



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION HÔPITAL SAINT JOSEPH

**26 boulevard de louvain
13285 Marseille
NOVEMBRE 2019**

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	18
DROITS DES PATIENTS	23
PARCOURS DU PATIENT	28
DOSSIER PATIENT	35
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	40
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	46
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	51
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	56
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	62
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	66
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	72

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 : - 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 : - <u>Point sensible</u> : - 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> : - 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> : - 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 SAINT JOSEPH	
Adresse	26 boulevard de louvain 13285 Marseille
Département / région	BOUCHES-DU-RHONE / PACA
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	130014228	ASSOCIATION HOPITAL SAINT JOSEPH	26 boulevard de louvain 13008 Marseille 8 Eme
Etablissement de santé	130785652	HOPITAL SAINT JOSEPH	26 boulevard de louvain 13285 Marseille

Activités					
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/	/	/
MCO	Chirurgie	195	/	71	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	85	/	/	/
MCO	Médecine	411	22	/	15413

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	Laboratoire de Biologie Médicale et Biologie de la Reproduction Examens de Biologie Médicale Délocalisé - COFRAC Centre d'Assistance Médicale à la Procréation (Centre Sainte Colette) – ISO 9001 - Audit initial - février 2018 Restauration, ISO 22000 - Juin 2011 – Juin 2019
---	--

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Accord cadre et 9 conventions spécifiques, AP-HM Adhésion association ONCO Paca Périnatalité Méditerranée
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 (A).

2. Avis prononcés sur les thématiques

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 encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

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 imagerie interventionnelle
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
FONCTIONS SUPPORTS
Gestion des équipements et produits au domicile du patient

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	Médecine	à définir	Programmée	Simple	MCO
2	Adulte	Chirurgie	à définir	Urgences	Simple	MCO
3	Adulte	Chirurgie Ambulatoire	à définir	Programmée	Complexe	MCO
4	Parturiente	Obstétrique	à définir	Urgences	Complexe	MCO
5	Adulte	HAD	à définir	Programmée	Simple	HAD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

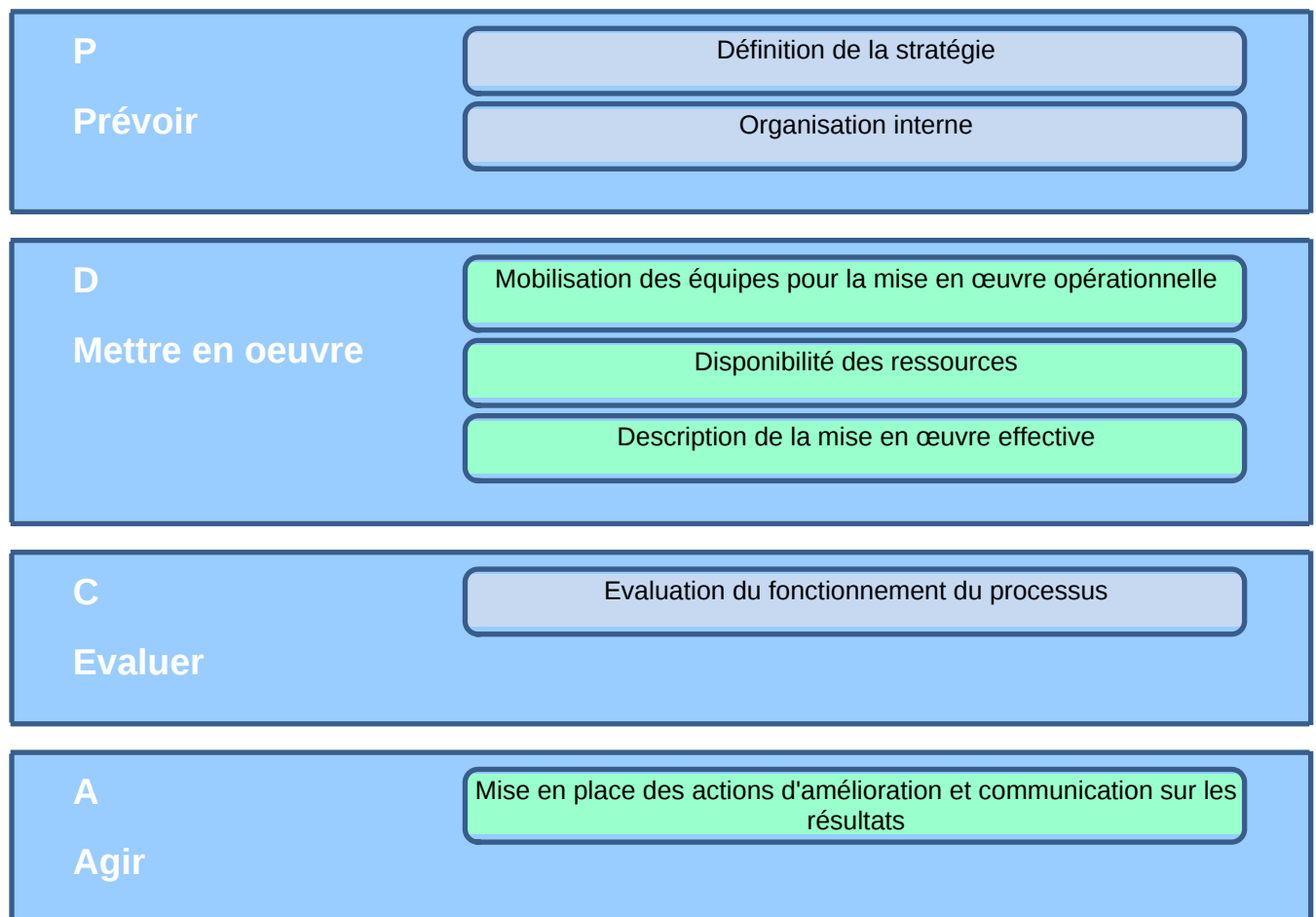
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'hôpital Saint Joseph de Marseille est un établissement privé à but non lucratif, mono-site, assurant des soins relevant du MCO (hospitalisation complète, de jour et HAD).

Un service d'urgence adultes et pédiatrique accueille les patients 24h/24 et 7 jours/7.

Suite à l'obtention d'une certification V2014 classée B en 2016, l'hôpital Saint Joseph est engagé dans une seconde certification V2014 en juin 2019, date de la présente visite de certification menée par les experts visiteurs.

L'hôpital Saint Joseph a défini une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Cette politique s'appuie notamment sur une charte des valeurs (2009) et sur un projet stratégique 2017-2019 validé par les instances. Ce projet est décliné en 6 axes prioritaires :

- Restructurer la gouvernance qualité/gestion des risques/sécurité des soins
- Mobiliser les professionnels de santé autour des démarches qualité/sécurité (Décloisonnement corps médical/soignants).
- Déployer un plan de formation intégrant des moyens pédagogiques innovants.
- Répondre aux exigences de l'HAS à travers la mise en œuvre et le déploiement de la fonction pilote de processus.
- Développer une politique de communication autour des démarches qualité/sécurité des soins.
- Conforter l'image de l'établissement : certification, ISO, labellisation, scores IPAQSS.

La politique qualité a été actualisée fin 2018, validée en réunion de CME et comité qualité, sécurité des soins et développement durable et diffusée début 2019. Elle comporte 4 objectifs :

- La prévention de l'apparition des risques
- La diffusion de la culture sécurité des soins
- Un parcours patient optimisé.
- Des démarches d'amélioration volontaire

Les représentants d'usagers ont validé ces orientations.

Cette politique Qualité tient compte du bilan des analyses internes, des objectifs engagés dans le contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM), des différentes inspections et audits externes.

L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins (document d'engagement de la direction sur la politique qualité signé en février 2019 par la Directrice et le Président de la CME). L'établissement s'est mobilisé pour élaborer le compte qualité : les pilotes des thématiques ont traité les processus relevant de la mission de l'hôpital. Pour identifier les risques, ils ont utilisé les indicateurs nationaux et locaux (EI, visite de conformité-patients traceurs, cartographies etc...). Les risques identifiés ont été hiérarchisés dans toutes les thématiques.

Le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) reprend les risques identifiés dans le compte qualité et dans la précédente certification (1 recommandation non levée). Il contient les plans d'actions déclinés selon la méthodologie préconisée (objectifs, actions d'amélioration proposées, responsable(s) de l'action, échéance et modalités de suivi de l'action).

Dans le compte Qualité, pour cette thématique, l'établissement a retenu 5 plans d'action (3 sont réalisés et 2 sont en cours).

L'articulation Compte Qualité et Plan d'actions d'amélioration qualité et gestion des risques (PAQSS) est réalisée : l'origine des actions d'amélioration est indiquée dans le PAQSS.

L'établissement est aussi engagé dans une démarche de certification (ISO 22000 « sécurité des aliments », ISO 9001 « norme internationale de système de management », ISO 50001 « management de l'énergie », COFRAC) et de labellisation (IHAB en cours).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus et assurer une coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques. Le pilotage de la démarche qualité et de la gestion des risques est assuré par différentes instances.

Le Comité Qualité, Sécurité des Soins et Développement Durable (en lien avec la CME) est composé de membres de la direction dont la direction qualité, de représentants de médecins, du coordonnateur des risques associés aux soins, du médecin responsable du DIM, du pharmacien chef de service, de cadres de santé.

Ce comité de pilotage valide la politique qualité d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, valide et assure le suivi du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) et des comptes qualité, assure le suivi des événements indésirables, des EPP, des évaluations et audits.

La Direction Qualité, Gestion des Risques et des Relations avec les Usagers assure la coordination opérationnelle et la cohérence stratégique de la démarche, elle contribue à sa mise en œuvre et son animation.

Le Comité de Direction (15 membres) est l'instance gestionnaire du projet qualité ; il assure des points qualité régulièrement.

Les pilotes de processus, désignés par la direction générale dans le cadre de la certification HAS, assurent le pilotage des thématiques de l'établissement. Ils ont procédé à l'analyse des processus, pour définir les risques et les cotations selon les grilles HAS, construire et mettre en œuvre le plan d'actions en lien avec le responsable qualité référent de la thématique. Les rôles et responsabilités des pilotes et des professionnels sont identifiés et formalisés par des fiches de poste ou de mission : une procédure pour décrire les modalités de pilotage a été élaborée.

Des binômes qualité (médecin et cadre de santé désigné par le chef de service) sont chargés du déploiement de la démarche qualité au sein des unités de soins :

La CDU assure ses missions réglementaires quant au respect des droits des usagers et contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

Les fonctions de RSMQPECM sont assurées par la directrice de la qualité ; celles de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins sont assurées par un médecin anesthésiste (10% de son temps). Un médecin pneumologue, également médiateur médical, assure le lien entre la direction qualité et la CME. Chacun dispose d'un profil de poste ou d'une fiche de mission.

L'établissement utilise plusieurs méthodes d'analyse des pratiques professionnelles de type REX, RMM, RCP, EPP. S'agissant des « patients traceurs », il pratique un audit de vérification de conformité inspirée de la grille patient traceur de la Haute Autorité de Santé qu'il dénomme « Visite conformité-Patient traceur ».

La veille réglementaire est assurée par la chargée des affaires juridiques et les responsables des différents secteurs d'activité.

Les situations de crise font l'objet de plusieurs procédures actualisées : plan blanc avec ses annexes NRBC, hôpital en tension (version 3 en mai 2019), gestion de crise (version 2 en mai 2019).

L'établissement a mis en place une démarche d'évaluation des risques a priori appropriée, opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement (cartographies des risques).

Un dispositif de gestion des événements indésirables est opérationnel : il permet une analyse des causes notamment profondes, en associant les acteurs concernés. La charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables a été mise à jour et diffusée en janvier 2019. La direction qualité réoriente les fiches d'événements indésirables vers les personnes ressources pour traitement de celles-ci. Ces dernières procèdent si nécessaire à une analyse des causes profondes et proposent des actions d'amélioration. En cas EIG, la Commission d'Enquête et d'Analyse est saisie.

Un dispositif d'analyse et d'exploitation des plaintes et réclamations est en place.

La gestion documentaire est organisée : elle comprend de nombreuses procédures, guides d'utilisation et formulaires.

Des plans de formation sont élaborés annuellement pour répondre à la gestion des compétences et aux objectifs et besoins en ressources humaines.

Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est organisé : l'établissement dispose d'un dépôt de sang. Le CSTH est en place.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité : les personnels du service qualité apportent leur soutien méthodologique dans les différentes instances Qualité et dans la mise en œuvre des méthodes d'évaluation (Analyse des EI, RMM, REX, visites de conformité...). Les relations avec la CDU et les représentants des usagers sont organisées : un chargé de relations avec les usagers fait partie de la direction de la qualité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels sont mobilisés sur le thème de la qualité et gestion des risques par le biais des instances (les thèmes relevant de la qualité sont régulièrement inscrits à l'ordre du jour de la CME, les projets et suivi des actions sont présentés au Conseil de surveillance) et par la direction qualité (appui méthodologique auprès des professionnels et des instances).

La déclinaison du PAQSS et du compte Qualité est faite au niveau des services, notamment sous l'impulsion du binôme qualité, assisté par qualicien référent du service). Deux types de référents sont en place dans la majorité des services : il s'agit du référent dossier patient informatisé et de l'agent de convivialité, référent des droits des patients.

Les professionnels sont régulièrement sensibilisés sur les objectifs qualité et gestion des risques institutionnels ou du secteur d'activité par l'encadrement et les médecins du secteur d'activité et par leur participation aux REX, aux audits et au QUIZZ qualité et sécurité des soins.

Les secteurs d'activité utilisent une ou plusieurs méthodes d'analyses de pratiques professionnelles (déclaration des EI, cartographies des risques, audits institutionnels ou internes au service). L'encadrement soignant s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes). Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin et mises en œuvre avec l'accompagnement du

cadre des services et des professionnels du service qualité. Ces actions correctives sont identifiées par les membres participant aux différentes analyses (RMM, REX) ou par le cadre du service.
S'agissant de la gestion des plaintes et réclamations, les professionnels sont sollicités pour apporter des éléments de réponse au service qui gère les relations avec les usagers. Les professionnels et la CDU sont informés des courriers transmis aux plaignants.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les secteurs d'activité disposent des effectifs compétents leur permettant de mettre en œuvre leurs objectifs « qualité ». Dans les secteurs d'activité, on retrouve les binômes qualité et des référents pour le dossier patient informatisé.

Les formations suivies par les professionnels concernent, notamment, les méthodes d'analyses des causes profondes en cas d'EI, la bientraitance, la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, la chambre des erreurs, la sécurité transfusionnelle.

Des informations sont données en interne par les personnels du service qualité comme par exemple rappel des méthodes à chaque début REX ou de RMM, sur la déclaration des EI et la gestion documentaire (rappel des règles de fonctionnement du logiciel de gestion des EI).

Les pilotes des thématiques sont réunis en séminaire deux fois par an et dispose d'un espace collaboratif dédié.

Les nouveaux arrivants sont sensibilisés à la démarche qualité lors de la journée d'accueil, à l'arrivée dans les secteurs d'activité et par la lecture du livret d'accueil du personnel ou celui des stagiaires.

Les médecins et le cadre du dépôt de sang assurent la formation des nouveaux embauchés, la formation des sages-femmes et infirmier(e)s dans un cycle de 3 ans et la formation des élèves- infirmier(e)s de 3ème année. Une sensibilisation des médecins est assurée en CME par le médecin responsable du dépôt de sang.

Les membres de la direction qualité (direction/ chefs de projet) possèdent des qualifications en matière de gestion de la qualité et des risques (Master).

L'établissement met à disposition des professionnels des ordinateurs pour faire les déclarations d'évènements indésirables.

La gestion documentaire accessible sur intranet (procédures et protocoles) est connue des professionnels. Un guide pratique sur la sécurité des soins a été diffusé largement (tous les professionnels rencontrés le connaissent ou l'ont sur eux) et a fait l'objet d'une présentation en amphithéâtre au cours de plusieurs sessions rassemblant in fine une très large majorité du personnel de jour comme de nuit.

Un espace collaboratif de la Direction qualité est accessible à tous les personnels : il permet la mise à disposition de tous les éléments utiles concernant la démarche qualité. Cet espace est connu des professionnels.

Des ressources matérielles conformes et adaptés sont mis à leur disposition (matériel informatique). Pour les situations exceptionnelles de type risque NRBC, des douches de désinfection sont installées. Le dépôt de sang, ouvert 24h/24 et 7jours/7, dispose des ressources nécessaires à son fonctionnement : des personnels médicaux et non médicaux qui sont régulièrement formés avec une habilitation annuelle de l'EFS, des matériels pour conserver les poches et plasma qui sont suivis quotidiennement et vérifiés annuellement (armoires réfrigérées, décongélateurs, conservateurs...).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les structures qualité et les pilotes des thématiques de l'établissement se sont mobilisés dans l'élaboration du compte qualité. Les pilotes ou les instances concernées par les thématiques ont retravaillé leur compte qualité : leur travail (analyse et hiérarchisation des risques, proposition de plan d'actions d'amélioration) a été relu par le service qualité et validé par le COPIL certification et les instances décisionnaires.

Une démarche d'évaluation des risques a priori a été menée sur l'établissement permettant l'élaboration de cartographies des risques liés à la prise en charge du patient.

Les professionnels participent aux actions de communication et d'informations régulières.

Les procédures relatives à la transfusion et à la sécurisation du processus transfusionnels sont mises en œuvre. Le risque transfusionnel est pris en compte : il existe un dépôt de sang dans l'établissement (7300 poches de sang/an, 1500 déterminations/an). Le personnel infirmier est formé régulièrement (formation avec validation). Le CSTH est réuni une fois par an en présence des médecins de l'EFS et de l'ARS : un médecin anesthésiste est correspondant de l'hémovigilance.

Le PAQSS est mis à jour par les pilotes de chaque thématique et le service qualité : les instances institutionnelles (CQSSDD, CME, Direction) valident les mises à jour. Celles-ci sont diffusées aux professionnels par le biais du logiciel de gestion documentaire. Le bilan annuel du PAQSS est aussi diffusé par ce même canal d'information.

La veille réglementaire est assurée par la cellule qualité qui dispose de plusieurs abonnements ou accès à des sites d'information professionnels. Les référents vigilants sont nommés : un bilan annuel des vigilances est réalisé.

A ce jour, 42 médecins sont accrédités.

L'établissement utilise les différentes démarches d'analyse des pratiques professionnelles proposées par la Haute Autorité de Santé (audit clinique, audit de pratique, RMM, REX, RCP, suivi d'indicateurs, etc ...).

La direction qualité assure une aide méthodologique et la CME assure la coordination des EPP.

En 2018, 77 EPP ont été réalisées, 29 RMM ont été menés, 1942 événements indésirables (EI, EIG, erreurs médicamenteuses) ont été déclarés. La gestion des FEI est assurée par la direction qualité, les responsables des thématiques et le Comité d'Enquête et d'Analyse (le CEA traite les EIG). Les EI ont répertoriés par item, par service et par qualité du déclarant.

Les actions correctives simples sont menées par les responsables des thématiques, les actions plus complexes font l'objet d'une présentation en CREX ou RMM ou RCP. Ces instances utilisent avec le soutien du service qualité différentes méthodes d'analyses des causes profondes.

La direction et la CME sont régulièrement informées des EI survenus et de leur traitement. Il en est de même pour les professionnels (suivi personnalisé de leur déclaration d'EI sur le logiciel de gestion des EI et retour collectif dans les services).

Par ailleurs, l'établissement a dénombré 384 (*) plaintes et réclamations en 2017 (**) l'établissement adopte une définition large des plaintes et réclamations, avec inclusion des remarques les plus critiques des questionnaires de sortie).

Des médiations ont lieu : 5 médiations en 2017 auxquelles les représentants des usagers ont participé.

Les professionnels rencontrés connaissent non seulement les dispositifs de signalement (EI, vigilances) et d'accès aux ressources documentaires (intranet, GED, affiches, publications internes), mais aussi les différents documents qualité (Compte Qualité, PAQSS, cartographies, outils de communication qualité...).

Pour tester l'efficacité des plans de crise (régionalement ou localement), des exercices sont organisés régulièrement (rappel des personnels, exercices réels en 2016 et 2017).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la satisfaction des usagers est faite par un questionnaire de satisfaction institutionnel (questionnaire de sortie), par des questionnaires de satisfaction propres à certaines activités et par l'enquête e-satis. La CDU en est informée.

Les indicateurs nationaux font l'objet d'un suivi et d'une analyse.

Le processus est évalué périodiquement par des audits (dossier patient, parcours médicament), des QUIZ qualité et sécurité des soins, des visites de conformité-patient traceur dans les services.

L'établissement assure d'autres évaluations qualité et sécurité des soins du fait de son engagement dans plusieurs démarches de certification (ISO 22000 « sécurité des aliments », ISO 9001 « norme internationale de système de management », ISO 50001 « management de l'énergie », COFRAC) et de labellisation (IHAB en cours).

L'établissement procède à des bilans annuels d'activité (CLIN, CDU, CLUD, vigilances, CSTH) et à des suivis (tableau de bord des EPP, tableau de suivi des EI) : des actions d'améliorations sont programmées en cas de nécessité.

Un bilan du PAQSS 2016-2018 (objectifs /réalisations) a été réalisé par thématique.

Un contrat d'intéressement (prime) passé avec certains personnels (encadrement) comporte des critères qualité, de même un contrat d'objectifs généraux et par spécialité conclu avec les médecins contient des objectifs qualité.

Chaque service est doté d'un tableau de bord Qualité qui comporte plusieurs indicateurs comme les taux de retour des questionnaires de sortie, les taux de satisfaction des patients, le nombre de FEI déclarées, de plaintes et réclamations.

Le service « qualité gestion des risques relations avec les usagers » a publié en 2018 un bilan d'activité synthétique retraçant la gestion des risques, la gestion documentaire, les relations avec les usagers, les activités d'évaluations (audits, EPP etc...), le bilan des projets menés en 2017.

A / AGIR

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

La politique qualité et gestion des risques est actualisée régulièrement. Le programme qualité et gestion des risques (PAQSS) contient le Compte qualité.

Le Comité Qualité, Sécurité des Soins et Développement Durable (COPIL) assure le suivi annuel du projet qualité /sécurité des soins et propose les réajustements du programme et de la politique qualité /gestion

des risques en fonction des évaluations menées et des résultats obtenus.

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux bilans et rapports d'activités annuels des différents instances et thématiques, suite à des visites d'inspections ou audits internes ou externes, suite à des réflexions avec les professionnels.

Le PAQSS est complété par les pilotes des thématiques et validé par les instances: il est mis à jour trimestriellement par les pilotes des différentes thématiques et par les instances s'y rattachant. Cette mise à jour est validée par les instances.

La communication sur les actions d'amélioration est faite par diverses voies : instances, intranet, actions de communication des responsables qualité (binôme qualité et le qualicien référent dans le service), affichage des IQSS, indicateurs Scope-santé sur le site internet et dans le livret d'accueil, lettre qualité, revue « Saint Jo Info », semaine sécurité patient.

L'établissement a su développer une démarche pédagogique pour intéresser et motiver les professionnels à la démarche qualité (chambre des erreurs, ateliers pendant la semaine sécurité patients, quizz qualité périodique, guide pratique sécurité des soins par exemple).

