinaison de la démarche en objectifs et plans d'actions. La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre est opérationnelle. Une cellule de programmation composée d'un médecin anesthésiste, des coordonnateurs médicaux, de la cadre du bloc et de celle de la chirurgie et l'UCA se réunit tous les jeudis afin d'établir le programme opératoire de la semaine suivante.

La régulation de l'activité au Bloc opératoire est assurée par la cadre du Bloc.

Les informations régulières et la concertation favorisent l'implication des équipes.

Les cadres du Bloc et de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues par les procédures et protocoles. Des actions correctives sont mises en place à partir des déclarations d'événements indésirables, des résultats d'indicateurs, des dysfonctionnements mis en évidence. Elles sont identifiées par les cadres et les coordonnateurs médicaux de l'UCA avec la participation des professionnels. Les résultats sont communiqués aux équipes.

A titre d'exemple, les résultats du benchmark et de l'audit externe du bloc et de l'UCA, ainsi que les indicateurs d'activité qui ont conduit à la mise en place d'actions d'amélioration, ont été transmis à l'équipe.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le bloc opératoire comprend un sas de transfert, 5 salles interventionnelles dont une salle d'endoscopie et une salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) qui comprend 7 postes équipés et opérationnels dont une réservée aux anesthésies locorégionales.

Les ressources en compétences d'infirmier, d'agents du service hospitalier (ASH) et de brancardiers et de médecin anesthésiste, d'infirmiers anesthésiste sont globalement adaptées au besoin.

Ces professionnels bénéficient de formations adaptées à leur emploi (radioprotection, hygiène des mains, IADE, douleur, gestes d'urgence, matériovigilance, chambres des erreurs...).

Les pratiques professionnelles s'appuient pour la plupart sur des procédures actualisées et validées. De nombreux protocoles ont été réactualisés en 2016. Néanmoins, en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI), et bien que des procédures et protocoles d'anesthésie aient été paramétrés dans le logiciel d'anesthésie, les infirmières extubent parfois les patients sans disposer de procédures et sans avoir bénéficié d'une formation formalisée. Aussi, un protocole d'extubation en SSPI a été remis au cours de la visite.

L'établissement a remis aux experts visiteurs un protocole d'extubation en SSPI rédigé le dernier jour de la visite.

Les locaux et le matériel sont adaptés aux besoins.

Un plan de maintenance préventive et curative est organisé avec le Service Biomédical, et des contrats de maintenance sont signés. La documentation est mise à disposition des professionnels via la gestion documentaire informatisée et sous forme papier. Elle est facilement accessible et connue de tous.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Des check lists permettant de sécuriser la prise en charge des patients sont utilisées par l'ensemble des professionnels (HAS, ouverture de la salle d'opération, du secteur d'anesthésie et la de la salle des surveillance post interventionnelle (SSPI), préparation du patient en chirurgie et chirurgie ambulatoire..).

La check list HAS est mise en œuvre conformément à la réglementation et intégrée dans le programme High'5 de l'OMS.

Les professionnels déclarent les événements indésirables et participent à la mise en œuvre des actions correctives.

Les circuits sont respectés et l'interface entre tous les secteurs cliniques, médico-techniques et logistiques est effective et facilitée par la proximité des lieux.

La participation à la cellule de programmation par tous les membres concernés est effective. Les protocoles sont connus des professionnels et mis en œuvre. Des réunions périodiques sont organisées et font l'objet de comptes-rendus. La traçabilité est assurée selon les règles de bonnes pratiques. La traçabilité des dispositifs médicaux implantables (DMI) est assurée sur une fiche papier prévue à cet effet.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le suivi de l'activité qui a débuté en 2015 est réalisé à l'aide d'indicateurs (taux de vacations offertes

(TVO), taux d'occupation des salles (TO), taux de débordement (TD) ...) et il est prévu qu'il fasse l'objet d'une évaluation périodique. Par ailleurs, des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) sont conduites. A titre d'exemple, une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été réalisée concernant le « zéro bijoux au bloc opératoire » en juin 2015. En outre, un benchmark du bloc et de l'activité ambulatoire a été réalisé fin 2015. Des revues morbi-mortalité (RMM) pluriprofessionnelles sont mises en place et un comité de retour d'expérience (CREX) se réunit mensuellement depuis le début de l'année 2016. Les indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) qui concernent ce secteur d'activité et en particulier l'indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICALISO) et le dossier d'anesthésie (DAN), sont suivis et montrent une bonne maîtrise des risques correspondant à ces indicateurs.