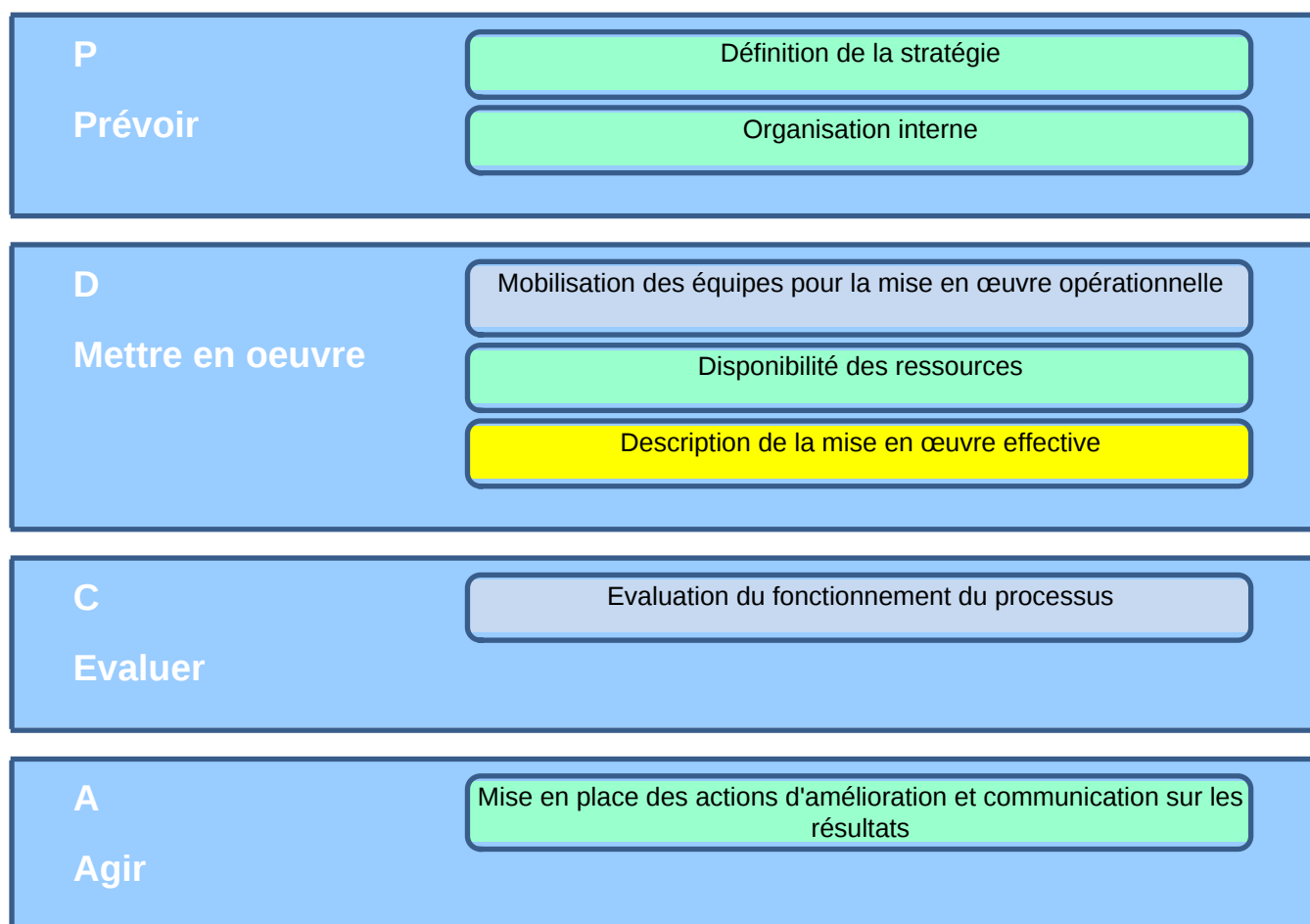
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maîtrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La démarche qualité liée à la maîtrise du risque infectieux découle de la démarche qualité institutionnelle, validée en CME. L'hôpital Saint Joseph a défini une politique de gestion du risque infectieux qui se traduit par 2 objectifs : améliorer l'hygiène des mains et poursuivre le travail sur la réévaluation de l'antibiothérapie.

La cartographie des risques a été définie ainsi qu'une fiche processus. Cette cartographie des risques a été mise à jour et a permis d'alimenter le compté qualité (CQ) selon une méthodologie commune à l'établissement et accompagnée par le service qualité. Les risques ont été définis à partir notamment des résultats de la précédente visite de certification, du recueil des indicateurs nationaux, des événements indésirables, des résultats de différents audits et des évaluations réalisées dans les services et des exigences réglementaires.

4 risques ont été retenus dans le CQ : le respect insuffisant des règles d'hygiène des mains, le défaut de traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème heure et la 72ème heure, l'information insuffisante des patients et des proches sur les bonnes pratiques permettant de maîtriser le risque infectieux et la non information en amont du bloc si le patient présente un risque infectieux.

Les actions en lien avec la cartographie des risques et le CQ sont inscrites dans le PAQSS de l'établissement et présentées aux instances.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés via une fiche de mission.

Le pilotage est assurée par les 3 infectiologues, le praticien hygiéniste et un cadre supérieur de santé. Ils sont accompagnés par le service qualité pour un soutien méthodologique et l'équipe EOH.

Un manuel qualité de la gestion de la maîtrise du risque infectieux est élaboré.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé.

L'équipe d'hygiène opérationnelle (EOH) est composée de 2 IDE hygiéniste, d'une coordinatrice des vigilances environnementales, d'un secrétaire et du praticien hygiéniste tous possédant les formations requises.

L'établissement s'est engagé dans une politique de bon usage des antibiotiques par la mise en place d'une organisation spécifique via le comité des Anti-Infectieux animé par les médecins infectiologues et les microbiologistes. Son rôle est de vérifier à la bonne utilisation des antibiotiques, d'harmoniser les protocoles d'antibiothérapies et d'antibioprophylaxie, de participer à l'évaluation des pratiques professionnelles et de mettre en place des actions de formation sur le bon usage des antibiotiques.

Le plan de formation intègre la formation des nouveaux arrivants ainsi que la formation au bio nettoyage.

Une formation au bon usage des antibiotiques pour les internes et les nouveaux prescripteurs est prévue notamment pour les médecins généralistes hospitaliers (MGH).

Des journées à thèmes sont également organisées dans le cadre de la formation.

La gestion des alertes est définie par téléphone et via le dossier patient informatisé

Le CLIN se réunit 4 à 5 fois par an. Les représentants des usagers participent au CLIN. Le bilan d'activité est présenté et approuvé en CME.

Une coordinatrice des vigilances environnementales rattachée à la direction du pôle des ressources matérielles en lien étroit avec l'EOH coordonne, analyse et suit la mise en application des exigences et recommandations concernant la sécurité sanitaire l'environnement et la sécurité des patients, personnels et visiteurs. La coordinatrice est également associée avant et pendant tout projet de travaux.

La gestion documentaire existe que ce soit pour les protocoles d'hygiène de base comme les précautions standard ou le tri des déchets par exemple ou pour les protocoles en lien avec des actes à risques (douche pré opératoire, cathéter veineux périphérique ou encore pcc-line).

Le bio nettoyage des locaux des couloirs et locaux communs est réalisé par une équipe de bio nettoyage interne à l'établissement. L'environnement proche du patient est réalisé par les aides soignantes.

Le dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques est prévu. La sensibilité des germes aux antibiotiques est suivie.

Des correspondants médicaux en hygiène ont été désignés dans la plupart des services de soins par la direction et sont représentés par les MGH. Ils assurent la liaison entre l'EOH et leurs services de soins et participent aux enquêtes de pratiques.

Les interfaces avec les services en charge de l'élimination des déchets et avec la blanchisserie sont organisées. Une commission des déchets ainsi qu'une commission du linge est place.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le plan d'actions annuel de prévention du risque infectieux est décliné. Des objectifs sont déclinés par service (ICSHA par exemple). Les objectifs liés à l'ICSHA sont inclus dans la prime d'intéressement des professionnels. Les IDE hygiénistes sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés, les cadres de proximité sont également des relais.

Les IDE hygiénistes sont très disponibles dans les services et s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et apporte une aide dans les situations de crise

Les trois médecins infectiologues ainsi que le praticien hospitalier et responsable du laboratoire, sont disponibles par téléphone ce qui permet aux praticiens d'avoir accès à un conseil diagnostic ou thérapeutique.

Les audits traitant de la prévention du risque infectieux (audit sur la tenue professionnelle, , évaluations des soins, surveillance des prescriptions d'antibiotiques ...) permettent de mobiliser les professionnels autour de leurs pratiques.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

Il existe des évaluations périodiques de réalisées : indicateurs (nombre d'événements indésirables concernant les antibiotiques, surveillance des prescriptions des carbapénèmes par exemple) ou encore des EPP (EPP antibiothérapie, EPP antibioprophylaxie) ou des audits (respect de la tenue vestimentaire)

Les personnels sont associés à la définition et l'élaboration des actions d'amélioration de ces évaluations.

Il existe un plan d'actions propre au secteur de la salle de naissance qui est partagé avec les équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels ont accès à toutes les procédures, protocoles via le système gestion documentaire informatisé.

Dans les services de soins les dispositifs nécessaires à la mise en place des précautions complémentaires en cas de présence d'un germe à risque épidémique sont disponibles.

Les praticiens ont à disposition des protocoles d'aide à l'utilisation des antibiotiques notamment pour les principaux sites d'infection. Ces protocoles sont accessibles en ligne (Guide antibioguide).

Le système d'information de l'établissement permet aux secteurs d'activités des prescripteurs, au praticien hygiéniste et à la pharmacie d'accéder aux données individuelles du laboratoire de microbiologie.

Il existe une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée impliquant une dispensation nominative.

Une information sur les règles d'hygiène et l'antibiothérapie est faite pour les internes ainsi qu'aux nouveaux prescripteurs notamment les médecins généralistes hospitaliers.

Une information est également faite sur les règles d'hygiène lors de la journée des nouveaux arrivants.

La journée annuelle de l'hygiène des mains est réalisée et des actions ciblées sont également réalisées pendant la semaine de sécurité des patients mais aussi à la demande des services comme par exemple en pneumologie avec une évaluation sur la pose de gripper.

Il y a une organisation définie pour le stockage, la sécurisation et l'élimination des déchets

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les mesures des précautions standards et complémentaires sont mises en œuvre dans les services de soins. En cas d'isolement, les patients sont identifiés à l'aide d'un bracelet bleu sécurisant ainsi l'information de l'isolement. Les isolements sont prescrits par les praticiens.

La consommation des solutions hydro alcooliques est surveillée et les résultats sont communiqués aux équipes.

Toutefois, les actions de prévention du risque infectieux ne sont pas systématiquement mises en œuvre par les professionnels ne permettant pas d'assurer la maîtrise complète du risque infectieux. Il a été constaté dans les services notamment les suites de couches et la gastroentérologie un non-respect du protocole de gestion des excréta (rinçage préalable à l'aide d'une douchette). De plus, le résultat de l'indicateur ICSHA 3 est en classe C avec un score de 57.2%. Ce score ne permet pas d'assurer la maîtrise des règles d'hygiène des mains au sein de l'ensemble des services. Ce risque a été identifié dans le compte qualité et des actions d'amélioration ont été définies avec la mise en place d'un indicateur trimestrielle décliné par service. Cette action a permis une progression des résultats dans certains services. Toutefois cette progression n'est pas systématique notamment dans certains secteurs à risque comme la réanimation (47% de l'objectif atteint), la médecine interne (54%) ou encore la chirurgie générale (49%).

La conduite en cas d'accidents d'exposition au sang est connue et appliquée dans les services de soins.

La surveillance des Bactéries multi résistantes aux antibiotiques est effective avec alerte téléphonique et inscription dans le dossier patient par le laboratoire ou l'infectiologue au niveau des observations médicales.

Une alerte informatique est en place pour la réévaluation à 72h. La réévaluation est tracée dans le dossier.

Dans certains secteurs des staffs sont organisés avec la présence d'un infectiologue comme en

réanimation polyvalente.
 Les 2 IDE hygiénistes présentes sur le terrain sont connues des professionnels.
 Les Infections du Site Opératoire (ISO) sont surveillées.
 La surveillance des eaux est assurée pour tous les secteurs concernés. Les résultats sont communiqués.
 La recherche des légionelles est réalisée. Les points de prélèvements sont identifiés en fonction du risque. Une fréquence des prélèvements est déterminée.
 Aux blocs opératoires les prélèvements d'air et de surface sont effectués.
 Les analyses d'air sont faites.
 L'ensemble des observations réalisées lors des rencontres patient traceur et avec les équipes a permis d'alimenter les éléments recueillis au cours de l'audit de processus gestion du risque infectieux.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations du dispositif de maîtrise du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques à l'aide d'indicateurs sont réalisées.
 Ces évaluations sont réalisées à des fréquences annuelles, trimestrielles ou mensuelles.
 Des audits et EPP sont organisés : Surveillance des prescriptions d'antibiotiques d'une durée supérieures à 7 jours, surveillance des prescriptions de carbapénèmes, évaluation de la pertinence de l'antibioprophylaxie, évaluation de manipulations de sonde vésicales, ...
 Les résultats de ces évaluations sont communiqués aux professionnels.
 L'établissement recueille les indicateurs nationaux.
 La surveillance de la consommation des antibiotiques est effective.
 Les infections nosocomiales faisant l'objet d'une déclaration interne ou ayant fait l'objet d'un signalement externe sont enregistrées.
 Les résultats des différentes surveillances et évaluations sont analysés et des plans d'amélioration de pratiques sont mis en œuvre.
 Le CLIN réalise chaque année un bilan des actions réalisées. Ce bilan est présenté aux différentes instances.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre et intégrées au PAQSS comme par exemple la mise en place d'un suivi régulier des consommations avec affichage des résultats de consommation de SHA dans chaque service, la réalisation d'un mémo sur les risques infectieux majeurs ou encore la réalisation d'une enquête auprès des patients concernant l'information reçue lors de la mise en place d'un isolement.
 Les diverses surveillances sont analysées via la commission environnement eau, légionelles, air et surfaces. Cette commission pluridisciplinaire réunit tous les acteurs impliqués dans la gestion de l'eau, les légionelles et l'air. Elle a pour but d'améliorer la gestion par des actions de préventions, de surveillances, d'analyses de dysfonctionnement avec mises en place d'actions correctives et suivi de leur efficacité.
 Les résultats des évaluations sont communiqués aux équipes lors de réunions dans les services et sont affichés.
 Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés dans le hall d'entrée.
 La communication des résultats et actions est réalisée, notamment auprès des professionnels et des usagers par différents moyens afin de développer la compréhension et l'appropriation, par l'ensemble du personnel : formation interne dispensée par l'EOH, la gestion documentaire informatisée, la semaine de la sécurité du patient ou encore la journée hygiène des mains.

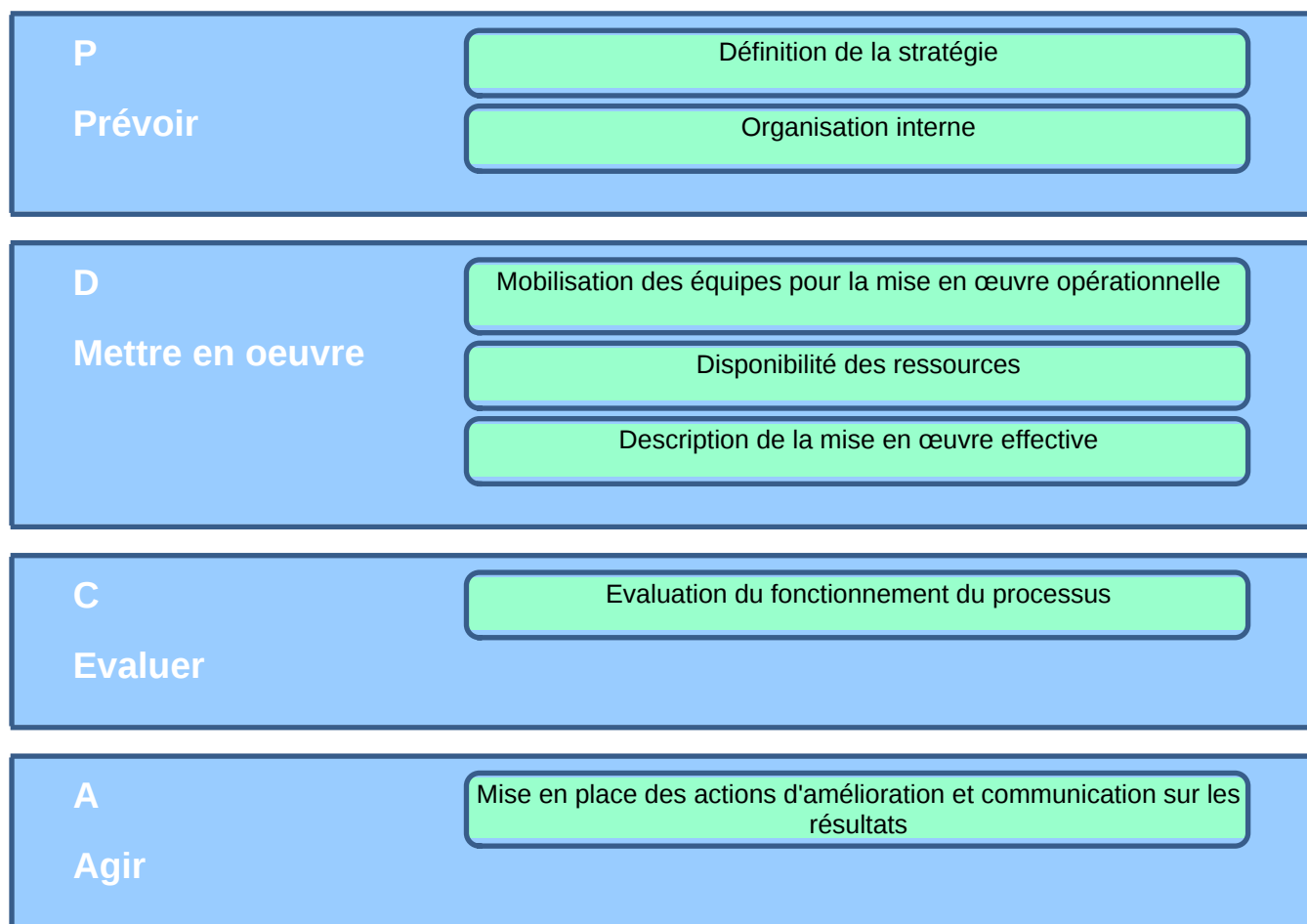
DROITS DES PATIENTS

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'Hôpital Saint Joseph de Marseille a formalisé sa politique des droits des patients, avec le concours de la Commission des Usagers (politique version 1- diffusée en novembre 2016).

Cette politique se décline en deux objectifs opérationnels à savoir :

- Développer la participation des bénévoles et des usagers
- Mener une politique volontariste du respect des droits des patients.

Les pilotes de la thématique ont tout d'abord procédé à une identification des risques en réalisant une cartographie des risques à partir des événements indésirables, des évaluations internes (visites de conformité) et des exigences réglementaires. La cartographie « Droits des Patients » réalisée en novembre 2018, est suivie et mise à jour tous les 2 ans.

Les pilotes ont ensuite élaboré un compte qualité « Droits des patients qui a identifié et hiérarchisé 2 risques et arrêté 3 plans d'action. Deux étaient, au moment de la visite de certification, réalisés et un plan d'action était en cours de réalisation.

Ces derniers sont intégrés dans le PAQSS de l'établissement qui comprend les différents items de la politique Droits de Patients, les actions d'amélioration proposées, le ou les responsables de l'action, l'échéance et les modalités de suivi de l'action. La partie PAQSS « Droits des Patients » est constituée d'actions issues de la cartographie des risques, de l'analyse des plaintes et réclamations, des résultats d'audits et évaluations, de la réglementation et de la gestion des événements indésirables (EI).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus « Droits des patients ».

Deux pilotes ont été nommés au titre de cette thématique (Directrice Qualité et cadre soignant supérieur). Ils sont membres de la Commission des Usagers (CDU) qui a en charge, de façon pérenne, la gestion des « Droits des Patients ».

Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés soit dans la lettre de mission pour les pilotes, soit dans le règlement intérieur pour la CDU.

Un Comité de Bienveillance, composé de façon pluriprofessionnel, est en place depuis 2009 et se réunit 2 à 3 fois par an. Ses missions sont notamment de définir les notions de bienveillance, d'organiser les formations auprès des personnels, d'initier ou valider les procédures et les actions d'amélioration dans le cadre de la vie quotidienne des patients.

Des agents de convivialité, mis à disposition au niveau des services, assurent notamment les respects des droits des patients.

La gestion documentaire de l'établissement positionnée sur intranet, comprend des procédures relatives au respect des droits du patient (information du patient sur ses droits et sur les missions de la CDU, respect de la confidentialité des informations relatives au patient).

Un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins fait l'objet d'une procédure.

Le patient est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance dans le livret d'accueil et par voie d'affichage. Le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, du refus de soin est organisé.

L'établissement promeut le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène, et dans les conditions d'hébergement.

L'établissement prend en compte le respect des libertés individuelles : une procédure sur la contention a été rédigée.

L'organisation d'une évaluation périodique du respect des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage est assurée (questionnaire de satisfaction institutionnel, questionnaire de satisfaction spécifique dans certains services, questionnaire e-satis).

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, notamment pour leur formation : le plan de formation prévoit des formations sur la bienveillance.

Au niveau des ressources matérielles, l'établissement dispose de chambres individuelles ou à deux lits.

Les supports d'information relatifs aux droits des patients sont multiples (affiches, charte du patient hospitalisé, livret d'accueil, intranet, internet). Ces livrets d'accueil informent les patients sur leurs droits et sur les missions de la CDU.

Les relations avec les représentants des usagers siégeant dans les différentes instances (CLIN, CLAN, CLUS-SP, CDU) sont organisées avec la direction et ses services.

Les interfaces entre les secteurs d'activité et la direction sont organisées pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Le cadre sensibilise les professionnels sur les risques identifiés dans leur(s) secteur(s) ou sur le processus. Les personnels rencontrés connaissent les conduites à tenir en cas de contention, en cas de refus de soins ou en cas de plainte ou réclamation, pour distribuer le livret d'accueil et informer le patient.

L'identification des risques au niveau des secteurs est faite à partir de l'analyse des questionnaires de satisfaction et des événements indésirables, des visites de conformité, des résultats des indicateurs nationaux. Des réunions d'analyse des causes sont déclenchées en cas de besoins dans les secteurs d'activité.

Les personnels sont informés des risques principaux et des priorités retenues (présence d'un tableau de bord qualité- gestion des risques-relations usagers affiché dans les services).

Le cadre des services s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Des outils d'évaluation sont utilisés dans les secteurs d'activité : audit institutionnel, déclaration d'EI. Les professionnels sont informés des résultats par le logiciel de gestion des EI, par le cadre lors des réunions de service. Les personnels, selon la méthode ou l'outil choisi, participent à l'analyse, à l'identification et au choix des actions correctives si nécessaires.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation) sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Les nouveaux arrivants sont informés sur les droits des patients par le cadre soignant. Ces nouveaux arrivants sont, si l'organisation le permet, doublés pendant un ou plusieurs jours et bénéficie d'une journée d'intégration qui comprend une information sur la Bienveillance.

Des personnels de soins ont été formés en 2017 et 2018 à la bienveillance (respect, dignité, confidentialité, mieux connaître la personne âgée, sensibilisation au handicap, toucher/détente...). Au premier semestre 2019, des sessions de formation sur les nouveaux droits des patients (personne de confiance et directives anticipées) ont été mises en place pour les cadres et pour les professionnels (179 professionnels formés).

Les 20 agents de convivialité, reconnaissables par leur blouse mauve, sont des aides au niveau des services tant pour aider les patients (aide au remplissage de dossier, distribution et explication du livret d'accueil, questionnaire de satisfaction...) que pour aider les professionnels (bons de travaux etc...).

Des professionnels accueillent et accompagnent le patient et son entourage, en cas de nécessité (présence de psychologue, d'assistants sociaux). Des groupes de parole et un accompagnement avec des psychologues sont en place dans certains services (soins palliatifs par exemple...).

Les professionnels participent à des journées à thème comme la semaine de sécurité du patient qui se déroule annuellement.

Les secteurs sont dotés de locaux et d'équipements permettant d'assurer une prise en charge respectueuse des droits des patients (chambre à un ou deux lits avec rideau de séparation, ligne de confidentialité dans les zones d'accueil, bureau et salle pour recevoir les patients et leur famille, mise à disposition de chambres accessibles aux personnes à mobilité réduite). Ces locaux sont bien entretenus et les équipements font l'objet d'une maintenance.

Une documentation est disponible dans les secteurs d'activité (affiche sur les représentants des usagers et la CDU, charte du patient hospitalisé, résultats des IQSS, charte de la bienveillance, livret d'accueil).

La documentation professionnelle (GED) est accessible sur intranet. Elle comporte des procédures relatives aux droits des patients : procédures de respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté (contention, isolement pour risque infectieux, procédure sur l'information du patient, sur la communication de son dossier, procédures sur son consentement aux soins et examens etc...).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les personnels sont impliqués dans le respect des droits des patients et de la bienveillance. Les signalements de maltraitance sont faits par l'intermédiaire des déclarations d'événements indésirables et par les professionnels de santé.

Le respect de la confidentialité des informations relatives au patient est effectif.

Des bureaux d'entretien ou des salles sont disponibles pour les entretiens avec les patients et leurs familles.

Toutefois, l'organisation et les pratiques de l'établissement ne permettent pas toujours le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients. Lors des visites de terrain, les EV ont pu constater l'absence de confidentialité dans l'accueil administratif des patients se présentant aux urgences adultes en raison de l'exiguïté de la salle d'attente et de l'échange patient/ agent des admissions qui se fait par l'

intermédiaire d'un hygiaphone. Il en est de même en chirurgie ambulatoire pédiatrique où le médecin anesthésiste communique avec les parents dans le couloir.

Pour le secteur des urgences adultes les professionnels sont conscients de ce dysfonctionnement : un programme de travaux a débuté pour améliorer les conditions d'accueil avec une fin programmée en décembre 2019.

Pour la chirurgie ambulatoire, il est prévu la réalisation d'un bureau contact à fin septembre 2019.

Les personnels accèdent aux applications informatiques par l'intermédiaire d'un code personnel. En cas d'inactivité, la session ouverte se ferme automatiquement au bout de 30 minutes. Les personnels sont informés à l'embauche de la nécessité de respecter la charte de bon usage du système d'information.

Le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, du refus de soins est réalisé.

Le recueil des directives anticipées est organisé : le livret d'accueil explique cette notion et contient le formulaire sur les directives anticipées. La dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène, sont assurés (chambre à un lit ; dans les chambres à deux lits utilisation de rideau de séparation, positionnement des soignants, sortie de la chambre de l'autre patient si nécessaire). Toutefois, les soins ne sont pas toujours réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Lors des visites de terrain, les EV ont pu constater que les malades adultes en salle de réveil (SSPI) étaient dans une salle commune sans l'utilisation de paravents mobiles pour les isoler, malgré l'existence de paravents mobiles. Les professionnels concernés évoquent la nécessité d'une surveillance de visu des patients. Des mesures correctives ont été prises en cours de visite qu'il reste à évaluer dans le temps et la durée. De même, en imagerie interventionnelle, en raison de locaux exiguës, des patients sont installés dans les couloirs en attente de l'examen : des travaux seront programmés dans le schéma directeur de travaux à venir (à échéance 2020).

Le patient est informé de ses droits par la mise à disposition d'une documentation (remise livret d'accueil au moment de la pré-admission, la charte du patient hospitalisé est affichée dans les locaux d'accueil et dans les services) mais aussi par le personnel lui-même (au moment de la pré admission administrative et infirmière par exemple)

Un formulaire pour désigner la personne de confiance et pour recueillir les différents consentements et autorisations (acte chirurgical, endoscopique, d'anesthésie), figure dans le dossier de pré-admission.

Les personnels connaissent ces notions et savent où récupérer ces procédures sur le logiciel documentaire.

Le respect des libertés individuelles est effectif dans les secteurs d'activité : toute mesure de contention fait l'objet d'une ordonnance médicale qui est réévaluée périodiquement.

Les horaires de visites sont définis dans le livret d'accueil de l'hôpital : des exceptions sont accordées selon les situations (hospitalisation d'enfants). La mise en chambre d'isolement (pour raisons d'hygiène) respecte les procédures.

Les médecins informent le patient sur son état de santé, les soins proposés et en cas de dommage lié aux soins.

L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent sont assurés : prise en charge psychologique des patients et de leur entourage si nécessité), intervention de l'assistante sociale.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La Commission des Usagers (CDU), composée dans le respect de la réglementation, se réunit en séance plénière une fois par an et en séance restreinte 4 fois/an. Elle dispose d'un droit d'auto-saisine et de suite sur les sujets qualité et sécurité des soins traités par la Commission Médicale d'Établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement organise l'évaluation périodique du respect des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage par la mise en œuvre de différentes méthodes comme les questionnaires de satisfaction (avec un taux de retour de 27 % sur l'ensemble de l'Hôpital en 2018), les enquêtes de satisfaction (e- satis en MCO et Chirurgie ambulatoire ; enquête de satisfaction trimestrielle en HAD par exemple)), les analyse des plaintes, le suivi des demandes de dossiers par les patients, des audits (audits de dossiers patients sur la personne à prévenir et personne de confiance, sur l'annonce d'un dommage associé aux soins). L'évaluation des délais de transmissions des dossiers patients est assurée et transmis à chaque réunion de la CDU : les délais réglementaires sont respectés.

Une EPP sur « l'évaluation de la contention physique » a été réalisée en mars 2019 (audit de 30 dossiers).

Le suivi des évaluations est assuré par des indicateurs nationaux (items du dossier patient par exemple), par des tableaux de suivi (présence d'un tableau de bord qualité- gestion des risques-relations usagers affiché dans les services).

La Commission des Usagers rédige un bilan annuel qui comprend le suivi d'items relevant des « Droits des Patients » (satisfaction du patient, plaintes et réclamations, EI, demande d'accès au dossier patient, bilan des contentieux etc ...) et le suivi des actions d'amélioration et des formations des professionnels sur ce thème.

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre par les secteurs d'activité en lien avec les résultats d'évaluation et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Ces actions sont prises en compte dans le PAQSS institutionnel.

Le rapport annuel de la CDU fait le point sur les améliorations à apporter et les actions mises en place relatives à la bientraitance et aux droits des patients (semaine sécurité des patients, aménagements de locaux d'accueil, modification de certaines procédures de prise en charge etc...).

La CDU donne chaque année ses orientations pour l'année à venir dans son rapport d'activité annuel.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne, auprès des professionnels et des usagers, soit par affichage dans les salles d'attente (indicateurs nationaux) et dans les services (tableau de bord) soit dans le journal interne, soit dans les instances.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

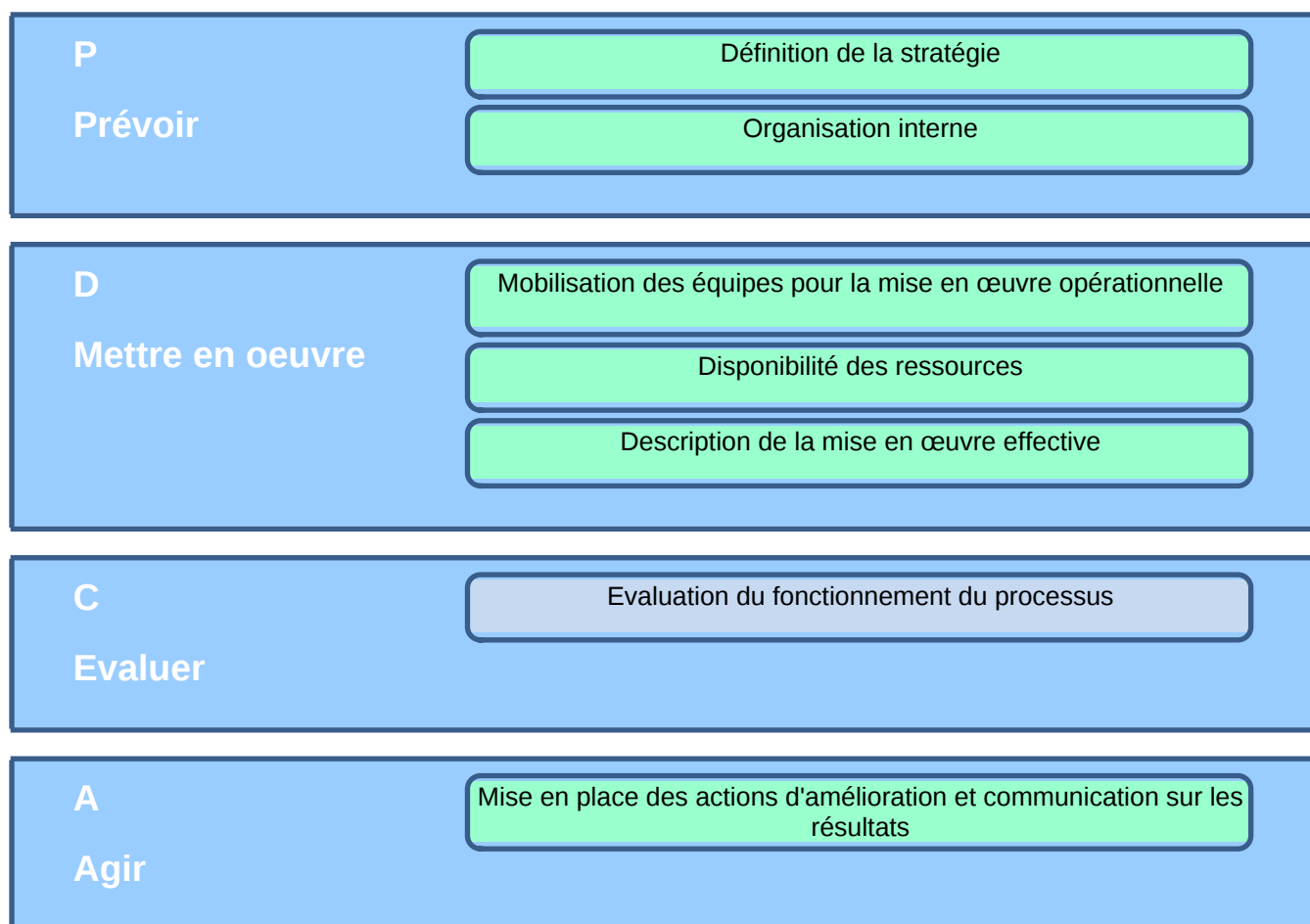
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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
Maîtrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'Hôpital Saint Joseph dispose de 795 lits et places de médecine, chirurgie et gynéco-obstétrique. Il a une part importante de l'activité de cancérologie depuis le dépistage jusqu'à l'après cancer (lits de médecine, lits identifiés soins palliatifs, traitement par chimiothérapie, chirurgie du cancer), de cardiologie (cardiologie interventionnelle, unité de soins intensifs en cardiologie, lits de médecine cardiologique et cardiologie ambulatoire), une activité chirurgicale (195 lits et 71 places) et la médecine de proximité (maternité, SAU).

Au regard de l'analyse des besoins du territoire, des objectifs du projet régional de santé et du contrat pluriannuel d'objectifs et moyens, l'établissement a défini ses orientations stratégiques axées sur une mission de proximité en renforçant l'offre médicale notamment par le développement des partenariats avec les établissements de santé du territoire (rapprochement de l'Hôpital Européen...), en développant le réseau avec les structures de l'Association (parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap), le développement de l'HAD et des activités d'aide à la personne, en consolidant les activités d'oncologie et de gériatrie, en développant la télémédecine, en modernisant l'organisation interne (réorganisation des parcours patients) et en poursuivant la modernisation du système d'information et de communication.

La politique du parcours patient, validée par la CME, est un axe central de la stratégie de l'établissement. Ses objectifs visent une anticipation du séjour et du devenir, une prise en charge optimale des soins autour d'organisations décloisonnées et une cohérence du parcours patient. Les différents parcours patients s'articulent autour de parcours types définis ainsi "Médecine et chirurgie programmée", "Médecine et chirurgie non programmée", "Obstétrique", "Pédiatrie", "Chirurgie ambulatoire", "Chimiothérapie", "Hospitalisation à domicile". Cette politique est issue d'une analyse des risques communs à tous les parcours et aux parcours spécifiques réalisée par les professionnels de l'établissement avec l'appui d'une société externe ayant réalisé un audit sur les pratiques professionnelles en lien avec les parcours patients en 2017. Les résultats de ces analyses ont contribué à l'évolution de la politique du parcours patient en s'inscrivant notamment dans une logique de flux pour une simplification des parcours et une réduction des durées moyennes de séjour.

L'analyse interne a été réalisée en concertation avec les professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs. Elle s'est appuyée sur les données issues des démarches d'évaluations externes et internes, des orientations du CPOM, du bilan de la commission des usagers (CDU) ainsi que sur la base des résultats d'indicateurs. Les risques identifiés ont été hiérarchisés et priorisés. L'analyse pluriprofessionnelle des parcours patients a permis d'identifier sept risques prioritaires en 2018. Ces risques ont conduit à la définition d'objectifs d'amélioration notamment une évolution des organisations en lien avec les parcours patient, le développement du projet RAAC (Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie), la formalisation des parcours patient, l'amélioration des transmissions avec les correspondants externes lors de la sortie, l'amélioration de la traçabilité des éléments nécessaires à la prise en charge du patient présentant un AVC et l'amélioration de la satisfaction des patients. Ces objectifs sont traduits dans un plan d'actions dont les responsables sont identifiés et les modalités de suivi sont précisées. Ces plans d'actions sont intégrés au programme qualité sécurité des soins (PAQSS) institutionnel articulé avec le compte qualité et validés par les instances concernées notamment la CME et le comité qualité, sécurité des soins et développement durable (CQSSDD).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique du parcours patient est assuré par la Direction générale et le Président de la CME. Il est coordonné par le CQSSDD en lien avec la conférence médicale d'établissement (CME). Le pilotage opérationnel du processus parcours patient est assuré par la directrice opérationnelle des soins et organisations, la directrice des soins, un médecin délégué à une mission qualité et un cadre supérieur de santé chargé du pilotage des soins. Ce pilotage opérationnel est réalisé en lien avec des copilotes (médecins, cadres de santé, professionnels de la qualité) pour les parcours spécifiques identifiés. Les rôles et responsabilités de ces pilotes et copilotes sont identifiés et formalisés dans une lettre de mission, fiches de poste des professionnels et contrats d'engagement. Leur rôle est d'analyser les tableaux de bord de pilotage, les plaintes et réclamations, les événements indésirables, d'élaborer et/ou actualiser des procédures, protocoles et d'assurer le suivi de l'avancée du PAQSS et du compte qualité.

Pour fluidifier et coordonner l'offre de soins des parcours patients, l'établissement s'est engagé dans un rapprochement avec l'Hôpital Européen, dans une offre de soins coordonnée au sein de l'Association que ce soit pour l'hospitalisation et soins de suite (Hôpital Saint Joseph, SSR), les soins à domicile (HAD, SSIAD, service d'aide à domicile), la santé mentale (maison de santé mentale), les personnes âgées (EHPAD) et les personnes démunies (association pour publics démunies) et dans des partenariats externes avec des cliniques, hôpitaux et EHPAD du territoire ainsi que des réseaux de soins et associations.

L'organisation des parcours patient s'est articulée autour du parcours patient programmé en chirurgie et médecine, la prise en charge du patient en ambulatoire, le parcours en maternité, le parcours oncologie,

la prise en charge des enfants et adolescents en pédiatrie et la prise en charge du patient en HAD. La modernisation de l'organisation interne des parcours patient s'est traduite notamment par la mise en œuvre du projet RAAC déployé en pré et per hospitalisation sur certaines pathologies cibles et formalisée par l'élaboration de chemins cliniques notamment pour la chirurgie bariatrique, la chirurgie colique, la chirurgie orthopédique. L'organisation des parcours s'appuie sur des comités spécifiques (comités scientifiques, COPIL personnes âgées, COPIL handicap...) et instances institutionnelles. Pour les parcours patients "maladies chroniques", l'établissement dispose d'autorisations de programmes d'éducation thérapeutique déployés notamment pour les affections respiratoires chroniques, le psoriasis, la gestion des effets secondaires des thérapies orales en oncologie, le diabète de type 1 et 2 et l'obésité et la chirurgie bariatrique.

Des chartes et procédures fixent les règles d'organisation et de fonctionnement notamment pour les parcours définis, la prise en charge des populations spécifiques (maladies chroniques, personnes âgées, en situation de handicap, personnes démunies, l'enfant et l'adolescent), la gestion des mouvements entrées/sorties (cellule de gestion des lits, infirmiers parcours dans le cadre de la mise en œuvre de la RAAC) et la permanence des soins (système de gardes et d'astreintes) au sein de tous les secteurs d'activité et pour chaque spécialité.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires (effectifs, recrutement et formation des personnels), les moyens matériels (locaux, équipements et maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés.

La gestion des interfaces intégrée à l'analyse de processus est formalisée notamment en association des instances et comités de l'établissement (CME, CSIRMT, CQSSDD, CLIN, CLUD, CLAN, COPIL spécifiques...). en charge de la mise en œuvre du programme d'actions pour les thématiques relevant de leurs compétences. Le CQSSDD a pour mission de valider le PAQSS et le compte qualité et d'assurer leur suivi. L'organisation et les rencontres pluriprofessionnelles et pluridisciplinaire (RCP, groupes de travail, partenariat avec des compétences externes) facilitent la concertation entre professionnels afin d'assurer une complémentarité des compétences et fluidifier le parcours patient. Le dossier patient informatisé intégrant les résultats de biologie et d'imagerie médicale contribue à assurer la continuité de la prise en charge du patient au sein des différents secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux secteurs d'activité sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables paramédicaux (directrice des soins, cadres supérieurs de santé) et médicaux (médecins chefs de service) assurent le pilotage opérationnel du parcours patient. Des binômes qualité présents dans chaque unité de soins (médecins et cadres de santé) sont associés à la mise en œuvre et au suivi des plans d'actions.

Les binômes qualité sensibilisent les professionnels sur les priorités définies au niveau institutionnel et sur le fonctionnement du processus propre à leur secteur au regard des résultats d'évaluation. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats (audits de pratiques, visites de conformité...). En fonction des résultats de chaque service, les binômes qualité et les pilotes opérationnels du processus ciblent les priorités d'évaluation et les actions correctives. L'IDE hygiéniste, la diététicienne, les professionnels de la qualité (chef de projet...) contribuent à l'évaluation des pratiques professionnelles et à la mise en œuvre d'actions correctrices en fonction de leur champ d'expertise.

D'autres démarches permettent de mobiliser et d'impliquer les professionnels dans l'amélioration des pratiques notamment par leur participation à la réalisation des évaluations des pratiques professionnelles, aux revues de morbidité mortalité et retours d'expérience.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La politique et le management des ressources humaines permettent de disposer des compétences nécessaires, en termes de recrutement et de formation des personnels. Les modalités de gestion du temps de travail et le système de garde et d'astreintes permettent de disposer des compétences nécessaires H24 et 7/7 au sein de tous les secteurs d'activité.

L'organisation interne permet d'assurer l'adéquation des ressources, des compétences aux besoins de la population accueillie. Chaque secteur d'activité dispose des compétences spécifiques nécessaires au bon déroulement des soins. Des compétences transversales sont disponibles notamment des services supports tels que des kinésithérapeutes, diététiciennes, psychologues, neuropsychologues, oncopsychologues, assistantes sociales, équipe mobile de gériatrie et oncogérites, équipe mobile de soins palliatifs, infirmiers référents douleur, stomathérapie, plaies chroniques.... Le secteur de cancérologie et soins palliatifs dispose d'infirmiers formés au dispositif d'annonce, de médecins formés aux soins palliatifs (DU soins palliatifs), de socioesthéticienne, d'APA. L'établissement dispose également de professionnels formés à l'éducation notamment à l'éducation thérapeutique (médecins, infirmiers, psychologues, diététiciennes) et à la coordination de programme éducatif.

Des temps d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels sont organisés et mis en œuvre au sein

de l'établissement avec un temps de doublure pour certaines compétences et en fonction du secteur d'activité. Pour le maintien et le développement des compétences, un plan de formation institutionnel est élaboré sur la base des besoins des professionnels et au regard des besoins de la population accueillie au sein de l'établissement. Des nouvelles compétences sont développées telles que les infirmiers parcours et les infirmiers en pratiques avancées pour les parcours maladies chroniques et cancérologie. Des sessions de formation sont organisées pour la prise en charge des urgences vitales telles que l'AFGSU niveau 2 (60% des infirmiers et aides-soignants formés) et des sessions de formation interne pour les médecins et personnels de jour et de nuit.

Les locaux, matériels et équipements nécessaires aux activités des services sont disponibles. Les équipements et matériels adaptés aux besoins de la population (personne âgée, enfant, patient dénutri, patient obèse, handicap) disposent d'une maintenance préventive et curative. Le plateau technique dispose de salles de bloc opératoire, d'une imagerie médicale (IRM, scanners, salles de radiologie conventionnelle), d'un laboratoire hospitalier permettant de répondre en temps utile aux besoins de la population. Afin d'assurer la prise en charge des urgences vitales, des matériels sont disponibles au sein de toutes les unités de soins (chariots d'urgence adaptés aux populations comprenant le matériel, les médicaments, les fluides médicaux, DSA et scope). Une salle de simulation située au SAU permet aux professionnels de simuler les gestes d'urgences (mannequin, matériels et médicaments d'urgences).

Par ailleurs, un système d'information numérisé est déployé pour faciliter la continuité de la prise en charge du patient via un accès sécurisé au dossier patient informatisé sur site et à distance. Le système documentaire, accessible via l'intranet, intègre les protocoles et procédures nécessaires pour assurer les prises en charge notamment les procédures pour la prévention des risques (prises en charge des urgences médicales telles que l'urgence vitale, les chutes et malaises, prise en charge des troubles nutritionnels, prise en charge des plaies (plaies chroniques, pieds diabétique, prévention et traitement des escarres), prise en charge de la douleur, prise en charge des patients démunis, évaluation et prise en charge du risque suicidaire.... Des documents sont disponibles pour l'accueil et la prise en charge des populations spécifiques (prise en charge des enfants et adolescents, charte de la personne âgée dépendante, prise en charge des adultes vulnérables, des personnes en situation de handicap...).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée comme le confirment les patients traceurs.

Un dispositif d'accueil structuré et adapté à la population accueillie permet d'assurer la prise en charge globale du patient, et ce, dès la pré-admission. Pour certains parcours chirurgie programmée, des infirmiers parcours patient sont associés lors de la pré-admission et à J0 permettant de guider le patient pour la préparation de son intervention et hospitalisation. Avant toute intervention, le consentement du patient et/ou du responsable légal est recueilli et tracé. Pour les parcours patients et maladie chronique, une consultation d'annonce est mise en œuvre dès le diagnostic de la maladie intégrant un temps d'annonce médical et un accompagnement soignant (médecin, infirmier, psychologue, diététicienne).

Lors de l'admission, un accueil administratif et soignant assure la remise du livret d'accueil, l'information du patient notamment sur le déroulement de sa prise en charge et sur l'organisation des soins et prestations. Une évaluation clinique initiale et continue du patient est effectuée par tous les professionnels médicaux et paramédicaux permettant l'identification et la prise en compte des besoins dans un délai adapté aux exigences de sa prise en charge. Les conclusions de l'évaluation initiale permettent d'élaborer le projet thérapeutique et projet de soins personnalisé notamment en cancérologie, en chirurgie bariatrique, en soins palliatifs. Le projet de prise en charge du patient est réajusté en fonction d'évaluations quotidiennes de l'état de santé du patient en impliquant le patient et/ou l'entourage ainsi que les représentants légaux pour l'enfant. Le projet thérapeutique intègre la réflexion bénéfice risque. Le suivi médical des patients est assuré par des visites médicales quotidiennes ou biquotidiennes réalisées par les médecins et chirurgiens référents ainsi que des médecins généralistes hospitaliers (MGH) assurant un renfort des praticiens libéraux et participant aux gardes et astreintes de l'établissement. L'articulation avec les rééducateurs et soins de support est effective au sein de toutes les unités de soins.

Des rencontres pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles sont effectives dans certains secteurs d'activité. Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont mises en œuvre notamment en chirurgie bariatrique et en oncologie pour définir la stratégie thérapeutique et covalider une décision médicale. Des rencontres pluriprofessionnelles sont effectives sur plusieurs secteurs d'activité (pédiatrie, soins palliatifs, oncologie, HAD, ...).

L'établissement a identifié les patients nécessitant une prise en charge nutritionnelle notamment les personnes en surpoids ou obèse, les patients diabétiques, les personnes âgées dénutries, les patients porteurs de stomies, ceux nécessitant une nutrition entérale, les patients présentant des pathologies cardiaques, les patients sous chimiothérapie. Des actions d'éducation à la santé sont mises en œuvre par la diététicienne. Des ateliers diététiques à destination des patients et de leurs proches sont animés par des diététiciennes. Des actions d'amélioration sont engagées et sont suivies par le CLAN (recommandations de bonnes pratiques pour explorations digestives et réalimentation, pour réalimentation post-interventionnelle, protocole chirurgie bariatrique, dépistage et prise en charge des patients dénutris, pour l'administration de solutions entérales et parentérales...).

La sensibilisation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est assurée (personnes âgées, enfants/adolescents, personnes souffrant de handicap, personnes atteintes de maladies chroniques, personnes démunies, patients dénutris, patients obèses ou en surpoids, risque suicidaire, patients en fin de vie). Le repérage et l'évaluation des besoins sont réalisés par les professionnels conformément aux procédures. Le repérage du risque suicidaire est effectif dès l'admission du patient. Une orientation vers des professionnels compétents (psychologue et/ou psychiatre) est assurée si la situation le nécessite.

La prise en charge de l'éducation du patient à la santé est réalisée lors de l'identification d'un besoin d'éducation thérapeutique. Les praticiens assurent l'orientation des patients vers les programmes d'ETP de l'établissement. En parallèle, des actions éducatives sont menées notamment l'accompagnement en addictologie, l'éducation aux AVK, l'autogestion des stomies, l'éducation VHC, l'observance VIH, les biothérapies, l'éducation au traitement en douleur chronique (pose de stent).

Les sorties des patients sont réalisées conformément aux procédures. Le recours aux assistantes est effectif. Un relai est mis en œuvre selon les situations avec le dispositif PRADO, le pôle domicile, l'HAD, le SSIAD, le service d'aides à domicile... Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité. Des documents nécessaires à son suivi sont remis au patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation du processus parcours patient est défini. L'établissement assure régulièrement le suivi des évaluations réalisées, le suivi du tableau de bord des EPP (évaluation des pratiques professionnelles) et le suivi des indicateurs (indicateurs d'activité, de gestion, résultats d'audits, enquêtes).

L'établissement participe aux campagnes de relevé des indicateurs qualité et de spécialités afin d'évaluer la conformité de ses pratiques. L'évaluation repose également sur des analyses de pratiques notamment des audits (analyse des données/chutes, évaluation du respect du protocole de prise en charge en cas de thrombolyse, communication de la lettre de liaison médicale à la sortie, remise du livret d'accueil), des enquêtes de pratiques (sécurité des soins, risque suicidaire, analyse de la prise en charge lors de cures de biothérapie), l'analyse des événements indésirables, des retours d'expériences (identitovigilance), des revues de morbidité mortalité en chirurgie et également en médecine et des visites de conformité patient traceur. Ces visites de conformité patient traceur réalisées mensuellement au sein de tous les services ciblent l'étape d'admission, le parcours patient, l'identitovigilance, les urgences vitales, la prise en charge du patient en fin de vie et la sortie du patient. Des quizz qualité, des évaluations des programmes d'éducation thérapeutique, des bilans annuels au sein de chaque secteur d'activité complètent le dispositif d'évaluation. La satisfaction du patient est évaluée à travers notamment les questionnaires de satisfaction, des questionnaires de sortie et les enquêtes e-satis. Ces évaluations couvrent l'ensemble du champ du processus parcours patient.