L'activité de l'unité de chirurgie ambulatoire fait également l'objet d'un suivi sur la base d'indicateurs.

Il est prévu un nouvel audit fin 2016 qui a pour objectif d'évaluer en particulier la conformité de la mise en œuvre de la check list HAS.

Enfin, l'établissement s'est engagé dans le programme High'5 coordonné par la Haute autorité de santé (HAS) afin d'évaluer la faisabilité et l'impact de solutions standardisées déployées au sein d'établissements volontaires.

A / AGIR

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

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

A titre d'exemple, des actions d'amélioration ont été mises en œuvre en termes de management et d'organisation du bloc opératoire au regard des résultats du benchmark réalisé en novembre 2015. Par ailleurs, l'attribution des plages opératoires a été réajustée au regard des résultats des indicateurs d'activité.

La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, auprès des professionnels ainsi que des usagers en réunion de la commission des usagers (CDU). Les résultats des indicateurs notamment des indicateurs nationaux sont affichés dans les secteurs opérationnels ainsi qu'à destination des usagers dans le hall d'accueil de l'établissement.

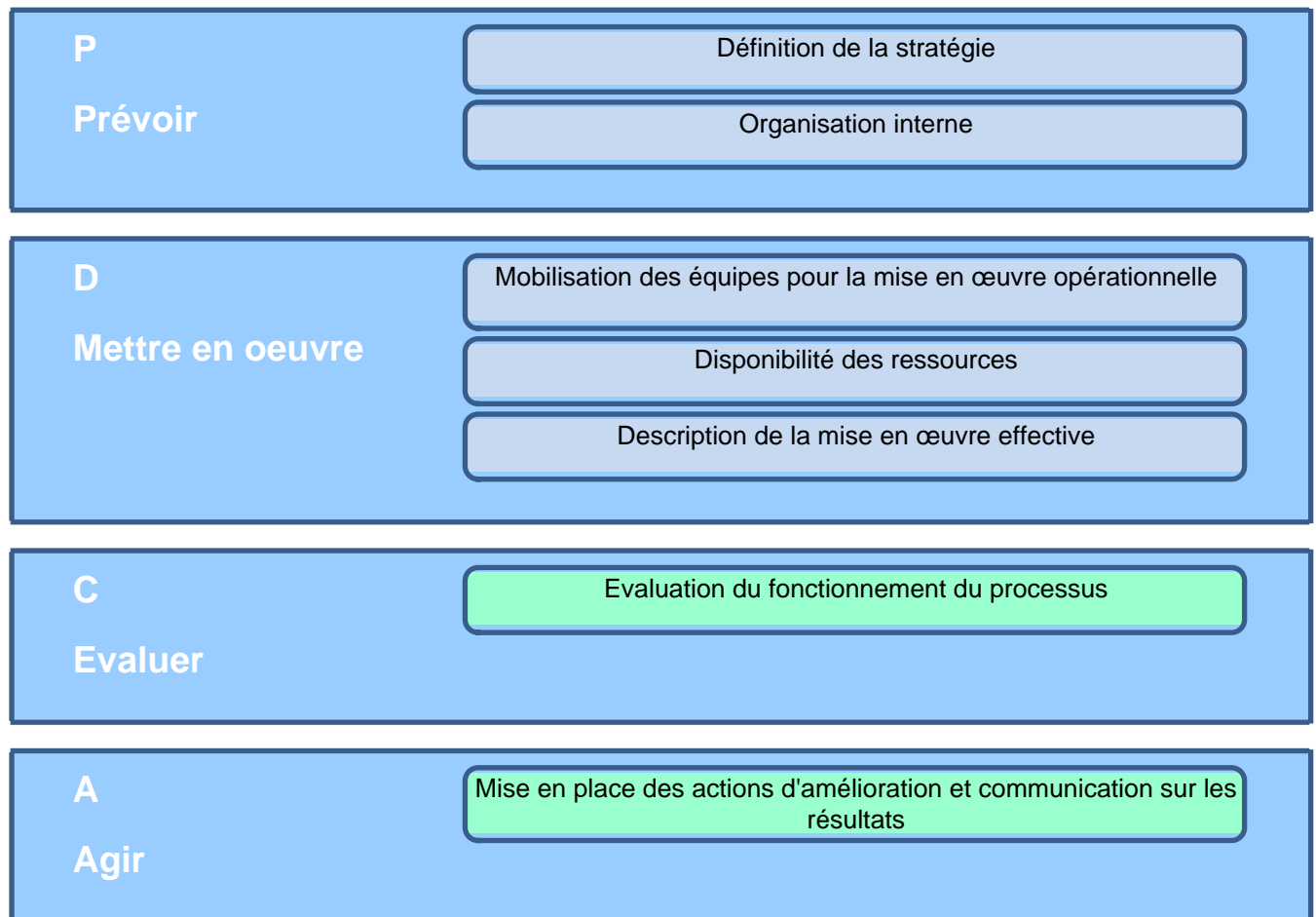
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité d'endoscopie de l'hôpital Joseph DUCUING concerne pour la majeure partie l'endoscopie digestive et en plus faible quantité l'hystérocopie. Elle est réalisée dans une salle dédiée du bloc opératoire.
L'établissement a défini une politique décrite dans le manuel qualité de l'établissement.