Des rapports d'activité au sein de chaque secteur d'activité sont réalisés annuellement.

Les résultats des évaluations permettent de cibler les plans d'actions prioritaires avec des objectifs ciblés, un responsable dédié, un échéancier défini et des modalités de suivi déterminées. Ils montrent une évolution favorable des pratiques sur les risques prioritaires ciblés notamment pour les indicateurs de spécialité AVC et la communication de la lettre de liaison médicale à la sortie (78% de conformité).

A / AGIR

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

Les actions mises en œuvre sont intégrées au programme d'actions institutionnel. L'efficacité des actions est évaluée et conduit à des réajustements de la politique.

Les professionnels sont informés des résultats d'évaluation et des actions mises en œuvre notamment par le biais de la diffusion des comptes-rendus de réunions des instances et comités, les réunions de service, le relais sur le terrain par les référents qualité, la diffusion du journal interne, l'espace collaboratif intranet et par voie d'affichage notamment pour les résultats des indicateurs.

Une communication est assurée auprès des patients notamment par le biais d'affichage au sein des unités de soins, de fiches d'information, de courriers de sortie. Les représentants des usagers sont impliqués et acteurs au sein de la commission des usagers et de certaines instances. Ils sont informés des démarches d'évaluations réalisées et sont impliqués à la définition plans d'actions en lien notamment avec l'information, l'accueil du patient et le respect de ses droits.

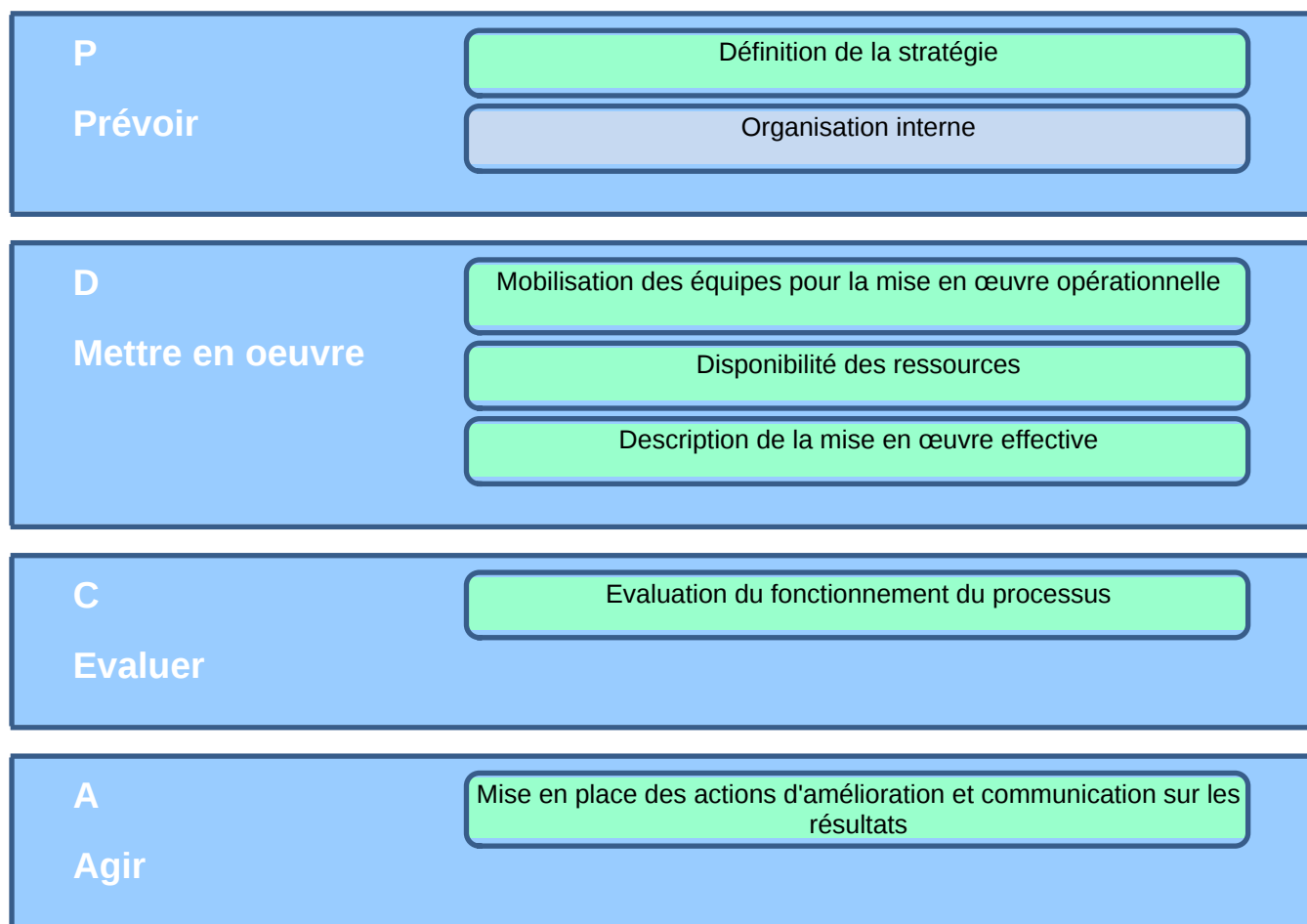
DOSSIER PATIENT

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du dossier patient de l'hôpital Saint Joseph de Marseille a été mise à jour en mai 2019 : elle est basée sur 5 principes :

- Respect des règles de tenue du dossier
- Confidentialité des informations
- Évaluation périodique
- Unicité du dossier
- Sécurité de l'archivage

Cette politique Qualité tient compte du bilan des analyses et audits externes.

Dans son compte qualité, l'établissement a procédé à une analyse des risques en prenant en compte notamment la précédente certification, les indicateurs nationaux relatifs à la tenue du dossier patient et les évaluations internes (EI, délais d'accès au dossier, visites de conformité). Le compte qualité a retenu 4 risques et comporte 9 plans d'actions. 4 étaient, au moment de la visite de certification, réalisés et 5 plans d'action étaient en cours de réalisation.

Ces plans d'action intégrés dans le PAQSS, comportent les éléments structurants attendus (actions d'améliorations proposées, date de début, échéance, modalités de suivi, nom du référent responsable...).

ORGANISATION INTERNE

Quatre pilotes (médecin DIM, directrice opérationnelle des soins et de l'organisation, directrice des systèmes numériques, référente qualité) ont été nommés pour animer la thématique dossier patient. Ces professionnels disposent d'une lettre de mission et ont bénéficié d'une formation sur le pilotage du processus. Ils ont élaboré le Compte Qualité de la thématique Dossier Patient (identification des risques et élaboration des plans d'action).

Le COPIL Dossier Patient assure le pilotage de la gestion du dossier patient de façon pérenne (politique et règles de tenue du dossier patient) et se réunit 2 à 3 fois/an. Un comité opérationnel DPI détermine la stratégie d'évolution, veille à la tenue du DPI et établit des priorisations. Une commission de gestion des demandes assure les arbitrages. Un réseau de référents du système d'information (15 personnes à ce jour) assurent l'interface entre les utilisateurs et la direction du système d'information.

L'établissement utilise un dossier patient unique. Celui-ci est majoritairement informatisé. L'informatisation du dossier patient est organisée à partir d'un logiciel d'admission et de facturation et d'un logiciel dossier patient médical et soignant.

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

La gestion des archives informatisées est assurée par la direction des systèmes numériques ; celle des archives papier par le service des archives placé sous l'autorité de la direction du pôle ressources matérielles.

Sur l'intranet, un espace dédié au pilotage de processus organise l'accès à différents outils qualité (guides d'utilisation, cartographie des risques, EIO, Gestion documentaire) et au PAQSS institutionnel.

Un dispositif de gestion documentaire est en place sur l'intranet de l'établissement. Il comporte des procédures, des fiches techniques et des formulaires.

Les procédures suivantes ont été notamment élaborées et validées: « Gestion des archives des dossiers patient » en mai 2019 (version 1), « Règles de tenue du dossier patient informatisé » en avril 2018 (version 3), « Tenue du dossier anesthésie » en mars 2019 (version 2), « Tenue du dossier patient en HAD » en mai 2019 (version 4).

Ces documents définissent les règles de constitution, de tenue, d'archivage et d'accès au dossier patient comme par exemple l'habilitation des professionnels dans le respect de leur profil métier, l'identification des personnes référentes pour assurer l'accès au dossier patient dans le respect des délais définis etc...

Il est mis à disposition des professionnels des outils et des formations pour la gestion du dossier patient.

Les référents DPI secrétariat, soignants et médecins sont chargés de dispenser aux nouveaux arrivants des formations sur le dossier patient informatisé. Les nouveaux embauchés en CDI participent à une journée de formation.

Dans le cadre du dossier informatisé, des modalités de fonctionnement en mode dégradé sont prévues par le biais d'une « procédure de contournement en cas de panne informatique » (version 4 en octobre 2016).

Une organisation est en place pour assurer la maintenance des logiciels et matériels nécessaires au bon fonctionnement du dossier patient informatisé.

Les circuits sont définis entre le moment de la création du dossier patient et son archivage, et entre les différents secteurs de l'établissement.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Il existe des plans d'action propres aux secteurs en déclinaison de programmes d'actions institutionnels contenus dans le PAQSS.

Les responsables des secteurs d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières lors des transmissions soignantes). Les campagnes IPAQSS sur la tenue du dossier patient contribuent à cette sensibilisation.

A ce jour, 15 référents du Dossier Patient Informatisé sont présents dans les services.

Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues : des exercices mensuels sur la procédure de contournement sont mis en place par les cadres de santé et les professionnels. Un compte rendu de chaque exercice est envoyé à la direction opérationnelle des soins et de l'organisation.

Pour accéder au DPI, les professionnels disposent d'un login et d'un mot de passe : à toute nouvelle embauche, un profil utilisateur est attribué par la direction des systèmes numériques pour permettre l'accès au dossier patient informatisé. Les actions d'amélioration sur le logiciel « dossier patient » sont mises en œuvre en concertation avec les professionnels des services, les référents DPI, le comité opérationnel DPI et la direction des systèmes numériques.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation) sont effectives dans les secteurs d'activité.

Les référents DPI sont formés lors des modifications du logiciel DPI. Ils assurent la formation des personnels (médecin, soignant et administratif) lors des nouvelles versions du logiciel DPI. En 2018, les référents DPI ont formé 70 médecins et 24 internes au logiciel de soins ; 42 professionnels (secrétaire médicale, médecin, TIM, IDE et agent administratif) ont été formés aux outils bureautiques

Les nouvelles infirmières sont doublées pendant leur temps de formation. Lors de l'accueil des nouveaux arrivants, le système d'information est présenté (logiciel dossier patient).

Les personnels de remplacement reçoivent un code d'accès au dossier patient à leur arrivée. L'information et la formation sur le dossier patient sont assurées par le référent DPI, le cadre et leurs pairs.

L'accès au dossier patient par les professionnels est sous habilitation en fonction de leurs profils.

Auparavant tout nouvel embauché signait la charte d'accès et d'usage au système d'information : un projet est en cours pour qu'à l'ouverture d'une adresse mail, le professionnel valide ce type d'engagement. Lors de l'accueil des nouveaux arrivants, la directrice des systèmes numériques les informe des « 10 commandements » relatifs au système d'information.

La documentation est accessible sur l'intranet de l'établissement (GED informatisé).

L'archivage des dossiers patients se fait soit sur le serveur de sauvegarde situé dans un des deux salles informatiques, soit dans des locaux dédiés aux archives et accessibles aux seuls personnels autorisés 24h/24. Les archives de l'établissement sont réparties dans 2 locaux sur le même site. Les locaux d'archivages sont sécurisés (accès, sécurité incendie). Les personnels du service archivage procèdent à la dématérialisation, d'une part, des documents papiers des dossiers en cours et d'autre part, des dossiers clôturés. A ce jour, les archives des années 2006 à ce jour sont numérisées. Les dossiers anciens sont archivés chez un prestataire de service à l'extérieur de l'hôpital.

Une sauvegarde informatique du DPI se fait en continue sur le serveur de sauvegarde (réplique en temps réel), de plus, chaque jour des cartouches de sauvegarde sont stockées dans un lieu situé à 30 km de l'établissement.

En cas de panne informatique, un poste de secours situé dans chaque service (avec code d'accès) permet de récupérer les données. La procédure en cas de panne et l'existence de ce poste de secours sont connues des personnels rencontrés dans les services. A partir de ce poste de secours, les professionnels peuvent éditer l'intégralité du dossier patient (notamment le plan d'administration des prescriptions et les plans de soins).

Pour assurer la maintenance des équipements informatiques, l'établissement a recours soit à des prestataires externes (salle des machines) soit internes (postes de travail). Une hot line est à la disposition des utilisateurs de l'hôpital 24h/24 et 7jours/7. Une astreinte informatique est assurée 24h/24 et 7jours/7.

Les patients sont informés sur leurs droits d'accès à leur dossier par différents supports (livret d'accueil, internet).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Tous les services partagent un dossier patient unique qui en très grande partie informatisé : tous les éléments du dossier patient sont informatisés sauf les comptes rendus des consultations en maternité qui sont scannés lors de l'hospitalisation de la parturiente.

La pratique du scannage des documents externes ou non numérisées est très développée.

Les dossiers archivés sont facilement accessibles dans le système d'information (dossiers numérisés) et dans les locaux des archives.

Le logiciel dossier patient permet l'édition automatique des ordonnances, des comptes rendus

opératoires et d'hospitalisation, du courrier de sortie.
 Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes, comme par exemple la procédure dégradée à mettre en œuvre en cas de panne informatique.
 Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.
 La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient, en temps utile, dans le dossier du patient et la communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes sont assurées.
 Le patient est informé de ses droits d'accès à son dossier patient par le livret d'accueil et par l'internet de l'établissement. Une procédure pour le traitement des demandes est en place : le service du DIM assure la gestion de la demande de dossier par le patient (motifs, vérification des droits, envoi des pièces, suivi des délais de réponse sur le logiciel interne). Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sont respectés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement, notamment à l'aide d'indicateurs, l'évaluation de la gestion du dossier patient (suivi des IQSS nationaux, audits sur les items de tenue du dossier patient), ainsi que l'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients.
 Des audits portant sur certains items du dossier patient sont menées régulièrement dans les services (comme par exemple, audit de la tenue du dossier patient en HAD ; audit sur la conformité de la lettre de liaison et l'enquête de pratiques trimestrielle effectuée par le cadre du service sur 5 patients et qui comporte 5 critères (personne de confiance, tenue du dossier patient, identitovigilance, circuit médicament, douleur): selon les résultats, des actions correctives sont identifiées et réalisées.
 L'établissement a participé au recueil des indicateurs IPAQSS 2018 sur les dossiers 2017 pour les indicateurs suivants : chirurgie ambulatoire, tenue du dossier patient, dossier d'anesthésie, HAD, SSR, RCP.
 Des fiches d'EI signalent les événements indésirables sur la thématique dossier patient et l'archivage (5 EI en 2018, 14 en 2017).
 L'analyse des FEI est faite par les pilotes de la thématique.
 Le rapport d'activité de la CDU retrace la bilan et l'évaluation des demandes d'accès au dossier patient et des délais de réponse.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre à partir des évaluations réalisées notamment dans le compte qualité, par les audits de dossiers et avec les professionnels utilisateurs du DPI. Des EPP sur le dossier patient sont régulièrement menées comme l'audit du dossier en maternité, l'évaluation du dossier de soins, le suivi des IQSS, la « Visite de conformité-Patient traceur ».
 Ces actions d'amélioration sont inscrites dans le PAQSS : celles à échéance de juin 2019 étaient réalisées à 60%, en cours à 25% et non initiées à 15%. dossier patient comprend le suivi des actions d'amélioration pour le dossier patient
 Les plans d'action issus du compte qualité, étaient réalisés, au moment de la visite, à 45%, en cours à 55%.
 La communication des résultats des actions d'évaluation (Audits, IQSS, EPP) est faite aux instances mais aussi aux professionnels (par mail, affichage et lors des réunions de service).
 La CDU est informée des demandes et des délais de transmission des dossiers patients.
 La communication des résultats et actions est réalisée, en interne, auprès des professionnels et des usagers, soit par affichage au bureau des entrées et aux urgences (indicateurs nationaux) et dans les services (tableau de bord), soit dans les instances (CDU), soit par des outils de communication (internet, intranet, lettre qualité, livret d'accueil : « indicateurs scope santé »).

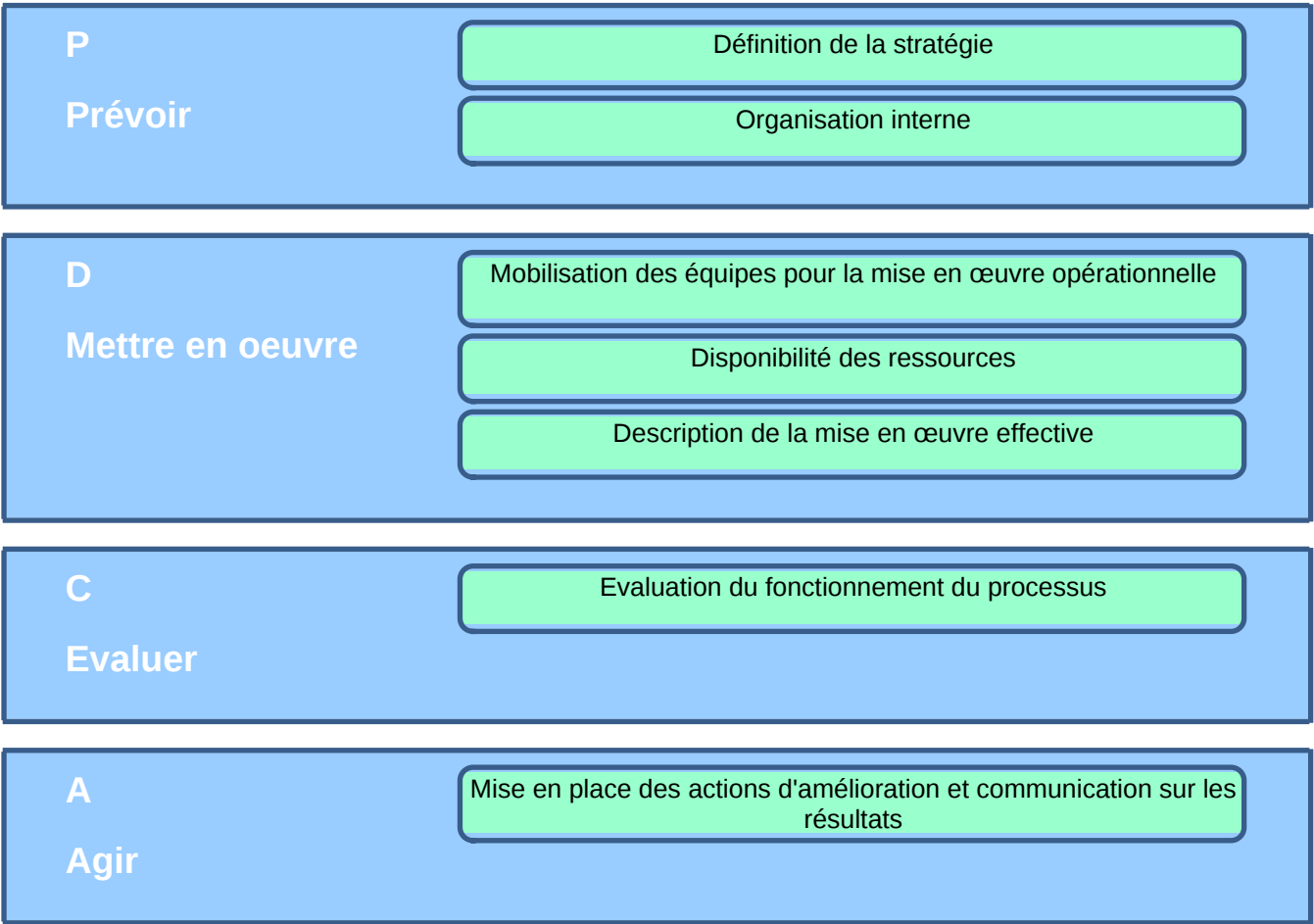
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 stratégie de l'établissement en matière d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse est formalisée en avril 2019 pour une période de cinq ans dans le manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse et dans un document de politique. Elle a été validée par le directeur général et le président de la conférence médicale d'établissement (CME).

Le document de politique identifie cinq objectifs opérationnels dont le développement de la pharmacie clinique au travers, notamment du développement de l'analyse pharmaceutique et de la conciliation médicamenteuse. Cette politique identifie comme patient à risque de la prise en charge médicamenteuse les personnes âgées et les enfants. Une attention particulière est portée sur la prise en charge médicamenteuse en hospitalisation à domicile (HAD). Elle est diffusée via le portail de gestion documentaire institutionnel.

Une analyse des risques de la prise en charge médicamenteuse a été réalisée, sur la base d'une cartographie du processus, à partir des déclarations des événements indésirables, des audits et des exigences réglementaires. Cette analyse a été menée par les pilotes du processus en appui avec le service qualité. Elle a été validée par le comité de pilotage démarche qualité circuit du médicament (Copil QPECM), instance pluriprofessionnelle associant médecins, pharmaciens, préparateur en pharmacie, cadres de santé supérieurs, sages-femmes et un médecin représentant de la CME, puis présentée en CME, en réunion de cadres et à la direction. Cette analyse porte sur l'ensemble des étapes de la prise en charge médicamenteuse, 35 actions d'amélioration ont été identifiées et inscrites au programme d'action qualité sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement qui reprend également des actions issues du contrat d'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins (CAQES).

La hiérarchisation des risques, réalisée à partir des échelles et des outils préconisés par de la Haute Autorité de Santé (HAS), a permis d'identifier cinq risques majeurs qui ont été inscrit au compte qualité de l'établissement qui ont donné lieu à 16 actions d'amélioration.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus de prise en charge médicamenteuse. Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est identifié, il s'agit du directeur qualité de la gestion des risques (membre du comité de direction-CODIR) qui est également un des pilotes du processus. Il dispose d'une lettre de mission validée par le directeur général et le président de CME. Les pilotes du processus sont identifiés en les personnes des trois pharmaciens dont le pharmacien-gérant de la pharmacie à usage interne (PUI) également membre du CODIR et du cadre de santé supérieur du secteur. Les pilotes ont été informés sur leurs rôles et responsabilités et formés au pilotage du processus en interne : ils disposent d'une fiche de mission.

Le suivi global de la démarche qualité du processus est assurée par le Copil QPECM qui se réunissent en composition plénière une à deux fois par an. Au sein de ce Comité de pilotage trois sous-groupes assurent des suivis spécifiques de la démarche (groupe formalisation, groupe évaluation, groupe sensibilisation), ils se réunissent périodiquement. Par ailleurs, les pilotes se réunissent entre quatre et huit fois par an pour suivre les actions d'amélioration du PAQSS et les événements indésirables en lien avec le processus, notamment les erreurs médicamenteuses.

L'établissement dispose d'un comité du médicament et des dispositifs implantables stériles (COMEDIMS) qui se compose de pharmaciens, de médecins, du président de la commission médicale d'établissement (CME), du président du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), du correspondant local en matéro-vigilance, du préparateur principal en pharmacie et du directeur des service de soins. Par ailleurs, le directeur général ou son représentant sont membres du COMEDIMS avec voix consultative. Les missions et le fonctionnement du COMEDIMS sont définis dans un règlement intérieur validé en CME, il est opérationnel depuis 2005.

Au regard des besoins de l'activité et des risques identifiés et des types de prise en charge réalisés dans l'établissement, l'établissement prévoit les ressources et les compétences nécessaires aussi bien au niveau des PUI comme le montre l'organigramme de la PUI que des secteurs d'activité où des préparateurs référents sont identifiés dans la majorité des unités de soins et dont les missions sont définies au travers de fiche de mission. Au niveau de la PUI, l'établissement a budgété 7,5 postes d'équivalent temps plein (ETP) de pharmacien, 1 poste ETP de préparateur principal coordonnateur, 18 postes EPT de préparateur en pharmacie, 4 poste ETP de gestion administrative et 9 postes ETP d'équipe logistique. Pour l'ensemble des professionnels de la PUI, les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés dans des fiches de poste.

Les locaux et les équipements de la PUI sont adaptés à l'activité, leur accès est sécurisé.

L'organisation concernant les ressources documentaires permet la mise à disposition des professionnels des documents nécessaires à la prise en charge médicamenteuse du patient dans l'ensemble des secteurs de l'établissement. Les règles et les supports de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs avec une informatisation à 100% des prescriptions. Par ailleurs, une liste des médicaments à

risques a été formalisée en pédiatrie et pour les secteurs adultes. Une liste des médecins prescripteurs a été établie par la direction générale et disponible sur l'intranet.