Il a défini une stratégie sur la base d'une identification des besoins à partir d'une analyse des risques a priori, des déclarations d'évènements indésirables, d'un benchmark réalisé en novembre 2015 au bloc opératoire incluant l'activité d'endoscopie. Les résultats de l'audit ont permis de définir des axes prioritaires intégrés au programme d'actions qualité et sécurité des risques de l'établissement (PAQSS).
Les risques professionnels ont également été identifiés notamment grâce à l'intervention d'un auditeur externe (ergonome), comme d'ailleurs pour l'ensemble des personnels du bloc opératoire. Les risques ont été déclinés en plan d'actions par le comité d'hygiène, sécurité et des conditions de travail (CHSCT).
L'analyse des risques spécifiques à l'endoscopie a été élaborée avec les professionnels de l'endoscopie sous la forme d'une cartographie finalisée en mars 2016. Les risques identifiés ont été intégrés au PAQSS et ceux priorités ont été intégrés dans le compte qualité.
Les risques prioritaires identifiés en particulier le risque ATNC (agent transmissible non conventionnel) pour ce qui concerne l'endoscopie sont intégrés au programme d'actions qualité et sécurité des soins dans le cadre de la prévention du risque infectieux et font l'objet d'un plan d'actions et d'un suivi par la cadre du bloc en collaboration avec la responsable qualité et la Direction des soins.
Le plan d'actions a fait l'objet d'une présentation aux instances (conseil de Bloc, comité exécutif (COMEX) et à la commission médicale d'établissement (CME). Par ailleurs, les représentants des usagers sont informés au sein de la commission des usagers (CDU) des risques identifiés.

ORGANISATION INTERNE

La Directrice des soins, dont la mission est définie dans une fiche de mission, est en charge du pilotage du processus « bloc opératoire et endoscopie ». La cadre du bloc est en charge de l'organisation structurelle du bloc opératoire incluant l'endoscopie et la régulation du programme au sein du Bloc.
Le coordonnateur médical est l'interlocuteur du cadre du bloc pour tous les problèmes d'ordre médical de l'activité d'endoscopie.
La charte de fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire qui accueille la plupart des patients ayant bénéficié d'une endoscopie a été réactualisée en mai 2013. Elle a été approuvée par la commission médicale d'établissement (CME). Elle définit l'organisation générale de la structure de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire et les conditions de désignation du médecin coordonnateur de la structure ainsi que ses missions.
La charte du bloc opératoire est récente. Elle a été formalisée en février 2016. Elle définit les modalités de fonctionnement du bloc opératoire et intègre l'activité d'endoscopie. Il existe un conseil de bloc qui traite également de l'activité d'endoscopie. Il se réunit 2 fois par an.
La gestion des interfaces est organisée avec les secteurs cliniques, et en particulier l'UCA, les secteurs biomédicaux, et l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH).
La concertation entre les professionnels et l'unité de chirurgie ambulatoire prenant en charge les patients ayant bénéficié d'une endoscopie est organisée.
Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines en termes d'effectifs et de formation pour les professionnels assurant l'activité d'endoscopie, en particulier en ce qui concerne la décontamination des endoscopes. Des fiches de postes définissant les rôles et missions des professionnels ont été réalisées.
Le local de désinfection et de traitement des endoscopes est situé au sein du bloc opératoire.
Les ressources matérielles sont organisées de façon adaptée aux besoins.
La maintenance préventive et curative du parc des endoscopes, des armoires de stockage et des cuves de traitement ainsi que les contrôles air, eau est organisée.
Les procédures et protocoles réactualisés sont mis à disposition des professionnels via le logiciel de gestion documentaire informatisé et sous forme d'affichage dans le secteur de décontamination des endoscopes.
La cadre du Bloc ainsi que les médecins coordonnateurs du bloc opératoire et de l'UCA rendent compte à la Direction, à la CME, à la Directrice des soins et à la responsable qualité et gestion des risques de l'avancée de la démarche du processus.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et des besoins, la cadre du Bloc opératoire et du secteur d'endoscopie organise la déclinaison de la démarche en objectifs et plans d'actions. La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre est opérationnelle. Les informations régulières et la concertation favorisent l'implication des équipes. Les cadres du bloc et de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues par les procédures et protocoles. Des actions correctives sont mises en place à partir des déclarations d'événements indésirables, des résultats d'indicateurs, des dysfonctionnements mis en évidence. Elles sont identifiées par les cadres avec la participation des professionnels. Les résultats en sont communiqués aux équipes. A titre d'exemple, un comité de retour d'expérience qui concerne l'endoscopie a été mis en place et à partir d'un risque identifié, les infirmiers de bloc opératoire assurant la désinfection des endoscopes en l'absence des personnels dédiés à cette activité ont été formés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont adaptées à l'activité d'endoscopie et conformes aux bonnes pratiques. Les personnels bénéficient de formations et de sensibilisation aux bonnes pratiques. Les procédures et fiches pratiques sont à disposition des personnels sous forme papier et via la gestion documentaire informatisée. Les endoscopes sont décontaminés puis désinfectés grâce à des bacs et des laveurs-désinfecteurs d'endoscopes avec une traçabilité électronique. Le test d'étanchéité est systématiquement pratiqué. Chaque endoscope est identifié et fait l'objet d'un suivi de maintenance tracé dans un carnet sanitaire informatisé. Les endoscopes sont stockés dans des armoires prévues à cet effet. Le local de décontamination et de traitement des endoscopes dispose d'un système de renouvellement d'air répondant aux exigences de la réglementation. Par ailleurs, les personnels qui assurent la désinfection disposent de matériels de protection adaptés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La cadre du bloc opératoire met en œuvre l'organisation prévue pour le fonctionnement et le management internes. Elle est responsable de la régulation de l'activité d'endoscopie au même titre que l'ensemble de l'activité du Bloc opératoire. Le patient est informé du bénéfice /risque, des consignes à suivre avant et après l'acte endoscopique. Son consentement éclairé est recueilli et signé. La check list HAS est mis en place et intégrée dans le programme High'5, elle concerne également l'activité d'anesthésie. La recherche du risque ATNC est tracée à toutes les étapes de la prise en charge du patient dans son dossier et intégrée au programme High'5. Les circuits sont respectés et l'interface entre tous les secteurs, UCA, médico-techniques, techniques et logistiques est effective et facilitée par la proximité des lieux. Les protocoles sont connus des professionnels et mis en œuvre. Des réunions périodiques sont organisées et font l'objet de comptes-rendus. La traçabilité est assurée selon les règles de bonnes pratiques.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un suivi du contrôle microbiologique des endoscopes, des bacs de traitement et des cuves de désinfection fait l'objet d'une analyse périodique transmise aux professionnels. Par ailleurs, des audits sur le traitement des endoscopes sont réalisés à périodicité définie depuis plusieurs années. L'activité d'endoscopie fait l'objet d'un suivi sur la base d'indicateurs d'activité. L'activité de l'unité de chirurgie ambulatoire qui accueille les patients bénéficiant d'une endoscopie digestive fait également l'objet d'un suivi sur la base d'indicateurs.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel et le compte qualité. Le recueil et l'analyse des événements indésirables font l'objet d'un retour d'expérience auprès des professionnels concernés, un comité de retour d'expérience qui concerne l'endoscopie a été mis en place début 2016. A partir d'un risque identifié, les infirmiers de bloc opératoire qui assurent la désinfection des endoscopes en l'absence des personnels dédiés à cette activité ont été formés. Les procédures de désinfection des endoscopes ont été réactualisées et un protocole de conduite à tenir en cas de perforation colique a été réalisé en juin 2016. La communication des résultats est réalisée, en interne