La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission (traitement personnel) jusqu'à la sortie (prescription de sortie). Une organisation est définie pour assurer la sécurité de la dispensation des médicaments, notamment des médicaments à risques, seul les pharmaciens sont habilités à les dispenser, ils ne sont remis qu'à un personnel infirmier. Le transport des médicaments se fait à l'aide de malles scellées. L'analyse pharmaceutique a priori est organisée une procédure en définit les modalités. La PUI réalise une activité de rétrocession, les locaux permettent de respecter les règles de confidentialité. Un projet pour organiser la conciliation médicamenteuse

La permanence pharmaceutique est organisée les heures d'ouverture de la PUI sont définies (8h00-17h30 en semaine et 9h00-12h le samedi). En dehors des heures l'établissement a mis en place d'une astreinte pharmaceutique, un pharmacien est joignable à son domicile. La demande des produits pharmaceutiques en dehors des heures d'ouverture de la PUI est formalisée elle décrit les modalités de demande urgente, médicament prescrit non en dotation ou de rupture de stock la procédure décrit les modalités de réapprovisionnement.

Pour la majorité des secteurs d'activité l'établissement est en dispensation globale, seul l'hospitalisation à domicile (HAD) est en dispensation nominative hebdomadaire. Par ailleurs certains médicaments à risque comme les cytotoxiques per os ainsi que certains antibiotiques sont en dispensation nominative. Pour les médicaments en dispensation globale, une dotation est définie pour chacun des secteurs d'activité. La dotation est validée par les pharmaciens en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité (médecins et infirmiers), une révision annuelle de celles-ci est organisée. La gestion des interfaces et des circuits est organisée et formalisée dans des procédures.

La gestion des molécules devant respecter la chaîne du froid est organisée au niveau de la PUI, une procédure décrit la gestion des alarmes des équipements « froid » et également au niveau des secteurs de soins pour lesquels une procédure décrit les modalités de stockage des molécules devant être entreposées dans des enceintes réfrigérées.

La gestion des molécules cytotoxiques injectable est organisée, l'établissement dispose d'une unité centrale de reconstitution des cytotoxiques (UCRC) permettant la préparation centralisée des cytotoxiques injectables sous isolateurs de toutes les spécialités médicales y compris non oncologique.

Des formations institutionnelles sont organisées comme le montre le plan de formation 2019 (diplôme universitaire thérapeutique de la personne âgée, formation des préparateurs en pharmacie en validation des acquis par expérience-VEA, etc.) Par ailleurs, une sensibilisation des professionnels aux erreurs médicamenteuses est organisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des secteurs d'activité, avec l'appui des pharmaciens de l'établissement, mobilise ses équipes en fonction des risques identifiés dans les secteurs et leurs besoins en ce qui concerne le processus de la prise en charge médicamenteuse.

Les risques identifiés au niveau du compte qualité et le plan d'action qualité et sécurité des soins (PAQSS) institutionnels ont été présentés aux professionnels des secteurs d'activité, lors des transmissions d'équipes par les cadres de santé appuyés par les pharmaciens de l'établissement et par la mise en ligne sur l'intranet d'un flyer sur la démarche qualité et sécurité des soins pour la prise en charge médicamenteuse.

Les responsables de secteurs s'assurent de la conformité des pratiques de façon quotidienne et lorsque qu'ils identifient des non conformités ils organisent un entretien avec le professionnel et font des rappels lors des transmissions d'équipes. L'organisation en place permet aux responsables de toucher l'ensemble des professionnels.

Les évaluations de pratiques professionnelles mises en œuvre par les responsables de la pharmacie sont communiquées à l'encadrement des secteurs lors de réunion de pôle et aux professionnels lors d'intervention en réunions de service (résultats des ateliers calcul de doses, règle des 5B). Par ailleurs, le pharmacien-gérant chef de service intervient régulièrement en réunion de CME.

Par ailleurs, le pharmacien-gérant organise régulièrement des visites sur site de la PUI pour le personnel infirmiers des unités de soins et de l'UCRC pour le personnel infirmier d'oncologie. Inversement les pilotes du processus réalisent des visites des unités de soins pour sensibiliser les professionnels sur la démarche qualité et sécurité des soins pour la prise en charge médicamenteuse.

Le dispositif de signalement des erreurs médicamenteuses est intégré au dispositif de signalement événements indésirables, ce dispositif est connu des professionnels rencontrés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines ont été mises en place au niveau des deux PUI. La présence de pharmaciens et de préparateurs en pharmacie est assurée en heure ouvrable. Une armoire sécurisée pour besoins urgents est disponible dans chaque secteur d'activité, elle permet d'assurer la permanence pharmaceutique en dehors des heures ouvrables des PUI.

Les procédures concernant le processus "prise en charge médicamenteuses" sont accessibles via la

gestion électronique documentaire (GED) dans l'ensemble des secteurs d'activité. Une liste des médicaments à risque chez la personne âgée est disponible au sein des secteurs d'activité. Des guides d'aide à la prescription, notamment chez la personne âgée, et des guides d'administration sont mis à disposition des professionnels. L'informatisation de la prescription permet à l'ensemble des professionnels de disposer d'un support unique prescription-administration.

Des plaquettes d'information sont mises à disposition des professionnels sur les médicaments à risque. Par ailleurs, les secteurs disposent de plaquette d'information sur le bon usage des médicaments à destination des usagers qu'ils peuvent mettre à leur disposition le cas échéant.

En ce qui concerne les locaux, ils sont entretenus et en adéquation avec les activités de l'établissement. Au niveau de la PUI, ils permettent une réception des commandes et un stockage des médicaments conformes aux bonnes pratiques.

Les ressources en matérielles sont disponibles. Au niveau de la PUI, un robot facilite le stockage de certains médicaments et des enceintes réfrigérées avec alarme centralisée de signalement d'anomalie de température avec report sur le téléphone du pharmacien d'astreinte, sont mises à disposition. Par ailleurs, chaque secteur d'activité dispose d'armoire sécurisée pour le stockage des dotations médicamenteuses ainsi que de chariots de distribution sécurisés et d'un coffre sécurisé pour le stockage des stupéfiants. L'accès à ce coffre est organisé. Des enceintes réfrigérées pour la conservation des médicaments sont mis à disposition des secteurs d'activité, comme pour la PUI, ils disposent d'une alarme de dysfonctionnement des températures avec report sur le téléphone du cadre de secteur en heures ouvrables et au niveau du poste de commande sécurité en dehors des heures ouvrables.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La PUI dispose d'une alarme en cas d'intrusion et seul les professionnels de la pharmacie y ont accès. Le stockage des stupéfiants est sécurisé, ils sont conservés dans un coffre spécifique localisé dans une pièce dont l'accès se fait par digicode.

Les règles de prescription médicamenteuses sont mises en œuvre au travers des prescriptions informatisées, à ce jour l'ensemble des prescriptions est informatisé y compris de hospitalisation à domicile (HAD) où le médecin coordonnateur reprend informatiquement l'ensemble des prescriptions du patient.

Le traitement personnel du patient est pris en compte par les prescripteurs, il est reconduit lors de l'hospitalisation par le médecin généraliste hospitalier. Il est intégré à l'ordonnance de sortie.

L'analyse pharmaceutique du traitement complet est engagée. Actuellement, elle est réalisée dans cinq secteurs d'activité sur trente (MUP, CCV, maternité¹, HAD et MOI) pour l'analyse complète de l'ordonnance. Dans les autres secteurs elle est réalisée sur les médicaments spécifiques (médicaments à risques, antibiotiques, etc.). Ce déploiement partiel est un risque qui a été pris en compte au niveau du compte qualité (R4), par ailleurs l'indicateur de suivi du nombre de d'analyse effectué montre une forte progression sur l'année 2019 et l'établissement envisage l'acquisition d'un progiciel de screening des situations et des patients à risques pour mieux cibler les prescriptions devant bénéficier d'une analyse pharmaceutique systématique (rencontre de l'éditeur, visite d'un établissement déployant le logiciel et demande de financement FIR en 2018 et 2019). Lors-qu'elle est réalisée sur l'ensemble de la prescription, elle inclue le traitement personnel du patient. Par l'informatisation du dossier médical et des prescriptions, le pharmacien dispose des éléments médicaux (antécédents, allergies, traitement habituel, examen clinique, etc.) lors de son analyse pharmaceutique.

L'établissement met en œuvre une dispensation globale pour la majorité des molécules, elle se fait de façon hebdomadaire. La dispensation en HAD ainsi que pour certains médicaments à risque et certains antibiotiques est nominative, elle est réalisée de façon hebdomadaire. La gestion du traitement personnel est mis en œuvre selon les règles établies (séquestration du traitement durant l'hospitalisation et remise de son traitement à sa sortie). Lorsque le patient dispose d'un médicament qui n'est pas disponible en dotation ou dans l'établissement lors de son accueil, le traitement personnel est utilisé jusqu'à l'approvisionnement du secteur, évitant ainsi les ruptures de traitement. Le patient est alors informé de la pratique.

Les règles de transport, de stockage des médicaments au niveau de la PUI et des secteurs d'activité, notamment en ce qui concerne les médicaments à risque et des stupéfiants sont mises en œuvre. Cependant, le respect des règles de sécurisation de stockage des médicaments n'est pas toujours assuré. Lors de la visite du secteur de salle de naissance par les expert-visiteurs, il a été constaté que le chariot d'anesthésie n'était pas sécurisé (absence de scellés) alors qu'il contient des médicaments. Au cours de la visite l'établissement a sécurisé le chariot, il lui reste à s'assurer de la pérennité de l'action engagée.

La gestion des armoires de stockage des dotations, ainsi que la gestion des périmés au niveau cette dotation et des chariots d'urgence, sont réalisées par le préparateur référent du secteur d'activité en association avec le personnel infirmier selon les règles établies. La dotation des secteurs est révisée annuellement par la pharmacie en lien avec le chef de service et le cadre du secteur.

Les règles de préparation de la distribution définies sont mises en œuvre pour l'ensemble des formes médicamenteuses, les piluliers sont préparés de façon journalière à partir des prescriptions informatisées par le personnel infirmier. L'administration est réalisée et tracée sur un support unique prescription/administration informatisé par un professionnel autorisé. En HAD la traçabilité de l'administration est assurée sur un document prescription-administration papier. Le coordonnateur infirmier assure un contrôle régulier de la traçabilité et le cas échéant réalise des rappels sur les bonnes pratiques auprès des professionnels infirmier libéraux. Toutefois, la traçabilité de l'administration des

médicaments dans le dossier du patient n'est pas toujours assuré en temps réel. Lors des visites de terrain, les expert-visiteurs ont pu constater dans deux services (service de chirurgie urologique et service d'endocrinologie) que l'administration du traitement est tracée par anticipation, lors de la distribution, pour les patients identifiés comme autonome pour la prise médicamenteuse dans le DPI. Lors d'un second tour, l'infirmière s'assure oralement auprès du patient de la prise du traitement et en l'absence de prise elle modifie la planification des soins et trace l'absence de prise en la justifiant. L'information des patients sur le bon usage des médicaments est réalisée pendant son hospitalisation oralement par le médecin ou le personnel infirmier en charge du patient. Des supports d'information sur les médicaments sont à disposition des patients dans les secteurs de soins (par exemple en rhumatologie, en oncologie, en pneumologie, en gastro-entérologie). Une information sur la gestion de son traitement personnel est réalisée dans le livret d'accueil du patient.

La formation des professionnels sur le médicament est mise en œuvre, lors de l'intégration des nouveaux arrivants des points sur la prise en charge médicamenteuse sont réalisés par les pharmaciens. Par ailleurs le bilan formation sur la prise en charge médicamenteuse de 2018 montre que deux chambres des erreurs (191 professionnels concernés), cinq séances de e-learning sur la prise en charge médicamenteuse (36 professionnels formés), 5 ateliers pratique de calcul de dose (472 professionnels concernés) ainsi qu'une formation sur l'analgésie contrôlée par le patient (PCA) (176 professionnels concernés) ont été réalisées.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue son processus « prise en charge médicamenteuse » en s'appuyant sur les indicateurs nationaux obligatoires. Le recueil des indicateurs nationaux qualité et sécurité des soins (IQSS) en lien avec son activité sont suivi au niveau du service qualité et communiqués en CopilQPECM. Les indicateurs « Hôpital Numérique » concernant cette activité sont renseignés au niveau de l'établissement. Le CopilQPECM suit également des indicateurs qualitatifs et quantitatifs qui sont propres au processus comme « le nombre de validations pharmaceutiques » et « le nombre d'interventions pharmaceutiques ». Au travers de l'enquête e-Satis, le CopilQPECM le taux d'information patient sur son ordonnance de sortie. Enfin, les indicateurs CAQES sont suivi et prise en compte par le CopilQPECM.

L'évaluation de l'organisation de la prise en charge médicamenteuse a été réalisée régulièrement depuis 2013, en 2018 50% des unités de soins ont été auditées. La grille d'audit, révisée périodiquement porte sur les moyens de stockage, la préparation des médicaments, la planification et la réalisation de l'administration. Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur la prescription du sujet âgé est en cours depuis 2016, elle est inscrite au tableau de bord EPP de l'établissement. A ce jour elle a été mise en œuvre dans huit secteurs d'activité dont le service d'orthopédie dans le cadre du projet ortho-gériatrique.

Des audits de conformité sont également ont été réalisés en 2018 et en 2019 sur la prescription Médicamenteuse (« présence d'une prescription médicamenteuse le premier jour de l'administration » et « prescription chez le sujet âgé »), l'administration des médicaments (« concordance de la planification par rapport à la prescription médicamenteuse sur 48 heures ») et le stockage médicamenteux en unité de soins (« sécurisation de la pharmacie de l'unité de soins », « mise en séquestration du traitement personnel » et sécurisation du chariot de distribution des médicaments lors de la distribution »). A ces audits il faut ajouter des QUIZZ qualité intégrant des items sur la prise en charge médicamenteuse qui sont mis en œuvre depuis 2018.

L'établissement réalise également des visites de conformité-patients traceurs comportant des items sur la prise en charge médicamenteuse. Enfin, en 2017, une mesure un jour donné de la prévention d'interruption de tâche a été réalisé dans 13 unités de soins.

Les erreurs médicamenteuses sont déclarées au travers des fiches de signalement des événements indésirables. Elles sont suivies par les pilotes du processus lors des réunions du groupe restreint, les erreurs médicamenteuses graves donnent lieu à des analyses de causes profondes par le comité d'enquête et analyse (CEA). Le CopilQPECM suit des indicateurs en rapport avec les erreurs médicamenteuses comme le nombre de déclaration des erreurs médicamenteuses et le nombre de réunion d'analyse de cause en lien avec le médicament.

Le pharmacien-gérant chef de service réalise un rapport annuel d'activité de son secteur d'activité qui comporte un point qualité sécurité des soins notamment sur les erreurs médicamenteuse.

A / AGIR

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

En fonction des résultats des évaluations et du suivi des indicateurs, des actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre.

Les différents audits réalisés ont donné lieu à des actions d'amélioration comme celui de la prise en

charge médicamenteuse dans les unités de soins qui a fait évoluer le dossier du patient informatisé (DPI) pour rendre la traçabilité du motif d'annulation de l'administration par le personnel infirmier et sécuriser l'identification des médicaments à risque dans les unités de soins (logo spécifique pour ces médicaments).

L'analyse de causes des erreurs en lien avec le circuit des médicaments donne lieu à des actions de réduction des risques comme celles sur les erreurs de planification des soins qui ont donné lieu à des demandes de modification du dossier patient informatisé auprès de l'éditeur (planification automatique de la prescription avec moment de prise, vue d'ensemble de la prescription sur le plan de soins, etc.) et à la mise en place d'atelier formation sur la planification des soins.

Par ailleurs, le suivi semestriel du programme d'actions qualité et sécurité des soins (PAQSS) de la prise en charge médicamenteuse montre que 73% des actions prévues pour fin juin ont été finalisées à ce jour. Les seize actions en rapport avec les risques prioritaires ont été intégrées au compte qualité de l'établissement (37% ont été réalisées à échéance en juin 2109).

La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels et des patients, par l'affichage des résultats des indicateurs QSS dans l'établissement. En ce qui les autres évaluations des retours d'information sont réalisées auprès des professionnels par l'encadrement des secteurs et les pilotes du processus mais aussi dans supports d'information comme la lettre qualité de l'établissement (lettre N°6 de juin 2018 ayant pour thème la sécurité de la prise en charge médicamenteuse) et le journal de l'établissement Saint Jo info (éditorial N°32 de mai 2017 sur les résultats des chambres des erreurs). De nombreux documents sont mis à disposition et accessibles aux professionnels via l'intranet de l'établissement (fiche processus de la prise en charge médicamenteuse, PAQSS, bilan annuel de la prise en charge médicamenteuse).

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

Les urgences de l'Hôpital Saint Joseph sont parties prenantes du réseau des urgences au sein du territoire. L'établissement répond à une offre de soins de proximité pour le territoire de Marseille Sud et prend en charge H24 et 7/7 les besoins de soins immédiats et de soins urgents. La prise en charge des urgences et des soins non programmés est assurée par deux unités d'accueil des urgences distinctes au sein de l'hôpital : les Urgences Adultes et les Urgences Pédiatriques avec une activité croissante pour les urgences adultes (30 000 passages aux Urgences Adultes et 30 000 aux Urgences Pédiatriques en 2018). Les besoins nécessaires à la prise en charge de populations spécifiques (personnes âgées, personnes démunies, patients mineurs...) sont pris en compte ainsi que les situations particulières d'afflux potentiel.

Il existe une politique commune de prise en charge des urgences et des soins non programmés, intégrée aux orientations stratégiques de l'établissement (note d'orientation 2019, poursuite du projet d'établissement 2014/2018), à la politique qualité et précisée par le règlement intérieur au sein des services des urgences. Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et des risques. Elle prend en compte les politiques régionales menées par l'ARS, les orientations de la politique générale de management de la qualité et de la sécurité de l'établissement. Elle est déployée pour l'ensemble des secteurs d'accueil des urgences (adultes et pédiatrie) et tient compte de leur spécificité. Elle est validée par les différentes instances notamment la CME.

L'identification et l'analyse des risques menées par les professionnels concernés des deux services des urgences ont été réalisées à l'appui de cartographie des risques prenant en compte les diverses prises en charge selon le degré d'urgence (circuit court, circuit long, SAUV, secteurs d'hospitalisation de courte durée), les sources de données notamment l'analyse de la conformité à la réglementation, les résultats des procédures de certification, des évaluations et indicateurs, les analyses des événements indésirables et le suivi des plaintes et réclamations. Les risques hiérarchisés selon la méthode adoptée par l'établissement permettent de définir des priorités d'amélioration spécifiques à chaque service (6 priorités pour les urgences adultes et 4 pour les urgences pédiatriques). Un programme précise, pour chaque action d'amélioration, les modalités de suivi, responsabilités; la planification des actions dans des délais fixés selon un échéancier, le suivi des actions et clôture. Ce programme est présenté aux instances de l'établissement dont la CME, le comité qualité sécurité des soins et développement durable (CQSSDD) et la CDU. Il est intégré au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement et conduit à la réalisation du compte qualité. Ce PAQSS présenté en CME et en commission des urgences et du non programmé (CUNP) est disponible sur l'espace collaboratif intranet.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation formalisée est définie pour assurer le pilotage de la prise en charge des urgences et des soins non programmés. Ce pilotage est assuré par les médecins chefs des services d'urgences adultes et pédiatriques et adjoint et les deux cadres de santé assistés par des copilotes (cadre supérieure de santé et directrice qualité). Les rôles et responsabilités de ces pilotes et copilotes sont identifiés et formalisés dans une lettre de mission, fiches de poste des professionnels et contrats d'engagement. Leur rôle est d'analyser, en réunions bimestrielles, les tableaux de bord de pilotage de leurs unités respectives (suivi des indicateurs), les plaintes et réclamations, les événements indésirables, d'élaborer et/ou actualiser des procédures, protocoles et d'assurer le suivi de l'avancée du PAQSS et du compte qualité.

La commission des urgences et du non programmé (CUNP) est la structure pilote de la mise en œuvre de la politique. Ses missions, sa composition et son mode de fonctionnement sont formalisés. Elle s'assure de la coordination, du suivi du plan d'actions, du recueil des indicateurs, de l'analyse des résultats et de leur communication. Ses missions incluent la qualité/gestion des risques. Elle implique de manière effective les services de soins d'aval pour définir les modalités de fonctionnement et les actions d'amélioration en fonction des dysfonctionnements et/ou événements indésirables identifiés et l'administration (réunions semestrielles plénières) pour définir les objectifs et actions prioritaires à mettre en œuvre et la réalisation du bilan annuel.

L'établissement a formalisé l'organisation et le fonctionnement des services des urgences au sein de chartes de fonctionnement formalisées et actualisées pour les deux services. Elles engagent l'implication des professionnels dans leurs missions respectives, précisent les modalités d'accueil et de prise en charge des patients et la continuité des soins, les circuits de prises en charge et leur organisation, définissent les différentes filières de prises en charge et la structuration de la démarche qualité gestion des risques.

Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) sont identifiées en fonction des besoins, des risques, de la réglementation et des recommandations. Un plan de formation institutionnel est établi en cohérence avec les objectifs du service et de l'établissement. La formation des professionnels à l'accueil et à l'orientation tient compte de l'identification des besoins. Des actions de formation interne (théoriques et pratiques) sont organisées depuis janvier 2018 pour maintenir les compétences en lien avec le travail en services d'urgence (arrêt cardiaque, hémorragie...) et la maîtrise de matériels spécialisés (défibrillateur,

respirateur...). Des modalités d'intégration des nouveaux arrivants sont définies pour les deux services et formalisées pour le service des urgences adultes.

Les ressources documentaires intégrées au système de gestion documentaire sont identifiées et mises à disposition des professionnels notamment les protocoles en situation d'exception comme Hôpital en tension et le plan blanc (phénomène épidémique, NRBC, accueil massif de victimes...), pour la coordination avec l'aval (services de spécialités, consultations post-urgence), les prises en charge spécifiques, les prises en charge directes des urgences sur certains secteurs, l'organisation de la gestion des lits (cellule de gestion des lits, CAT pour la gestion des lits d'urgences et du service de Médecine d'Urgence Polyvalente), la coordination avec les services médico-techniques (laboratoire et imagerie), les procédures de traitement spécifique (AVC, IDM, douleur...)...

La configuration des locaux en fin de structuration (dernière phase du chantier en cours concernant la salle d'attente, l'accueil des patients et le circuit court du service des urgences adultes avec un échéancier à l'automne 2019) prend en compte les besoins et les risques. La maîtrise du risque infectieux est prise en compte, l'hygiène des locaux est organisée (épidémie, identification des patients BMR...). La sécurité des personnes (patients et professionnels) est organisée, les accès aux services sont sécurisés.

L'établissement a organisé les interfaces en externe et en interne. Les modalités d'organisation sont formalisées via des contractualisations pour les coopérations et partenariats pour des filières spécifiques externes (neurochirurgie, psychiatrie...). Par ailleurs, il a formalisé les procédures de recours aux spécialistes internes entre le service des urgences et les services de spécialités (tableau de garde mensuel actualisé quotidiennement). Les interfaces avec les secteurs d'activité internes de l'établissement, les secteurs médico-techniques (laboratoire, imagerie, PUI, EOH), les secteurs techniques et logistiques (linge, déchets, transport, eau, air), administratifs, qualité gestion des risques et CDU sont définies. Des priorités de traitement notamment pour les examens complémentaires (bilans sanguins et radiologie) sont organisées, le service disposant de brancardiers dédiés pour assurer les transports. Le système d'information, intégré au système d'information hospitalier, permet d'assurer la coordination et la continuité de la prise en charge des patients aux urgences et dans les différents secteurs d'activité (radiologie, laboratoire, bloc opératoire, services de soins, consultations...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle. Cette déclinaison repose sur une concertation, l'implication des équipes étant facilitée par le biais de la CUNP avec la présence de la direction, du président de la CME, des médecins et soignants ainsi que les réunions des pilotes de processus, les réunions de services (staff quotidien aux urgences adultes et staff hebdomadaire aux urgences pédiatriques élargi au pôle mère-enfant).

Au cours de ces réunions de service, les responsables (médecins chefs et cadres de santé) sensibilisent les professionnels notamment sur les risques spécifiques liés au secteur d'activité, les résultats des évaluations et indicateurs, les plaintes et réclamations, la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (procédures, protocoles, consignes, contrats d'engagements...). Les professionnels sont mobilisés lors de l'analyse des plaintes et réclamations, l'analyse des événements indésirables (RMM, CREX)...