comme en externe, notamment auprès des professionnels ainsi que des usagers en réunion de commission des usagers (CDU). Par ailleurs les résultats des indicateurs et des prélèvements microbiologiques sont transmis à l'EOH via le carnet sanitaire des endoscopes.

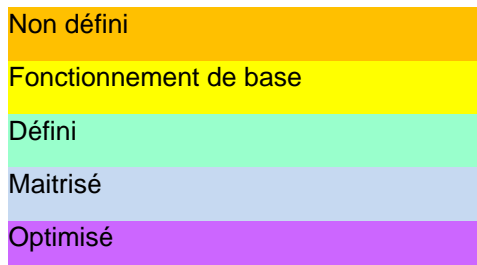
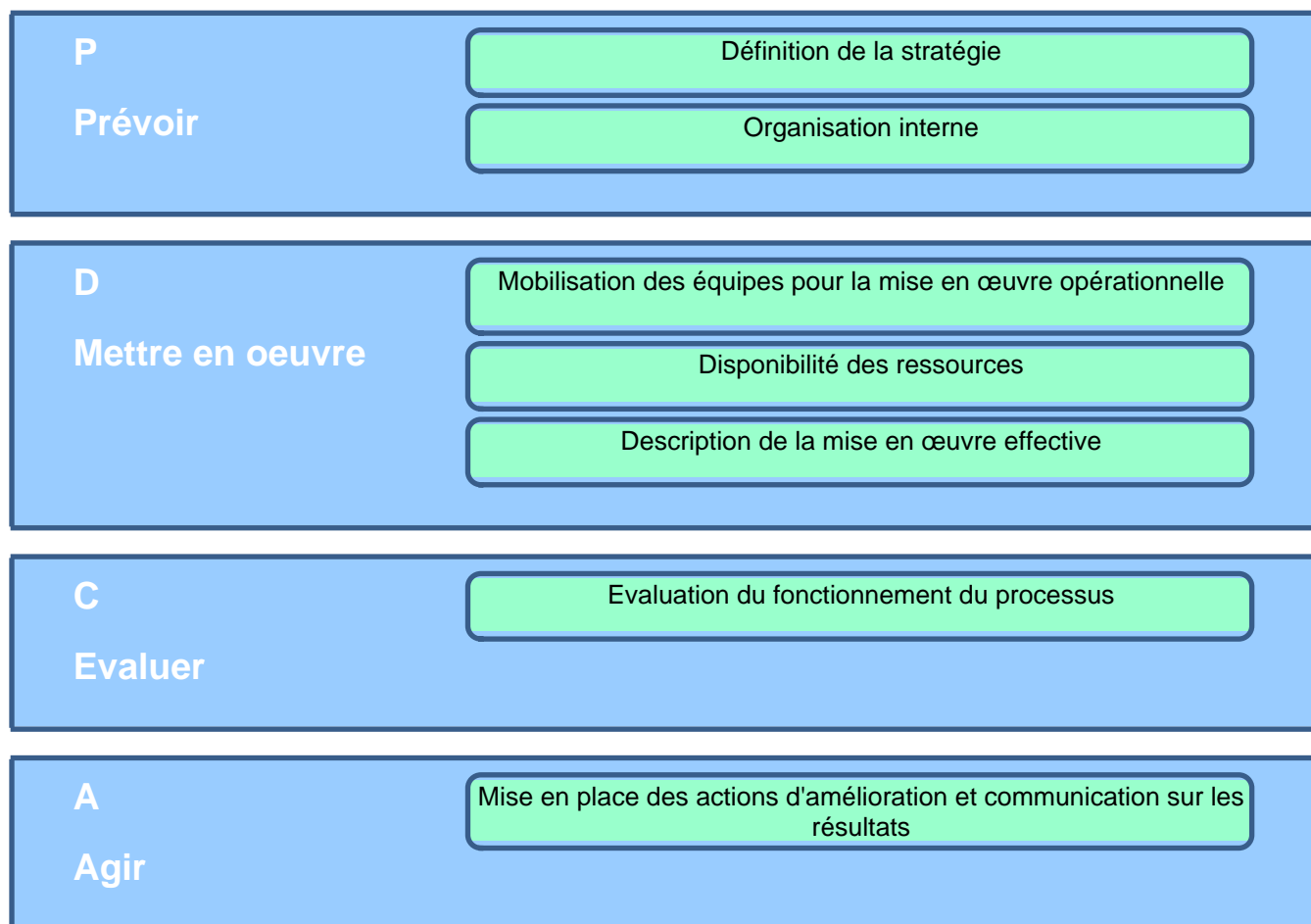
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'hôpital Joseph Ducuing dispose d'une maternité de type 1, avec une activité importante (plus de 2300 naissances en 2015). Il a fixé ses orientations stratégiques concernant le secteur obstétrical dans son projet d'établissement, validé par les instances de l'établissement.

Les orientations stratégiques prennent en compte le niveau de risque fœto-maternel. Les collaborations inter-établissements sont adaptées. Il existe ainsi une convention cadre signée entre le CHU de Toulouse et l'établissement en Mai 2004 pour le transfert des bébés vers la maternité de niveau 3 et deux autres pour les maternités niveau 2 avec la clinique Ambroise Paré (signée en mai 2002), et la clinique Sarrus Teinturiers signée en février 2002.

Il existe un lien important avec le réseau de périnatalité de Midi Pyrénées MATERMIP.

Le projet de service élaboré en 2013 a été validé par la CME et a été intégré au projet d'établissement. Un des axes du projet de service est l'évolution vers une unité de néonatalogie type UNM (Unité de Néonatalogie en Maternité) pour lequel un projet rédigé en 2015 a été présenté en COMEX (non présenté en CME).

Une politique qualité gestion des risques du processus a été élaborée sur la base d'une identification des besoins et une analyse des risques. Cette dernière a été menée par les pilotes et les référents du critère, composé d'une équipe pluri-professionnelle : deux cadres du service, un Gynécologue obstétricien, avec la participation du responsable qualité et de la Directrice des soins.

Les sources exploitées sont : la cartographie des risques sur le parcours salle de naissance, le résultat de la certification V2010, l'analyse des événements indésirables, les indicateurs QSS, les EPP et les RMM.

L'établissement utilise ces indicateurs pour définir sa politique et son programme d'actions y compris les modalités de communication. La cartographie des risques, réalisée selon la grille de l'HAS, a été déclinée dans un programme formalisé et priorisé. Certains risques sont intégrés au compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Les rôles et les responsabilités sont identifiés et validés par le COMEX (Comité Exécutif, ancien Comité qualité gestion des risques), en décembre 2015. Les cadres de santé de la maternité et du bloc maternité pilotent ce secteur, leur mission est formalisée.