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin, comme par exemple lors de résultats d'indicateur laissant apparaître dans le service d'accueil des urgences adultes un délai de prise médicale non cohérent avec le niveau de gravité. Une analyse mensuelle de ces délais est réalisée pour mesurer l'efficacité des actions mises en œuvre (ajout d'une vacation médicale/Médecin d'accueil et d'orientation sur le créneau 19h/23h fin 2018). Les tableaux de bord des indicateurs qualité et les plans d'actions sont communiqués aux équipes lors des staffs et réunions et via l'espace collaboratif au sein des deux services.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles. Les effectifs médicaux et paramédicaux permettent d'assurer la continuité de la prise en charge H24 et 7/7. Les infirmiers postés à l'accueil et l'orientation (IAO) sont formés. L'établissement a créé des postes de médecins d'accueil et d'orientation pour le service des urgences adultes. Des personnels administratifs à l'accueil au service des urgences adultes et des IAO au service des urgences pédiatriques sont sensibilisés aux enjeux de l'identification du patient. Face aux risques prioritaires identifiés au sein des deux services, des formations institutionnelles sont dispensées notamment pour la gestion des conflits et de l'agressivité et pour le maintien des compétences des infirmiers d'orientation et d'accueil (IAO). Des parcours d'intégration sont mis en place pour la formation en réanimation adulte, pédiatrique et néonatale. Des formations thématiques sont dispensées lors des staffs au sein des deux services sur les spécificités des patients accueillis aux services des urgences. Des ateliers de mise en situation intégrant la réanimation cardio pulmonaire, l'utilisation des matériels sont déployés.

La structure des urgences dispose d'un secteur dédié au tri et à l'orientation des patients, de salles d'examen et de soins pour les circuits courts et les circuits longs, de salles d'accueil des urgences vitales

(deux pour le secteur des urgences adulte et une pour celui de la pédiatrie) comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate, d'une zone d'hospitalisation de courte durée. Les box sont équipés de fluides, de systèmes d'appel et de rideaux mobiles pour les box doubles.

L'aménagement des locaux permet l'accès aux personnes handicapées. La configuration des locaux est conforme à la réglementation sauf pour la zone en cours de travaux sur le secteur adulte (salle d'attente, accueil administratif et IOA, accueil de la filière courte) dont l'échéancier est prévu pour l'automne 2019. Dans le plan blanc, un lieu est défini, situé juste à proximité du service des urgences adultes, pour accueillir des patients ou des victimes se présentant massivement à la structure des urgences. La disponibilité des matériels médicaux est effective au sein des deux unités et leur maintenance préventive et curative inclut le recours à des équipements et matériels de remplacement en cas de panne. Des systèmes de sécurité permettent de sécuriser les services (caméra de surveillance en salle d'attente et deux caméras dans le service, sécurisation de la porte coulissante à l'entrée avec contrôle d'accès, bouton d'appel sécurité relié à la police, présence d'un maître chien la nuit, appel et intervention PC sécurité). Le système d'information (dossier patient informatisé institutionnel et module spécifique adapté à l'activité des urgences) permet de rendre disponibles les éléments nécessaires à la continuité de la prise en charge du patient.

Les ressources documentaires nécessaires pour la prise en charge des urgences et des soins non programmés sont disponibles au niveau de l'espace collaboratif sur l'intranet. La gestion documentaire informatisée intègre les protocoles et procédures actualisés de l'établissement et spécifiques à l'activité. Celle-ci est accessible à tous les professionnels du service.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité des urgences traduisent les objectifs institutionnels en plans d'actions d'amélioration et les acteurs sont associés (équipes, instances). Ils mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Des indicateurs permettent d'identifier les temps d'attente et de passage. La traçabilité des actes est assurée.

Les conditions d'accueil et les organisations de prises en charge sont conformes aux dispositions prévues par l'établissement tenant compte des différentes catégories de populations, et des différents circuits et étapes de la prise en charge. La mise en place des circuits est effective.

La sécurité et le confort des patients sont recherchés notamment pour le respect des règles d'identitovigilance connues des professionnels administratifs et soignants, la priorisation des prises en charge selon le degré d'urgence, le relevé des constantes et la surveillance adaptée aux besoins, l'évaluation de la douleur, l'administration des soins prescrits, l'information des patients sur les modalités de priorisation... Les suivis des délais d'attente, des délais de prise en charge médicale selon le degré d'urgence contribuent à veiller à la sécurisation de la prise en charge et à l'accueil des patients.

La permanence des soins est assurée et connue des professionnels. Le recours aux avis spécialisés interne et externe est opérationnel notamment via le tableau des spécialistes de garde et d'astreinte accessible aux professionnels des services et l'accès aux filières régionales.

Les interfaces entre les services des urgences et les autres secteurs d'activité sont opérationnelles. La prise en charge des soins non programmés directement dans des secteurs de soins (hospitalisation, consultations) est effective (ophtalmologie, néphrologie...). Les modalités d'hospitalisation ou transferts externes sont connues des professionnels. La coordination du service des urgences adultes avec le service de médecine d'urgence polyvalente est facilitée par des réunions régulières. La disponibilité des lits est analysée par la cellule gestion des lits et à l'aide d'un logiciel dédié. L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient lors d'une hospitalisation ou consultation est effectif, le système d'information permettant d'assurer la coordination et la continuité de la prise en charge des patients (dossier patient informatisé institutionnel). La validation de la sortie est assurée par un médecin urgentiste et le patient reçoit les informations nécessaires à la continuité des soins notamment les consignes à suivre, le courrier pour le médecin traitant et les copies d'examens. L'organisation des transports est effective par la mise en place de protocoles de transfert et un brancardage interne dédié.

La gestion des événements indésirables via les procédures de signalement est effective, les supports de signalement sont connus des professionnels. Par ailleurs, l'implication des professionnels est effective via leur participation aux rencontres institutionnelles (participation du médecin chef au comité d'enquêtes et d'analyse), aux réunions de services où l'analyse des RMM, retours d'expérience, plaintes et réclamations REX sont conduits.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La structure de pilotage (CUNP) et les pilotes du processus assurent le suivi de la qualité et l'efficacité du processus de prise en charge des urgences et des soins non programmés. Cette évaluation est réalisée sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des indicateurs d'activité, des indicateurs nationaux qualité et sécurité des soins, des indicateurs qualité spécifiques au processus des urgences et des soins non programmés (délais du premier contact médical selon la gravité...). En parallèle, des évaluations telles que l'analyse de la gestion des patients hébergés, les visites de conformité/dossier patient, les audits d'identitovigilance, les audits de pratique (évaluation du respect de prise en charge en cas de

thrombolyse), les audits sur le risque infectieux et autres risques patients (chutes, escarres, dénutrition, risque suicidaire...) sont menés selon une périodicité définie. Le suivi régulier de la progression des indicateurs et résultats d'évaluation permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux. Les résultats sont examinés au sein des instances, des réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité. Ils sont synthétisés dans le tableau de bord de pilotage des services et coordonnés par la directrice qualité au niveau institutionnel.

En parallèle, un bilan d'activité est produit annuellement notamment sur le nombre de passages, le nombre de consultations post-urgences, le taux d'hospitalisation.

Le bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé à minima, une fois par an au sein de la CUNP. L'analyse permet d'identifier les risques résiduels nécessitant une surveillance particulière (délai de prise en charge médicale selon la gravité), les événements indésirables récurrents (agressivité envers les professionnels) et d'identifier les mesures complémentaires à prendre pour la révision du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les délais de mise en œuvre des actions d'amélioration sont respectés ou, le cas échéant, argumentés (recrutement en cours du médecin supplémentaire, dernière phase des travaux au SAU).

A / AGIR

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

L'établissement réexamine annuellement les risques significatifs résiduels afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement et réduction des risques. La politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés est ajustée et de nouveaux objectifs d'amélioration sont fixés au regard des résultats des indicateurs et évaluations. Des actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre de manière coordonnée et structurée, définies avec les professionnels des services concernés, la directrice qualité, la direction et la CME. Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques.

Le tableau de suivi des indicateurs, des résultats d'évaluation, les actions conduites et les comptes-rendus de réunions sont communiqués auprès des professionnels concernés via un système de diffusion dédié (espace collaboratif intranet) et affichages au sein des services. Les affichages, le site internet de l'hôpital et les réunions de la commission des usagers permettent d'informer les représentants des usagers et les usagers notamment sur les résultats des indicateurs nationaux qualité et sécurité des soins.

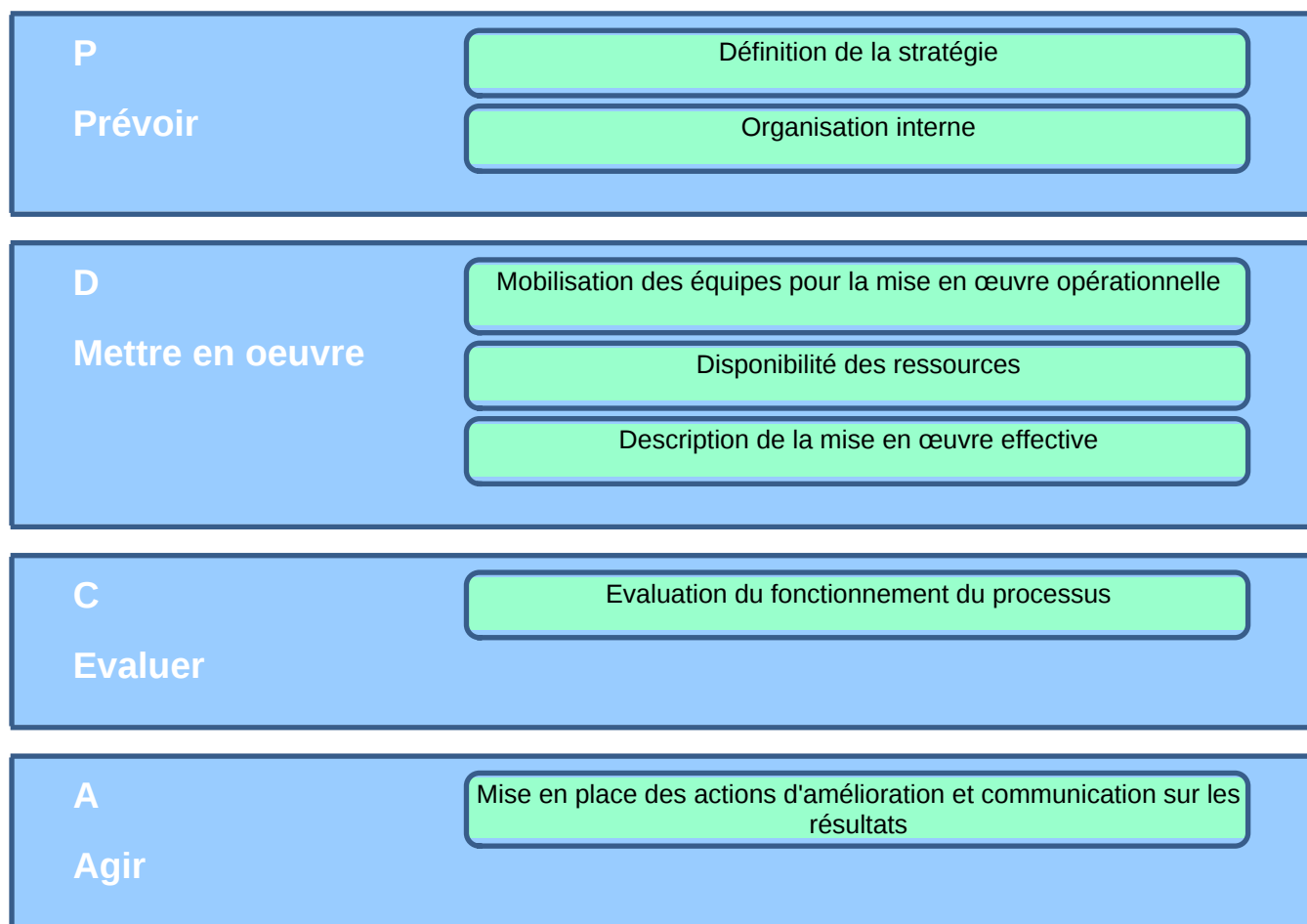
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
L'établissement dispose d'un bloc central de vingt salles (14 salles classées en ISO7 et 6 salles classées en ISO 5) et d'un bloc annexe (bloc Sainte-Monique) de trois salles (adaptées aux chirurgies de risque 3) où sont réalisées des ponctions pour les fécondation in-vitro (FIV), les interventions urologiques par endoscopie et les lithotripsies. Le bloc central est divisé en deux secteurs, un secteur de chirurgie général qui regroupe la chirurgie digestive, orthopédique, urologique, gynécologique et ORL pour la prise en charge adulte et pédiatrique et un secteur de chirurgie spécialisé qui regroupe la chirurgie cardiaque, thoracique, vasculaire, ophtalmologique et la rythmologie cardiaque. Le bloc central dispose également d'une salle équipée d'un robot et d'une salle hybride où est réalisée la chirurgie mini-invasive sous imagerie. Un secteur de surveillance post-interventionnel (SSPI) de vingt-huit postes lits est adossé au bloc central qui comprend un secteur adulte et un secteur enfant. Le bloc annexe dispose d'un SSPI de six postes. L'établissement a défini les objectifs de sa politique concernant bloc opératoire dans son projet d'établissement 2014-2018 au travers de objectifs généraux de son « projet médical » (maîtrise des activités ambulatoire en chirurgie, maîtrise des activités non programmées chirurgicale), de son projet « qualité-gestion des risques Relation avec les usagers » (axe 1, thématique 2, objectif 6 : sécurisation des blocs opératoires et des secteurs interventionnels) et de son projet architectural. Par ailleurs, le management du bloc opératoire a formalisé des objectifs opérationnels dans un document spécifique. Cette politique a été présentée et validée par les différentes instances des blocs opératoires et de l'établissement. Une cartographie des risques a été formalisée à partir d'une cartographie du processus prenant en compte le processus de réalisation, les processus supports et les processus de management. C'est à partir de cette cartographie que l'analyse des risques a été réalisée en tenant compte des recommandations de la certification V2014 et des événements indésirables du secteur ainsi que de la réglementation. Cette analyse réalisée de façon pluriprofessionnelle avec l'appui du service qualité, a donné lieu à un plan d'action (PAQSS). Le suivi de l'avancement du plan d'action est assuré par les pilotes du processus avec l'appui du service qualité, elle est réévaluée annuellement (au bilan intermédiaire de mai 2019, 76% des actions en ont été réalisé). Les risques identifiés ont été hiérarchisés à partir d'échelles proposées par la Haute Autorité de Santé (HAS), à ce jour cinq risques prioritaires ont été inscrits au compte qualité de l'établissement et son suivi au niveau institutionnel (au bilan intermédiaire de mai 2019, 80% des actions ont été réalisée). Le compte qualité a été présenté aux instances de l'établissement.
ORGANISATION INTERNE
L'établissement a établi une organisation pour piloter et coordonner le processus de prise en charge aux blocs opératoires, ils sont organisés pour assurer une activité programmée en semaine de 7h00 à 19h00 pour les salles d'intervention et de 7h30 à 20h30 pour le SSPI. Cette organisation est formalisée au travers du manuel qualité « bloc central-bloc Sainte Monique », la charte de fonctionnement du bloc opératoire et la charte de fonctionnement de la chirurgie ambulatoire. Ces documents sont validés et diffusés via le système de gestion documentaire électronique. Ils décrivent les modes de fonctionnement des secteurs et des différents types de prises en charge. Les responsabilités des acteurs intervenant dans les blocs opératoires sont définies au travers un organigramme intégrant les différents sites (bloc général et bloc Sainte-Monique) Les pilotes de processus sont identifiés, l'ensemble des catégories professionnelles sont représentées et participent au pilotage (médecin anesthésiste, chirurgiens, cadre de santé) et bénéficient de l'appui de la direction qualité. Des fiches de mission ont été élaborées pour chacun des pilotes. Ils ont été formés sur l'analyse des processus et l'analyse des risques en interne par les responsables du service qualité. Les circuits personnels et patients (programmés, ambulatoire et urgences) sont définis ainsi que les circuits logistiques (déchets, linge, dispositifs médicaux, ancillaires, etc.) dans le manuel qualité et des procédures (inscription du patient au bloc opératoire, gestion des urgences et du non programmé). Le bloc opératoire dispose d'un conseil de bloc (COBO général) dont les missions, la composition et la périodicité des réunions (une réunion plénière par des an et réunions extraordinaires par secteur) sont précisées dans le manuel qualité et la charte de bloc. Au regard des besoins et des risques identifiés et des types de prise en charge réalisés dans l'établissement, l'établissement prévoit les ressources humaines et les compétences nécessaires. L'établissement a budgété 22 postes équivalents temps plein (ETP) d'infirmier anesthésiste (IADE), 49 postes ETP d'infirmier de bloc (IDE), dont huit ont le diplôme d'infirmier de bloc opératoire et cinq sont en cours de formation, 3 poste ETP d'infirmier coordonnateur de bloc, 1 poste ETP d'infirmier chargé des dispositifs médicaux implantables (DMI), 1 poste ETP d'infirmier en charge de la stérilisation et 4 postes ETP d'aide-soignante. Au niveau du SSPI l'établissement a budgété 10 ETP d'infirmier et 1 ETP aide-soignant. Des fiches de postes sont formalisées pour chacune. Par ailleurs, un médecin coordonnateur de

la chirurgie ambulatoire est identifié et possède une fiche de poste. Ces ressources permettent notamment d'assurer un système de garde et astreinte médicale (trois lignes d'astreinte pour les médecins anesthésiques) et paramédicale (deux lignes d'astreinte pour les IDE de bloc et une ligne d'astreinte pour les IADE) pour les urgences chirurgicales en dehors des heures ouvrables. La formation des professionnels ainsi que l'intégration des nouveaux arrivants sont organisées, des actions de formation sont inscrites dans un tableau de suivi des formations. Un recueil des besoins est organisé annuellement auprès des professionnels par le service formation de l'établissement. Pour les nouveaux arrivants un livret d'accueil est formalisé et une période d'adaptation à l'emploi est organisée.

Les locaux sont adaptés aux activités du bloc opératoire. Les équipements du bloc opératoire sont adaptés à leur activité. Chaque année l'établissement organise une campagne d'investissement à laquelle est intégré le bloc opératoire. Des postes informatiques sont disponibles dans chaque salle d'intervention et dans la SSPI.

Le système de planification des interventions est informatisé, il est intégré au système d'information de l'établissement, permet la régulation des activités et de garantir la programmation des blocs.

Le matériel biomédical à disposition dans les salles d'intervention est adapté à l'activité et le dispositif de maintenance curatif et préventif est organisé par le service biomédical.

Le dispositif de maintenance des locaux est organisé, il repose sur des partenaires externes pour la mesure de la qualité de l'air, l'eau et des gaz médicaux. Le nettoyage des salles et des annexes du bloc opératoire est organisé, il est assuré par une équipe interne. Le bio-nettoyage des salles est organisé, il est prévu un bio-nettoyage lors de l'ouverture des salles, entre chaque intervention et à la fermeture des salles. Le contrôle d'ouverture des salles est organisé, de fiches d'ouverture de salle sont formalisées dans le système informatique.

La prévention des risques professionnels en matière de radioprotection est organisée. Le contrôle des dosimètres passif et actifs est assuré par la Personne Compétente en Radio-protection (PCR) présente à temps plein sur l'établissement.

L'établissement a organisé la traçabilité des dispositifs médicaux implantables (DMI) par la mise en place d'une traçabilité informatique. Cette organisation permet de faire le lien entre le matériel implanté et le patient ainsi qu'avec la pharmacie qui gère les DMI.

L'organisation concernant les ressources documentaires est définie. L'ensemble des professionnels du bloc opératoire a accès au logiciel de gestion documentaire de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres de santé IADE et IDE sont des pilotes du processus, elles ont la charge d'assurer le retour d'information concernant la mise en œuvre et l'évolution de la politique qualité et sécurité des soins au bloc opératoire auprès des équipes avec l'appui des binômes qualifiés.

Lors de l'analyse des risques du processus, les professionnels ont été sollicités par les pilotes du processus, lors de réunions, pour exprimer leur avis et pour certains ont participé au groupe de travail chargé d'analyser les risques du processus.

Au niveau des secteurs d'activité, les contrôles de conformités des pratiques sont assurés par l'encadrement notamment au travers des QUIZZ et des vérifications de pratiques périodiques. L'implication des équipes en matière de signalement est effective, les professionnels ont connaissance des modalités de signalement des événements indésirables. En cas d'événements indésirables les impliquant, leur avis est recueilli lors de la recherche des circonstances précédant l'analyse de causes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les documents utiles au bloc opératoire, en ce qui concerne le management de la qualité et de la gestion des risques, sont mis à disposition des professionnels dans le logiciel de gestion documentaire électronique et au niveau de « l'espace collaboratif démarche qualité certification via l'intranet ». Les procédures et protocoles spécifiques aux pratiques professionnelles du bloc opératoire sont accessibles sur le logiciel d'informations de gestion documentaire. Les documents sont actualisés selon la périodicité définie dans la procédure. La check-list HAS est disponible en version papier dans le dossier du patient. L'ensemble des outils informatiques concourant à la prise en charge du patient sont accessibles au bloc opératoire : le dossier patient informatisé, le dossier anesthésie informatisé, la programmation des salles et la gestion des transports. L'accès aux données est sécurisé (tout intervenant disposant d'un code d'accès et d'une formation en rapport avec leur niveau d'accréditation).

Les ressources humaines sont mises en place au niveau du bloc opératoire tant médicale que paramédicales. Elles permettent d'assurer la sécurité de la prise en charge des patients sur les heures ouvrables sur l'ensemble des secteurs des blocs opératoires (dans les salles de bloc et dans les SSPI) et pour l'ensemble des types d'activité. En effet, sont présents en heure ouvrable un médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) au minimum pour deux salles d'intervention contiguës, une IADE par salle et une infirmière de bloc par salle, une infirmière coordonnatrice de bloc, au minimum deux IDE en SSPI et des aides-soignants (AS). En dehors des heures ouvrables, les listes des professionnels médicaux de garde et d'astreinte et ainsi que les listes de garde et d'astreinte soignante sont accessibles et tenues à jour. Cela permet d'assurer la continuité et la sécurité des soins en cas d'urgence chirurgicale. Au niveau de l'

encadrement du secteur, les cadres de santé du bloc sont présents aux heures ouvrables. La régulation journalière du bloc est assurée par l'infirmière coordonnatrice du bloc opératoire qui est également en charge de l'intégration des urgences dans la planification journalière

Des formations des professionnels sont mises en œuvre au niveau du bloc opératoire (formation en chirurgie cardiaque, formation en chirurgie de la cataracte et de la rétine, etc.). Des formations sur la radioprotection sont mises en œuvre auprès des professionnels médicaux et soignants du bloc opératoire par le PCR. La majorité des professionnels impliqués dans la manipulation d'appareil émettant des rayonnements ionisants ont été formés.

En ce qui concerne les locaux, l'ensemble des salles est conforme pour la cinétique d'élimination des particules. Les deux blocs disposent d'un secteur de dé-cartonnage, de salles de stockage du matériel, de salles de stockage des déchets, d'une pharmacie sécurisée (réfrigérateur sécurisé, coffres à toxiques sécurisés, attribué à chaque anesthésiste), d'une zone de pré-désinfection et de tri du matériel. Par ailleurs, le bloc central dispose d'un local permettant la réalisation des examens anatomo-pathologiques extemporanés. Le dépôt de sang est contigu au SSPI. Chaque salle d'intervention est affectée à une spécialité chirurgicale et dispose d'un SAS d'induction et d'un arsenal. Il dispose de vestiaires personnels sécurisés.

Les locaux sont entretenus, le bio-nettoyage est assuré à l'ouverture des salles, entre chaque intervention et en fin de programme par l'équipe aide-soignant ainsi qu'au niveau de la SSPI. Le contrôle des salles est assuré de façon journalière à leur ouverture. Le matériel de surveillance environnemental (surpression des salles, température des salles, contrôle des flux, de contrôles bactériologiques) est disponible.

Les matériels nécessaires à la prise en charge des patients sont mis à disposition des professionnels (produits pharmaceutiques, chariots d'urgence, matériel chirurgical, matériel biomédical). Le matériel individuel de radioprotection est mis à disposition des professionnels, ainsi que des dosimètres passifs et des dosimètres actifs. Les salles utilisant des rayonnements ionisants sont équipées d'avertisseurs externes de mise en tension des matériels ionisants.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels du bloc opératoire mettent en œuvre les organisations et les procédures définies pour son fonctionnement et le management interne. Leurs pratiques, dont le contrôle d'identité du patient, sont conformes aux règles établies dans la charte et aux procédures.

Le conseil de bloc est opérationnel, il se réunit selon la fréquence prévue dans la charte de fonctionnement du bloc comme le montre les différents comptes rendus de réunion.

La coordination entre les secteurs d'hospitalisation et les blocs opératoires est assurée au travers le dossier patient informatisé, qui est accessible dans les salles de bloc dans lequel sont saisis le recueil des données infirmiers, la fiche de liaison service-bloc et la check-list « sécurité patient au bloc opératoire ». La transmission des éléments d'imagerie ainsi que les résultats d'examens de biologie sont informatisés et accessibles au bloc opératoire. Le logiciel informatique de prescription étant disponible dans les secteurs et au niveau du bloc opératoire, les prescriptions médicamenteuses post-opératoires sont disponibles en temps réel au niveau des secteurs de soins. Les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles.