Les interfaces permettent une articulation cohérente des missions et des compétences en regard des objectifs identifiés. Le service de maternité est composé de trois salles de pré travail, cinq salles d'accouchement, une salle de réanimation néonatale et de deux services de suite de couches avec une pouponnière, une salle dédiée aux césariennes au bloc opératoire gérée par une charte spécifique validée par la CME. Il existe 7 places de SSPI au bloc opératoire ouvertes du lundi au jeudi de 07h30 à 21h et du vendredi au dimanche de 07h30 à 20h.

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines (effectifs, compétences, formations...), matérielles (locaux, équipements, maintenance..) et documentaires (procédures, protocoles, gestion documentaire...) nécessaires. Ainsi, un plan de formation a été validé en 2016. Un projet architectural, devant l'augmentation des accouchements, est en cours d'étude. Il existe un dispositif structuré de gestion documentaire mixte.

La présence d'un anesthésiste et un gynécologue de garde et d'un pédiatre d'astreinte est assurée. L'IADE d'astreinte gère la SSPI le samedi et dimanche de 07h30 à 20h, le reste du temps, l'anesthésiste de garde assure la surveillance.

Cependant, lors de la visite, les dispositions prises pour assurer la sécurité de la prise en charge des parturientes n'étaient pas systématiquement assurées. En effet, en cas de césarienne en urgence la nuit, la surveillance en post opératoire, du fait d'absence d'astreinte d'IADE, est assurée par la sage-femme en salle. Au cours de la visite, l'établissement a formalisé une note de service précisant que la prise en charge post opératoire des patientes césarisées en urgence la nuit serait dorénavant assurée en unité de soins continus

Les sages-femmes s'occupent de la surveillance de la salle du pré-travail, des accouchements et des unités d'hospitalisation avec les puéricultrices, les aides puéricultrices et les aides-soignantes.

La procédure d'appel en cas d'urgence maternelle et pédiatrique est formalisée. Une procédure concernant les césariennes avec un arbre décisionnel permettant de déterminer le degré d'urgence de la césarienne avec des codes couleurs est formalisée.

Cette démarche fait l'objet d'une communication interne et d'échanges au sein de l'équipe à travers le staff de gynécologie du lundi, par mails et par affichage dans le service.

La programmation des césariennes est proposée par les gynéco-obstétriciens à travers le logiciel de programmation. Elle est validée par la coordinatrice du bloc opératoire tous les jeudis pour la semaine suivante. La continuité obstétricale, anesthésique, chirurgicale et pédiatrique est assurée. Les collaborations sont organisées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Au regard des besoins identifiés par la cartographie des risques, les pilotes de la démarche organisent des points d'information lors des staffs du lundi pour la déclinaison de la démarche qualité en plans d'actions opérationnels avec participation des professionnels (audits, EI, RMM).

Des actions correctrices sont mises en place et les résultats sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs sont globalement adaptés à l'activité. Ainsi, 9 postes de gynéco-obstétricien sont à l'effectif, 24 postes de sages-femmes et deux cadres sages-femmes.

L'effectif est réparti comme suit :

- Une sage-femme par unités de suites de couche 24/24 et 7j/7, deux sages-femmes au bloc obstétrical 24/24 et 7j/7, une sage-femme pour la consultation urgence et suivi de grossesse de 8h à 20h du lundi au vendredi et de 8h à 18h le week-end et jours fériés et une sage-femme la nuit pour les urgences et le bloc césarienne 7j/7,
- Une puéricultrice commune aux deux services de suites de couche 24/24 et 7j/7 principalement dédiée à l'unité Kangourou,
- Une auxiliaire de puériculture par suites de couches 24/24 et 7j/7, une autre pour le bloc obstétrical en journée et deux la nuit, une auxiliaire de puériculture en 11h pour les dépistages auditifs, l'éducation à la parentalité et un renfort des équipes,
- Une aide-soignante en journée pour le bloc obstétrical,
- Un agent de service hospitalier en journée pour le bloc obstétrical.