La traçabilité dans le dossier anesthésique est effective en préopératoire, en per-opératoire et en post-opératoire dans le dossier patient informatisé. La sortie du secteur de surveillance post-interventionnel est validée par le médecin responsable et tracé dans le dossier informatisé selon le score d'ALDRETE. La visite pré-anesthésique est tracée dans le dossier du patient. Lors de la visite du bloc opératoire l'expert-visiteur a pu constater qu'en chirurgie pédiatrique ambulatoire, l'entretien avec les parents, suite à la visite pré-anesthésique de l'enfant, a été réalisé dans un couloir à proximité du SSPI.

Les différentes instances participant à la programmation du bloc sont opérationnelles. Le conseil de programmation pluriprofessionnel se réunit de façon hebdomadaire (chaque jeudi) pour valider la programmation de la semaine S+1. La cellule de programmation composée de l'encadrement du bloc et de la secrétaire réalise l'ordonnancement du programme opératoire à J-1. La cellule de régulation composée des infirmiers coordonnateurs et des cadres de bloc régule l'activité journalière. L'établissement a mis en place un système informatique de planification du service de brancardage accessible au bloc opératoire et dans les unités de soins ayant permis de réguler les flux d'entrée et de sortie du bloc. Une cellule de régulation veille au respect des horaires de démarrage et de fin de programme, elle intègre, le cas échéant, les urgences dans le programme du bloc.

La check-list papier « sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre pour les interventions chirurgicales comme le montre les audits de complétude périodiquement réalisés. Cette check-list est scannée pour être intégrée au dossier informatisé du patient.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables est assurée au niveau du bloc opératoire et au niveau du dossier du patient.

La traçabilité des contrôles lors de l'ouverture des salles ainsi que celle du bio-nettoyage des salles est assurée au travers des différents outils informatiques mis à disposition des professionnels.

Les contrôles environnementaux (qualité de l'air, qualité de l'eau et contrôle bactériologiques) sont réalisés et tracés. La traçabilité de la surveillance journalière de la surpression des salles est assurée.

Les mesures de radioprotection sont mises en œuvre et le contrôle des appareils de radio-protection est assuré.

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Le conseil de bloc (COBO) suit les indicateurs nationaux IQSS en lien avec son activité notamment la tenue du dossier anesthésique ainsi que les indicateurs d'infection du site opératoire (ISO). Les indicateurs « hôpital numérique » en rapport avec le processus sont suivis au niveau de la direction de l'établissement. Par ailleurs, des indicateurs quantitatifs portant sur l'activité comme le suivi mensuel de l'activité du bloc, le taux d'occupation des salles et le taux de débordement des salles sont pris en compte et suivi en conseil de bloc. Un tableau de bord des indicateurs est formalisé.

Le bloc opératoire suit également, de façon régulière, ses événements indésirables lors de réunions de comité de retour d'expérience du pôle (CREX). Pour les événements graves, le Comité Enquête Analyse (CEA) réalise des analyses de causes approfondies.

Une Revue de Morbi-Mortalité (RMM) été mise en place au niveau du bloc opératoire, elle se réunit à périodicité définie selon les modalités définies dans sa charte. Par ailleurs, les médecins anesthésistes participent aux RMM des secteurs de chirurgie.

Des audits cliniques sont mis en œuvre au sein du bloc comme la complétude de la check-list, le parcours anesthésique, les prélèvements d'anatomo-pathologie et l'autorisation de sortie en chirurgie ambulatoire. Ces EPP sont inscrites au tableau de bord des EPP qui est suivi par le service qualité.

Enfin l'encadrement du secteur met en œuvre des vérifications de pratiques portant sur les pratiques du bloc à partir d'une trame institutionnelle. Les résultats sont suivis en conseil de bloc. Des QUIZZ sont réalisés portant sur les pratiques professionnelles.

Les résultats des indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont pris en compte dans le bilan d'activité annuel du bloc opératoire qui est présenté en COBO du bloc général.

A / AGIR**MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS**

En fonction des résultats des évaluations, des actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre lors du suivi des indicateurs, des analyses des fiches de signalement des événements indésirables comme la mise place d'une fiche d'instruction sur le formol par le préventeur des risques professionnels et la réalisation de protocole suite à une chute au bloc opératoire. Les résultats des audits donnent lieu, le cas échéant, à des actions d'amélioration comme la sensibilisation par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) des professionnels suite à un audit sur le circuit des déchets.

Par ailleurs, l'analyse des risques réalisé et suivi dans le cadre des certifications V2014 a permis d'identifier des actions d'amélioration et celles en rapport avec les risques prioritaires ont été intégrées au compte qualité de l'établissement.

Des actions de communication sur les résultats des évaluations conduites sont menées en conseil de bloc lors de la présentation de bilan d'activité annuels et auprès des professionnels par la mise à disposition des résultats des évaluations sur l'intranet.

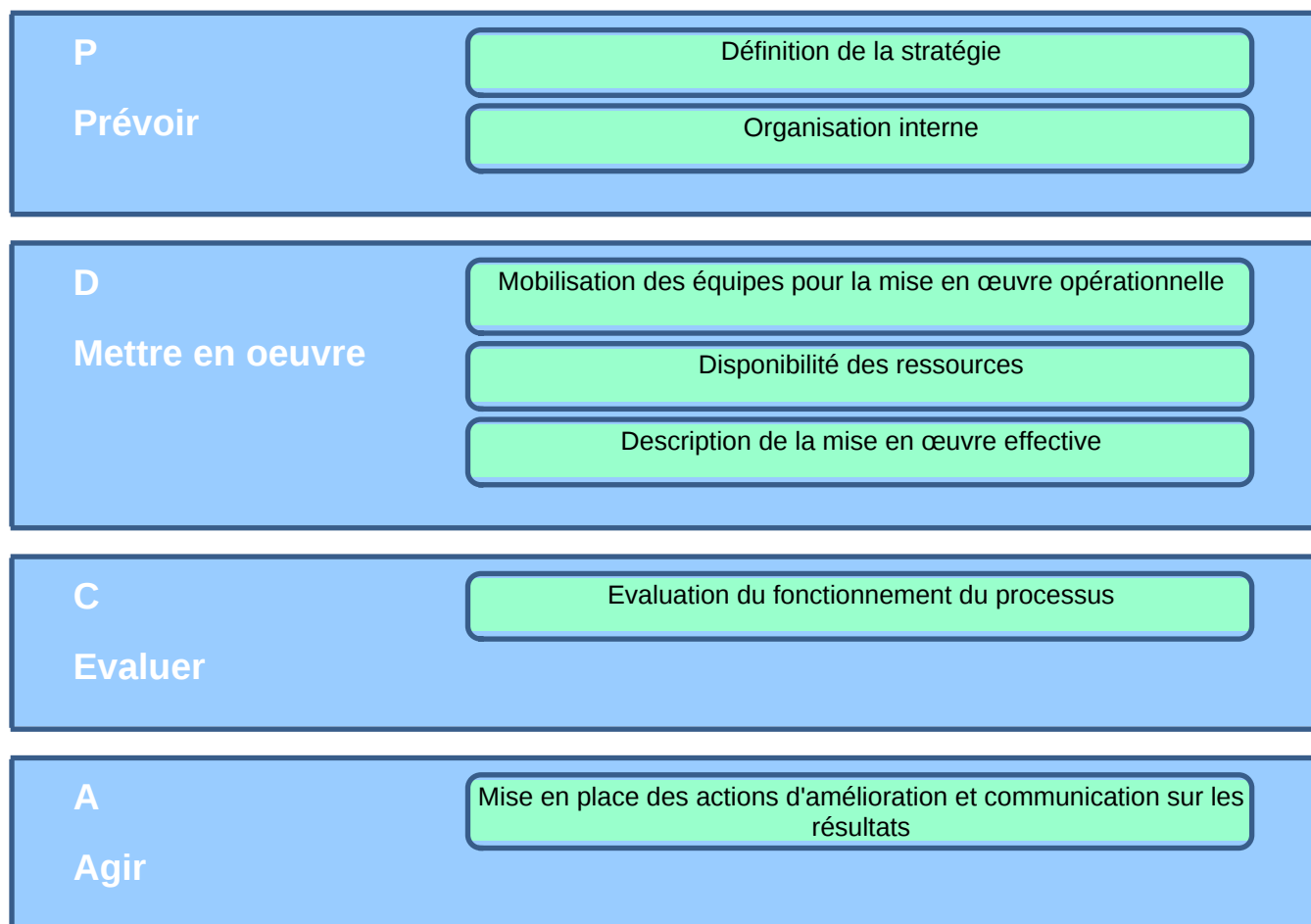
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

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'établissement dispose d'un secteur interventionnel composé d'une salle de coronarographie et d'une salle d'imagerie vasculaire. En cas d'indisponibilité de la salle de coronarographie, notamment en cas d'urgence, un repli est possible sur la salle de vasculaire. Par ailleurs, la salle de rythmologie est intégrée au bloc opératoire qui dispose d'une salle hybride. L'ensemble des salles est classé en ISO7. L'établissement inscrit l'imagerie interventionnelle dans les enjeux stratégiques de son projet médicale d'établissement (enjeux N°4 : « développer la chirurgie cardiaque et la cardiologie médicale ») et dans les axes de son projet de soins d'établissement (axe 2 : « coordination et complémentarité avec les autres professionnels ») qui sont intégrées dans le projet d'établissement. La politique qualité du secteur est déclinée dans le document « politique de management de la prise en charge des patients en imagerie interventionnelle » intégré à la gestion électronique de l'établissement. Elle prend en compte les recommandations de la certification V2014, les risques identifiés au niveau des secteurs et les recommandations issues des inspections de l'Agence de Sûreté Nucléaire (ASN). Cette politique a été présentée et validée en conseil de bloc (COBO interventionnelle) et une révision annuelle de cette politique est réalisée par cette instance. Une cartographie des risques a été réalisée à partir d'une cartographie du processus prenant en compte le processus de réalisation, les processus supports et les processus de management. Les risques ont été identifiés à partir de l'analyse des fiches d'événements indésirables du secteur, de l'analyse des plaintes et réclamations et des résultats des audits. Ils ont été hiérarchisés à partir d'échelles proposées par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle a été réalisée par l'encadrement du service avec l'appui du service qualité de l'établissement, les risques identifiés ont été présentés aux professionnels du secteur. Elle a donné lieu à un plan d'actions d'amélioration, le suivi de ce plan est assuré par les pilotes du processus en appui avec le service qualité, le taux d'avancement des actions montre qu'à ce jour 56% des actions prévues pour 2019 sont réalisées. Les cartographies sont réévaluées à minima tous les deux ans, elles sont mise à disposition des professionnels au niveau de « l'espace collaboratif qualité certification » sur l'intranet de l'établissement. A ce jour, trois risques prioritaires ont été inscrits au compte qualité de l'établissement. Ces risques sont suivis au niveau institutionnel, le compte qualité a été présenté aux instances de l'établissement.
ORGANISATION INTERNE
L'établissement a établi une organisation pour piloter et coordonner le processus d'imagerie interventionnelle au niveau institutionnel. Cette organisation est formalisée au travers du manuel qualité du secteur d'imagerie interventionnelle et la charte de fonctionnement du bloc II. Ces documents sont validés et diffusés via le système de gestion documentaire informatique de l'établissement. Ils décrivent les modes de fonctionnement des secteurs et des différents types de prise en charge ainsi que les responsables des acteurs intervenant dans les secteurs. Les pilotes du processus imagerie interventionnelle sont identifiés (cadre de santé du secteur, cadre supérieur de santé, président du conseil de bloc (COBO) du secteur interventionnel. Ils s'appuient sur un groupe qui intègre des représentants de l'équipe médicale de cardiologie et d'imagerie (dont le médecin du binôme qualité du secteur) ainsi que la directrice des soins adjointe. Leurs fiches de mission ont été élaborées. Les pilotes et les professionnels participant au groupe ont été formés sur l'analyse des processus et l'analyse des risques en interne par les responsables du service qualité. Le secteur a mis en place un conseil de bloc (COBO interventionnel) dont la composition, les missions et le fonctionnement sont définies dans la charte du bloc. La régulation des activités de l'ensemble des secteurs est organisée. Des créneaux de vacation sont alloués aux praticiens par décision du conseil de bloc interventionnel. Le patient est inscrit au programme via un logiciel de programmation. Un staff de programmation valide le programme de façon hebdomadaire. Les ajouts hors programmation, notamment les urgences (coronarographie en urgence, embolisation des hémorragies du post-partum), sont organisés, une infirmière de coordination est identifiée pour les gérer. Au regard des besoins et des risques identifiés et des types de prise en charge réalisés, l'établissement prévoit les ressources humaines et les compétences nécessaires. L'établissement a budgété 5 postes d'équivalent temps plein (ETP) d'infirmier (IDE), 4 postes ETP de manipulateur en électroradiologie médicale (MEM), 1 ETP d'infirmière coordonnatrice, 2 ETP, 1 ETP d'agent des services hospitaliers (ASH) et 1 ETP de brancardier. Par ailleurs, un médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) est présent pour tout acte de coronarographie. L'encadrement soignant du secteur est assuré par un cadre de santé. En ce qui concerne les actes de rythmologie, le bloc met à disposition les ressources humaines et les compétences nécessaires. Des fiches de poste sont formalisées pour les différents intervenants (fiche de poste de MEM, fiche de poste pour IDE du bloc interventionnel, fiche de poste pour IDE coordonnatrice) La formation des professionnels est organisée au niveau institutionnel, un recueil annuel des besoins de formation pour les professionnels est formalisé et diffusé par le service formation de l'établissement. Par

ailleurs, le secteur répond, dans la mesure du possible, aux demandes ponctuelles et spécifique. L'accueil des nouveaux arrivants est organisé. Pour tout nouvel arrivant une entrevue est organisée, le livret d'accueil lui est remis lors de celle-ci, ainsi qu'une journée institutionnelle de formation des nouveaux arrivants. Un compagnonnage est organisé et suivi au travers sa « feuille de route du nouvel arrivant », l'habilitation au poste de travail est validée par le cadre du secteur en fin de la phase de doublage. L'accueil des étudiants est également organisé. Des formations sur la radioprotection sont organisées pour l'ensemble des catégories professionnelles par le PCR.

L'ensemble des salles est conforme et les équipements des secteurs sont adaptés à leur activité. Des postes informatiques sont disponibles dans chaque secteur, et les deux salles du secteur disposent d'un logiciel informatique interfacé au dossier patient informatisé.

Le matériel biomédical dans les salles d'intervention est adapté à l'activité et le dispositif de maintenance curatif et préventif est organisé par le service biomédical.

Le dispositif de maintenance des locaux est organisé. Le bionettoyage des salles est organisé : il est prévu un bionettoyage lors de l'ouverture des salles, entre chaque intervention et à la fermeture des salles. Le contrôle d'ouverture des salles est organisé et de fiches d'ouverture de salle sont formalisées.

La prévention des risques professionnels en matière de radioprotection est arrêtée. Le contrôle des dosimètres passif et actif est assuré par la personne compétente de la radioprotection (PCR) présente à temps plein dans l'établissement. Le suivi des surexpositions des patients est organisé ; il est réalisé par le PCR de la responsabilité de d'un physicien médicale (PSRPM) externe à l'établissement. La déclaration à l'Agence de Sureté Nucléaire (ASN) est prévue en cas d'accident de surexposition d'un patient.

L'établissement a organisé la traçabilité des dispositifs médicaux implantables (DMI) par la mise en place d'une traçabilité informatique au niveau du logiciel d'imagerie.

L'organisation concernant les ressources documentaires est définie, elle intégrée à la gestion documentaire informatisée de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le secteur a identifié un binôme qualité en les personnes du cadre de santé du secteur et d'un médecin radiologue qui participent au pilotage du processus. Elles ont la charge d'assurer le retour d'information concernant la mise en œuvre et l'évolution de la politique qualité et sécurité des soins auprès des équipes. Ce binôme a en charge la sensibilisation des professionnels aux risques et aux évaluations des pratiques professionnelles (EPP) du secteur. Lors de l'analyse des risques du processus, les professionnels ont été sollicités par les pilotes lors de réunions pour exprimer leur avis.

Au niveau des secteurs, les contrôles de conformités des pratiques sont assurés par l'encadrement notamment au travers de QUIZZ et de visites de conformité. L'implication des équipes en matière de signalement est effective et les professionnels ont connaissance des modalités de signalement des événements indésirables. En cas d'événements indésirables les impliquant, leur avis est recueilli lors de la recherche des circonstances qui précède les analyses de causes profondes, notamment réalisée en commission d'enquête et analyse (CEA) pour les événements indésirables graves associés aux soins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines, tant médicales que paramédicales, définies sont mises en place au niveau du secteur. Les effectifs, en nombre et en compétences, en place sont conformes aux règles définies par l'établissement et la réglementation comme le montre les plannings des agents et les listes de garde et astreintes consultés. Ces ressources permettent d'assurer la sécurité de la prise en charge des patients sur les heures ouvrables dans l'ensemble des secteurs et pour l'ensemble des types d'activité. Pour toute intervention en salle de coronarographie sont présents un médecin cardiologue angioplasticien, un personnel infirmier, un manipulateur en électroradiologie médicale et un médecin anesthésiste-réanimateur. En salle de radiologie interventionnelle les effectifs prévus sont mis en œuvre. En ce qui concerne la rythmologie, le bloc opératoire met à disposition de la salle les effectifs prévus dans la charte du bloc opératoire. En dehors des heures ouvrables, les listes des professionnels médicaux de garde et d'astreinte et ainsi que les listes de garde et d'astreinte des personnels soignants sont accessibles et tenues à jour. Cela permet d'assurer la continuité et la sécurité des soins en cas d'urgence. Au niveau de l'encadrement du secteur, le cadre de santé est présent aux heures ouvrables. Pour la salle de rythmologie, l'encadrement est assuré par celui du bloc opératoire.

L'ensemble des professionnels impliqués dans la manipulation d'appareil émettant des rayonnements ionisants a été formé. Les professionnels présents avaient bénéficié de l'organisation définie pour les nouveaux arrivants.

Les documents utiles aux différents secteurs réalisant des actes d'imagerie interventionnelle (79 procédures formalisé pour le secteur soit en lien avec le bionettoyage, la radioprotection, la maternité, etc.), dont ceux en lien avec le management de la qualité et de la gestion des risques, sont mis à disposition des professionnels dans le logiciel de gestion documentaire électronique via l'intranet. La check-list « pré / post interventionnelle », sous format papier, est disponible dans le dossier du patient.

En ce qui concerne les locaux, lors de la visite de secteur l'expert-visiteur a pu noter l'exiguïté du SAS d'

accueil obligeant les professionnels à laisser les patients couchés en attente dans les zones de circulation. Le contrôle des salles pour vérifier leur opérationnalité est assuré de façon journalière à leur ouverture. La surveillance de la suppression des salles est assurée par des capteurs installés dans chaque salle.

Les matériels nécessaires à la prise en charge des patients sont mis à disposition des professionnels (produits pharmaceutiques, chariots d'urgence, matériel chirurgical, matériel biomédical) dans l'ensemble des secteurs. Le matériel individuel de radioprotection est mis à disposition des professionnels, ainsi que des dosimètres passif et actif.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'ensemble des professionnels des secteurs réalisant des actes d'imagerie interventionnelle met en œuvre les organisations et les procédures définies pour son fonctionnement et le management interne. Leurs pratiques, dont le contrôle d'identité du patient, sont conformes aux règles établies dans la charte de fonctionnement du bloc II et la charte du bloc général pour la salle de rythmologie, au manuel qualité d'imagerie interventionnelle et aux procédures des secteurs. Les effectifs prévus sur le planning étaient présents dans le secteur.

La coordination entre les secteurs d'hospitalisation et les secteurs d'imagerie interventionnelle est assurée au travers du dossier patient informatisé, qui est accessible dans l'ensemble des secteurs. Par ailleurs, l'interfaçage entre le dossier patient informatique et les logiciels d'imagerie utilisés pour les actes d'imagerie interventionnelle participe à cette coordination. Les transmissions des éléments d'imagerie et des résultats des examens de biologie médicale sont informatiques et accessibles à l'ensemble des secteurs. Le logiciel informatique de prescription étant disponible dans l'ensemble des secteurs, les prescriptions médicamenteuses post-interventionnelles sont disponibles en temps réel au niveau des services de soins. Les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des administrations médicamenteuses réalisées en per-interventionnel est assurée et accessibles aux secteurs de soins au travers du logiciel de prescription médicamenteuse.

La régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient est mise en œuvre sur l'ensemble des types d'imagerie interventionnelle. La programmation avait été validée en staff de programmation le vendredi de la semaine précédente (S-1). L'infirmière de coordination était présente afin d'intégrer, le cas échéant, les examens urgents.

La check-list « pré/post interventionnelle » papier est mise en œuvre pour les interventions programmées comme le montre les audits de complétudes réalisés périodiquement dans le secteur. Cette check-list papier est scannée dans le dossier informatique du patient.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables est assurée au niveau des secteurs et dans le dossier du patient.

La traçabilité des contrôles lors de l'ouverture des salles ainsi que celle du bionettoyage des salles sont assurées au travers des différents outils informatiques et papiers mis à disposition des professionnels.

Les contrôles environnementaux (qualité de l'air, qualité de l'eau et contrôle bactériologiques) sont réalisés et tracés. La traçabilité de la surveillance journalière de la suppression des salles est également assurée pour tous les secteurs.

Les mesures de radioprotection, notamment le port de tabliers, sont mises en œuvre et le contrôle des appareils de radioprotection est assuré. La traçabilité des dosimétries opérationnelles et passive des professionnels sont assurées. La traçabilité de la dosimétrie patient est assurée au niveau des comptes rendus d'examens.

Des formations des professionnels sont mises en œuvre au niveau du secteur. Des formations sur la radioprotection ont été réalisées auprès des professionnels par le PCR. L'ensemble des professionnels du secteur impliqués dans la manipulation d'appareil émettant des rayonnements ionisants a été formé. Par ailleurs, en plus des formations réglementaires comme la formation aux gestes de soins d'urgence (AFGSU), des formations spécifiques sont réalisées comme la formation sur la gestion du stress, la manutention et la charge mentale.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés.

Le secteur dispose d'un tableau de suivi des indicateurs qui répertorie les indicateurs d'activité et qualitatifs spécifiques du secteur (taux de satisfaction des patients, taux de justification des demandes d'examen, taux de conformité du programme et nombre d'examen annuel en imagerie interventionnelle par secteur). Les indicateurs nationaux qualité et sécurité des soins (IQSS) en lien avec son activité sont suivis au niveau du service qualité et communiqués en COBO interventionnel. Les indicateurs d'infections associés aux soins (IAS, ICSHA) sont suivis par l'équipe d'hygiène de l'établissement. Les indicateurs « Hôpital Numérique » concernant cette activité sont renseignés au niveau de l'établissement.

Les secteurs suivent également leurs événements indésirables de façon trimestrielle à partir d'un tableau de bord des événements indésirables qui est présenté en COBO interventionnel. Pour les événements indésirables graves, ces derniers font l'objet d'une analyse des causes profondes en CEA.

Par ailleurs, le PCR assure le suivi dosimétrique des patients par une revue de dossier périodique, et réalise une déclaration à l'ASN en cas de dépassement de dose. Il réalise un bilan d'activité annuel qu'il présente en COBO interventionnel.

Des Revues de Mortalité Morbidité (RMM) sont mises en place dans le secteur d'imagerie pour actes d'imagerie interventionnelle et dans le secteur cardiologique pour les actes de coronarographie et de rythmologie.

Un programme d'audit est formalisé annuellement, pour 2019 il comprend un audit sur la phase de pré-examen, un audit sur la phase réalisation de l'examen (audit processus bloc II), un audit sur la complétude de la check-list, un audit sur la traçabilité du consentement éclairé et un audit radioprotection.

Enfin l'encadrement des secteurs met en œuvre des QUIZZ et des vérifications de pra-tiques à partir d'une trame institutionnelle.

Les secteurs réalisant de l'imagerie interventionnelle réalisent annuellement des bilans d'activité qui sont présentés en COBO interventionnel. Un point sur la démarche qualité sécurité des soins des secteurs est réalisé lors de ces bilans d'activité.

A / AGIR

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

En fonction des résultats des évaluations, des actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre lors du suivi des indicateurs, des analyses des fiches de signalement des événements indésirables, et des audits.

Par ailleurs, le suivi périodique de la cartographie des risques du processus permet permis d'identifier des actions d'amélioration (dont 56% ont été réalisées à échéance en juin 2019). Les huit actions en rapport avec les risques prioritaires ont été intégrées au compte qualité de l'établissement (62% ont été réalisées à échéance en juin 2109). Des actions de communication sur les résultats des évaluations sont menées auprès des instances, notamment en CME lors des points qualité, et des professionnels au travers un flyer « management de la prise en charge du patient en imagerie » mis à disposition sur l'intranet.