Le maintien des compétences est assuré. Ainsi, plusieurs sages-femmes ont été formés à l'allaitement maternel et la bientraitance, un DUI de sexologie a été suivi par une sage-femme, une formation interne sur l'hémovigilance et la réanimation pédiatrique sur mannequin basse fidélité est assurée. Les procédures sont mises à jour.

La démarche qualité est documentée et actualisée à travers le compte qualité, les protocoles sont actualisés et disponibles, consultables sur la base documentaire informatique et aussi sous format papier dans des classeurs stockés dans les postes de soin.

Une procédure pour la prise en charge des césariennes en urgence est validée et connue par l'ensemble des professionnels.

Un livret d'accueil est proposé aux nouveaux professionnels (tuilage de 48h00). L'évaluation se fait au bout de 8 jours.

La maintenance à la fois curative et préventive des dispositifs médicaux est réalisée et tracée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La réalisation des activités est conforme aux instructions, la traçabilité est effective sur papier et informatique.

L'ensemble de la prise en charge de la patiente est tracé dans le dossier patient. La programmation des césariennes est proposée par les Gynéco-obstétriciens à travers le logiciel de programmation mais validée par la coordinatrice du bloc opératoire tous les jeudis pour la semaine suivante.

Les plannings de présence des personnels du secteur Maternité et bloc maternité correspondent à l'organisation décrite dans le règlement intérieur.

La procédure de déclaration des événements indésirables est connue par les professionnels, la déclaration s'effectue grâce à un dispositif informatisé. L'analyse est réalisée avec le professionnel en fonction de la gravité, et un retour est assuré à travers le logiciel de déclaration.

Il existe des points d'information lors des staffs du lundi, un staff prolongé pluriprofessionnel tous les trois mois est réservée à la mise à jour des procédures et à des formations internes (diabète gestationnel, retard de croissance...).

Les locaux, au vu de l'activité, sont exigus. Des mesures correctrices sont toutefois envisagées.

L'interface avec le bloc opératoire, le service de biologie et la radiologie est effective.

Les examens de biologie sont prescrits sur un bon papier et la récupération des résultats se fait via le système d'information.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions sont assurées par les pilotes lors de réunions du COMEX. Un rapport annuel est transmis aux instances. Une EPP avec audit continu des HPP est réalisée depuis 2008, et plusieurs audits pluri professionnels ont été réalisés en 2015 : Autogestion médicamenteuse, procédure chariot d'urgence. Un audit hygiène zéro bijou a été également réalisé en mai 2016. Une évaluation du dispositif programme de retour à domicile (PRADO), a été faite en

collaboration avec l'assurance maladie le 10/09/2015.

Plusieurs RMM sont réalisés dans le service, à raison de 3 par an, avec participation multi professionnelle (diabète et grossesse, HPP, thrombophlébite et grossesse, mort fœtale, embolie amniotique).

Une action a été mise en œuvre pour améliorer l'indicateur SURMIN, avec la mise en place d'une meilleure traçabilité.

Les résultats fournis pendant la visite suite à un audit récent montrent une nette amélioration.

De nombreux indicateurs sont suivis : satisfaction des patients, taux d'allaitement maternel, de transfert des bébés en réanimation néonatalogie, de césarienne programmées et en urgences, le délai moyen de séjour.

Une analyse pluriprofessionnelle d'un EIG a été réalisée en septembre 2015, avec la participation de la directrice qualité. Un plan d'actions s'en est suivi.

A / AGIR

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

L'analyse du résultat des indicateurs sert à définir les plans d'actions et permet d'ajuster les objectifs d'amélioration.

Le suivi des actions d'amélioration permet de réajuster le niveau de maîtrise des risques. Les actions non réalisées sont reportées l'année suivante.

Des actions d'améliorations mises en place à la suite de l'analyse de l'EIG : achat d'un Bladderscan avec la mise en place d'une feuille de surveillance.

Des actions d'amélioration suite aux RMM sont en place : protocole de prévention du risque thromboembolique, consultation de diabétologie deux fois par semaine.

La communication des résultats se fait en interne par le staff de gynécologie, le mailing et l'affichage dans le service, aux usagers à travers le PAQSS lors des réunions de la CRU tous les 3 mois.