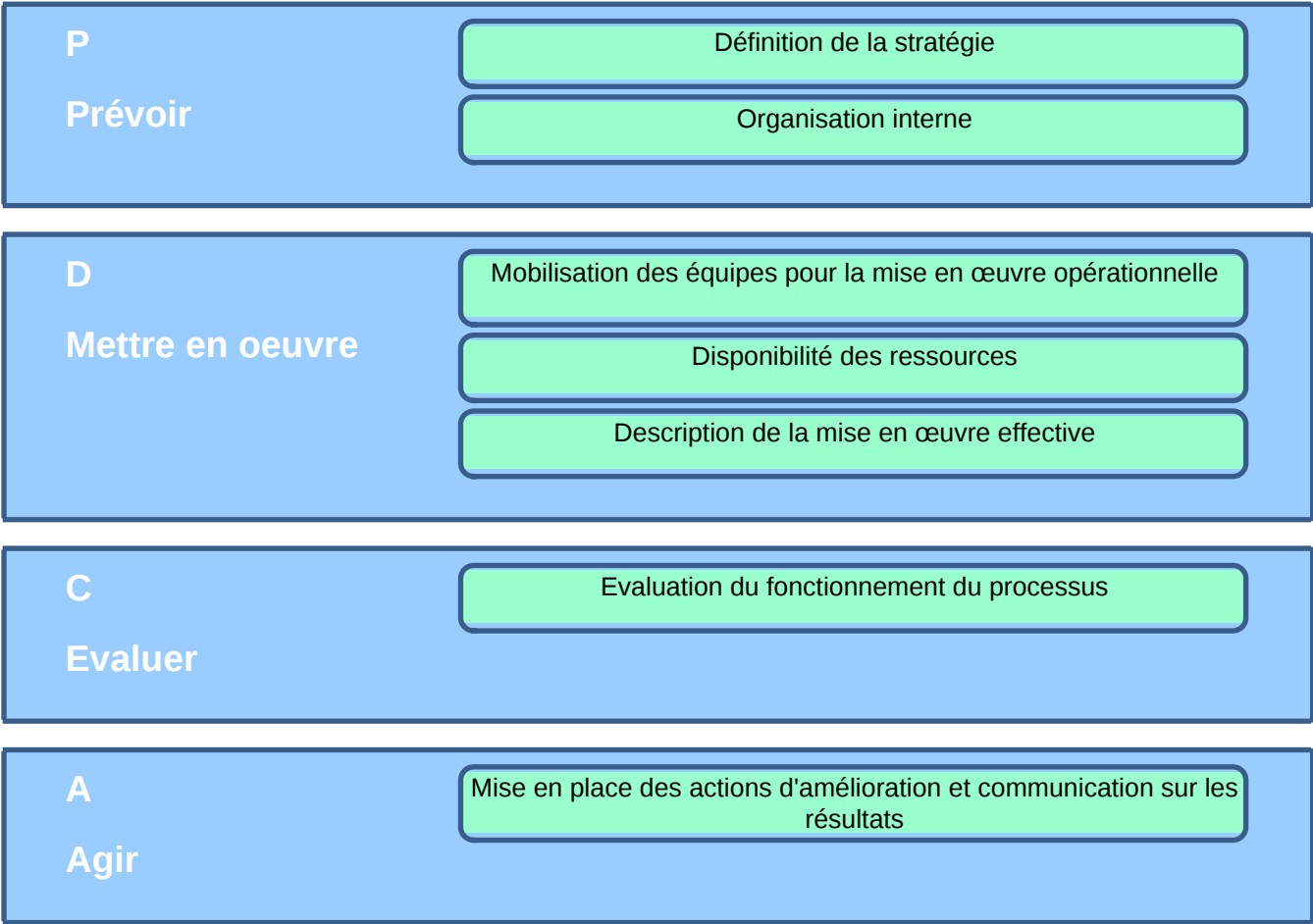
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie, validée par les principales instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

L'activité de bloc de l'hôpital Saint Joseph se concentre sur un bloc central, un bloc urologie, un bloc imagerie interventionnelle et un bloc endoscopique.

L'ensemble de l'activité des blocs est pilotée selon une politique générale de management de la qualité et de la sécurité des soins qui se traduit par 3 objectifs : Développer les techniques innovantes, garantir une prise en charge sécurisée et optimale du patient, assurer une maîtrise du risque infectieux.

Au sein de l'hôpital St Joseph, il peut être réalisé des actes endoscopiques sur plusieurs sites dédiés selon les spécialités : le bloc endoscopique, le bloc urologique (cystoscopie et urétroscopie), le bloc central, les consultations ORL (fibroscopie et nasofibroscopie).

Le bloc endoscopie est le principal site de réalisation d'actes endoscopiques. Il réunit une équipe de professionnels de santé pluridisciplinaire spécialisée dans la prise en charge des patients ayant besoin d'une endoscopie gastrique, bronchique et/ou cardiaque. Il est composé de 3 salles.

Il dispose d'une activité en semaine et d'une activité non programmée afin d'assurer la continuité de prise en charge des patients.

La cartographie des risques a été définie ainsi qu'une fiche processus. Cette cartographie des risques a été mise à jour et a permis d'alimenter le compte qualité (CQ) selon une méthodologie commune à l'établissement et accompagnée par le service qualité. Les risques ont été définis à partir notamment des résultats de la précédente visite de certification, du recueil des indicateurs nationaux, des événements indésirables, des résultats de différents audits et des évaluations réalisées dans les services et des exigences réglementaires.

Trois risques ont été retenus pour le CQ : l'insuffisance de formalisation du pilotage et de l'organisation du secteur endoscopique, la mauvaise préparation colique du patient hospitalisé, la non information en amont du bloc si le patient présente un risque infectieux. Les actions en lien avec la cartographie des risques et le CQ sont inscrites dans le PAQSS de l'établissement et présentées aux instances.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés via une fiche de mission.

Le pilotage est assuré par le binôme qualité (directrice des soins adjointe en charge des blocs et services de réanimation, le cadre de santé du bloc endoscopie, l'adjoint chef de service de gastroentérologie et un pneumologue). Ils sont accompagnés par le service qualité pour un soutien méthodologique.

L'organisation et le fonctionnement du secteur endoscopique sont formalisés au sein du manuel qualité secteur endoscopie et d'une charte de fonctionnement. On y retrouve notamment l'organisation du pilotage et du fonctionnement du secteur, les ressources humaines, la cartographie des processus, la description des différents circuits de prise en charge ainsi que l'organisation des locaux et des circuits.

L'organisation a prévu la mise à disposition des ressources humaines adéquates au fonctionnement du secteur notamment pour assurer la permanence des soins : il dispose d'une activité en semaine de 7h00 à 19h30 au bloc endoscopique. En cas d'urgence, hors horaire d'ouverture du bloc endoscopique, l'acte est réalisé au bloc central afin d'assurer la continuité de prise en charge des patients. Dans le cadre des week-ends et jours fériés, une astreinte est organisée de 7h à 20 h sur le bloc endoscopique et de 20 h à 7h sur le bloc central. Toutes les spécialités endoscopiques bénéficient d'une astreinte médicale de 19h30 à 7h. L'astreinte d'anesthésie est organisée pour l'adulte de 19h00 à 7h. Les plannings sont consultables via le réseau intranet dans la « gestion des gardes et astreintes ».

Un conseil de bloc ou COBO est en place et assure le suivi de la démarche qualité du secteur endoscopique. Le COBO est présidé par un praticien et se réunit au moins 2 fois par an. Le COBO analyse et définit, entre autres, les demandes d'allocation ou de redistribution des créneaux.

Une cellule de programmation est en place. La régulation est réalisée par l'encadrement du bloc, les médecins anesthésistes réanimateurs et les médecins exerçant au bloc endoscopique. La régulation est réalisée par un des infirmiers du bloc endoscopique (IDE de régulation en partenariat avec la cadre du bloc endoscopique).

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

Les ressources documentaires, modes opératoires, procédures et protocoles, sont rédigés.

Le service biomédical gère l'ensemble du parc des équipements médicaux: cahier des charges, commande, installation, formation, maintenance (préventives et curatives).

Le service est organisé pour avoir accès en temps réel aux éléments du dossier.

Les interfaces sont organisées avec les services support comme par exemple pour le brancardage où le bloc endoscopique a un brancardier dédié à ce secteur.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cadre mobilise les équipes dans une dynamique de partage d'informations et d'amélioration des pratiques. Les équipes sont sensibilisées sur les différents sujets touchant à leurs pratiques et sur les risques identifiés dans le CQ. Il existe des évaluations périodiques de réalisées : suivi d'indicateurs comme le taux de conformité entre le programme prévu et le programme réalisé ou encore le délai de mise à disposition des comptes rendus pour les patients hospitalisés ainsi que des audits comme la présence de check list par exemple.

Les personnels sont associés à la définition et l'élaboration des actions d'amélioration de ces évaluations.

Il existe un plan d'actions propre au secteur d'endoscopie qui est partagé avec les équipes.

Une démarche qualité documentée et actualisée sur la prise en charge endoscopique est en place, assurant la sécurité de la prise en charge du patient.

La cellule de programmation se réunit tous les vendredis matin pour la programmation des patients de la semaine suivante. Une réunion de service mensuelle est organisée permettant de diffuser les informations aux équipes notamment les informations en lien avec la démarche qualité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences : effectifs, formation, les ressources documentaires (accessibles et actualisées) et les ressources matérielles (locaux et équipements) sont disponibles dans les secteurs d'endoscopie.

Le parc d'endoscopes est composé de 17 endoscopes bronchique, 8 endoscopes digestif 17 fibroscopes dont 2 pédiatrique, 18 coloscopes et 5 duodénoscopes pour le bloc endoscopie ; au bloc central 3 fibroscopes digestif et 3 bronchique ainsi qu'1 coloscope pédiatrique; au bloc urologique 4 utérosopes et 7 cystoscopes.

En réanimation, un fibroscope bronchique est disponible en permanence sur le plateau technique que le bloc endoscopique traite chaque jour. En dehors des heures d'ouverture du bloc endoscopique, la réanimation utilise des endoscopes bronchiques à usage unique.

Les locaux sont conformes. Le matériel est adapté et comporte le nombre d'endoscopes nécessaire au nombre d'explorations réalisées par an. Les matériels nécessaires au traitement des endoscopes sont disponibles. Un projet d'une 4ème salle est prévue afin de pouvoir augmenter l'activité.

L'ensemble des IDE des secteurs d'endoscopie sont formées à la réalisation des endoscopies et à la désinfection des endoscopes. Les formations spécifiques au secteur endoscopique sont mises en place avec une priorité pour les nouveaux arrivants. Cette formation est réalisée sur 3 jours à l'extérieur de l'établissement.

Le nouvel arrivant se voit remettre une grille de compétence permettant la vérification de l'acquisition des connaissances et compétences à acquérir au sein du bloc. Des évaluations sont réalisées à 3 mois, 6 mois et 1 an afin de valider les compétences.

Les ressources matérielles font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance. Les locaux et le matériel sont conformes et en lien avec l'activité. Le matériel est adapté et le nombre d'endoscopes est suffisant pour permettre de réaliser les actes mais aussi en cas de séquestration éventuelle ou de réparation. Les contrôles réglementaires sont réalisés.

La désinfection et le stockage sont assurés en respectant les bonnes pratiques et la sécurité des patients.

Les ressources documentaires sont actualisées et disponibles sur la gestion documentaire informatisée. Les principales procédures sont formalisées et actualisées : traitement des endoscopes bronchiques à l'automate de marque soluscope, traitement des endoscopes digestifs à l'automate, prise en charge des patient au bloc endoscopie...

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Il existe une régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.

La cellule de programmation se réunit tous les vendredis pour valider le programme opératoire afin d'assurer la mise en adéquation des ressources humaines et matérielles avec le programme.

L'IDE de régulation gère le déroulement du programme opératoire : l'affectation des moyens humains et matériels en fonction de l'évolution du programme opératoire, l'intégration des patients rajoutés en concertation avec les médecins et les anesthésistes, veille au respect des horaires de démarrage et fin de programme. L'IDE de régulation est garant de la qualité de la préparation des salles.

La cadre est en charge du suivi et du traitement des dysfonctionnements. Elle sensibilise les professionnels sur les risques identifiés et s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux procédures, protocoles et modes opératoires. Elle informe les professionnels des résultats et met en place des actions correctives en cas de besoin.

La désinfection et le stockage sont assurés en respectant les bonnes pratiques et la sécurité des patients. La traçabilité de la réalisation des endoscopies et de la désinfection (incluant les vérifications effectuées acte, matériel, nettoyage/désinfection, maintenance, contrôles, etc.) est organisée et opérationnelle.

Les check-lists sont réalisées.

Le risque lié à la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) est pris en compte avec un critère bloquant au sein du dossier informatisé renseigné par le médecin dès l'entrée du patient.
Le compte rendu est élaboré directement après la réalisation de l'acte par la secrétaire et remis au patient.
L'ensemble des observations réalisées lors des rencontres avec les équipes a permis d'alimenter les éléments recueillis au cours de l'audit de processus endoscopie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur suit de nombreux indicateurs : nombre fiches d'évènements indésirables concernant l'absence d'information au service sur le risque infectieux, pourcentage de patients ayant eu une mauvaise préparation ou encore le taux de prélèvements non conformes. Ces indicateurs sont définis à une fréquence annuelle.
Le service participe à des audits de processus et des évaluations : audit sur la programmation, audit de présence de la check list, audit sur la préparation du patient.
Des RMM sont mises en place une fois par trimestre.
Les résultats des indicateurs des audits et évaluations sont communiqués et partagé avec les équipes.
Le COBO examine une fois par an son système de management de la qualité pour s'assurer de son efficacité et de son adéquation par rapport à la politique et aux objectifs qualité.
La préparation du COBO est réalisée par le président du COBO et directeur des soins adjoint sur la base des données transmises par les pilotes de processus et les responsables concernés.
Dans le cadre du pilotage du processus de management de la prise en charge des patients au bloc endoscopique, un tableau de bord d'indicateurs est formalisé par les pilotes du processus. Celui-ci est présenté annuellement en COBO du BLOC endoscopique. Il est accessible à l'ensemble du personnel sur le SharePoint Démarche qualité et certification

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre : les risques priorités dans le compte qualité ont fait l'objet de plans d'actions comme par exemple la rédaction du manuel qualité, la formalisation d'une charte de fonctionnement du bloc endoscopique ou encore la rédaction d'un protocole "standard" de préparation colique des patients hospitalisés.
La communication des résultats et actions est réalisée en interne par la cadre par différents moyens afin de développer la compréhension et l'appropriation, par l'ensemble du personnel : Comités de bloc, réunions qualité, réunions internes au service, espace partagé accessible à l'ensemble du personnel sur le SharePoint Démarche qualité et certification.
Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS de l'établissement.
L'efficacité des actions mises en œuvre est évaluée par le suivi en continu des indicateurs : suivi des tableaux de bord notamment lors des réunions des binômes qualité.

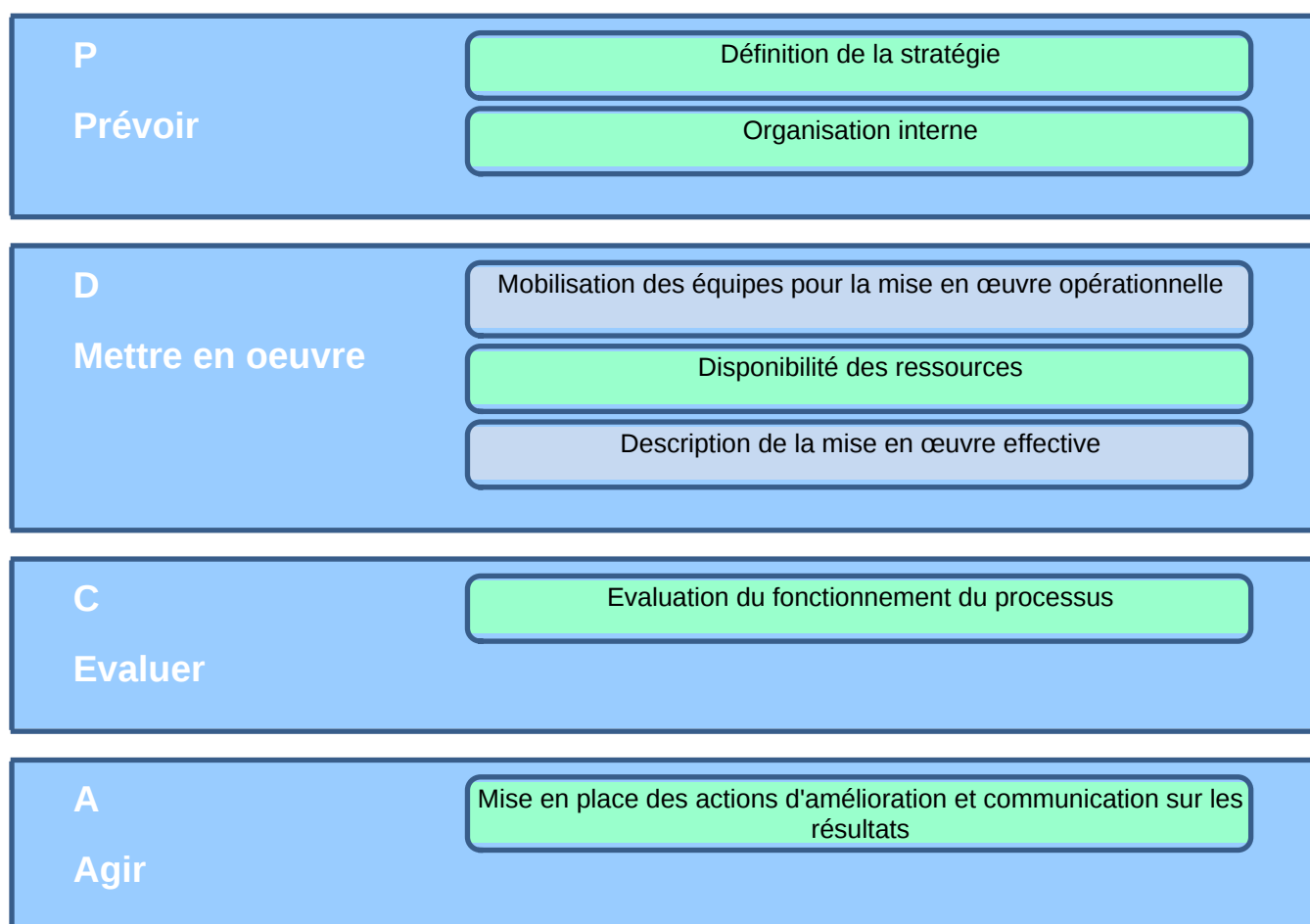
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie, validée par les principales instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

La maternité de l'hôpital de Saint Joseph est une maternité de niveau 2B, avec une activité en hausse depuis plusieurs années (4863 accouchements en 2018).

Le secteur de naissance est composé de 10 salles de naissances, 2 blocs césariennes, 1 salle de Surveillance Post- interventionnelle avec 4 postes, 1 salle de réanimation néo-natale constituée de 2 postes, 1 zone de tri constituée de 4 postes, 1 zone de pré-travail constituée de 2 chambres doubles et 1 zone de consultation d'urgence gynécologique non programmée.

Le suivi des grossesses, le dépistage des facteurs de risques pour la mère et pour l'enfant, les cours de préparation à la naissance, les accouchements des grossesses (par voie basse, césarienne non programmée, césarienne programmée) et le suivi post-natal de la mère et l'enfant sont les principales prises en charges obstétricales. Une activité pour une ponction d'ovocytes est également réalisée au sein de la maternité.

L'ensemble de la structure obstétricale travaille en étroite collaboration avec le service de Pédiatrie et de Néonatalogie permettant ainsi à la Maternité d'être classée en niveau II B.

Le manuel d'assurance qualité de la maternité et la charte de fonctionnement fondent la politique de la thématique Salle de naissance : Le secteur de naissance a pour mission de garantir la sécurité de la naissance aux différentes étapes de la prise en charge, de promouvoir l'humanisation de la naissance, de favoriser le lien mère-enfant dès les premières minutes et de prendre en charge avec la même exigence l'ensemble de la patientèle et d'impliquer son partenaire et enfin de développer la culture Qualité/Sécurité des soins.

La cartographie des risques a été définie ainsi qu'une fiche processus. Cette cartographie des risques a été mise à jour et a permis d'alimenter le compte qualité (CQ) selon une méthodologie commune à l'établissement et accompagnée par le service qualité. Les risques ont été définis à partir notamment des résultats de la précédente visite de certification, du recueil des indicateurs nationaux, des événements indésirables, des résultats de différents audits et des évaluations réalisées dans les services et des exigences réglementaires.

Deux risques ont été retenus pour le CQ : la méconnaissance du lieu de stockage des médicaments par les professionnels et la non concordance dans la traçabilité de la check-list de vérification du chariot d'urgence. Les actions en lien avec la cartographie des risques et le CQ sont inscrites dans le PAQSS de l'établissement et présentées aux instances

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés via une fiche de mission.

Le pilotage est assuré par le binôme qualité « cadre supérieur de santé/cadre sage-femme et par le médecin référent qualité désigné ». Ils sont accompagnés par le service qualité pour un soutien méthodologique.

L'organisation et le fonctionnement du secteur de naissance sont formalisés au sein du manuel qualité de la maternité et d'une charte de fonctionnement. On y retrouve notamment l'organisation du pilotage et du fonctionnement du secteur, les ressources humaines, la cartographie des processus, la description des différents circuits de prise en charge ainsi que l'organisation des locaux et des circuits.

L'organisation a prévu la mise à disposition des ressources humaines adéquates au fonctionnement du secteur notamment pour assurer la permanence des soins : un obstétricien, un pédiatre ainsi qu'un anesthésiste sont affectés au secteur de naissance 24H/24 y compris les week-ends. Le planning des gardes est réalisé lors des réunions de l'équipe médicale. En cas de nécessité, un 2ème médecin pour la partie obstétricale peut être appelé. Un médecin généraliste hospitalier (MGH) ou un interne est également présent sur place 24h/24 pour assister l'obstétricien de garde.

Une IDE est présente sur place 24h/24 pour assurer la surveillance en SSPI. Une IDE est dédié au bloc opératoire de 8h45-14h15, du lundi au vendredi pour l'activité programmée. Un IADE est présent 24h/24h. Cinq sages-femmes sont présentes 24h/24h et une supplémentaire en 12h 7j/7 pour l'accueil des urgences obstétricales. La nuit une aide-soignante ou auxiliaire de puériculture est dédié à la zone d'accueil des urgences. Deux auxiliaires de puériculture ou aides-soignantes sont présentes 24h/24.

Un conseil du secteur de naissance (COSN) est en place et assure le suivi de la démarche qualité et sécurité, la gestion de l'activité prévisionnelle et l'activité réalisée du secteur de naissance. Une cellule de programmation est en place. La régulation est réalisée par la sage-femme référente, elle régule l'activité programmée et urgente en adaptant les moyens humains et matériels en fonction de l'activité.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.
 Le nouvel arrivant soignant est intégré selon une organisation mise en vigueur dans l'établissement (Entretien, présentation du service, doublage, vérification des connaissances/compétences).
 Les ressources documentaires, modes opératoires, procédures et protocoles, sont rédigés.
 Les besoins en ressources matérielles sont prévus.
 Le service biomédical gère l'ensemble du parc des équipements médicaux: cahier des charges, commande, installation, formation, maintenance (préventives et curatives). Les dispositifs médicaux implantables et plus généralement les matériels stériles sont gérés par la pharmacie de l'établissement.
 Le service est organisé pour avoir accès en temps réel aux éléments du dossier.
 Les interfaces sont organisées avec les services support comme le laboratoire.
 Les collaborations sont formalisées avec les établissements partenaires notamment les transports pour le transfert vers le service de réanimation néonatale de la maternité de niveau 3 de l'APHM.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cadre sage-femme mobilise les équipes dans une dynamique de partage d'informations et d'amélioration des pratiques. Cette mobilisation se fait en partenariat avec la cadre supérieur mais aussi la SF coordinatrice responsable de la gestion du matériel. L'implication et la mobilisation des équipes sont effectives.
 Les équipes sont sensibilisées sur les différents sujets touchant à leurs pratiques et sur les risques identifiés dans le CQ.
 Une démarche de labellisation est en cours.
 Les obstétriciens se réunissent une fois par mois pour l'élaboration des protocoles et la programmation du tableau de garde. Un staff ante natal obstétrico - pédiatrique se réunit une fois par mois. Ce staff de concertation permet de déterminer et de coordonner de façon collégiale le parcours de la patiente.
 Un staff hebdomadaire est en place pour les grossesses pathologiques et un bi-mensuel pour les dossiers de prises en charge spécifiques au moment de l'accouchement.
 Des revues de mortalité et morbidité (RMM) sont mises en œuvres en interne 3 fois par an selon un calendrier prévisionnel défini. Tous les professionnels intervenant dans le secteur de la maternité sont invités.
 Il existe des évaluations périodiques de réalisées : indicateurs de pratiques (taux de césarienne, taux d'épisiotomie par exemple) ou encore des audits de dossiers.
 Les personnels sont associés à la définition et l'élaboration des actions d'amélioration de ces évaluations.
 Il existe un plan d'actions propre au secteur de la salle de naissance qui est partagé avec les équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les tableaux de garde sont mis à disposition des professionnels. Les plannings sont consultables via le réseau intranet dans la « gestion des gardes et astreintes ».
 Les compétences professionnelles nécessaires au fonctionnement sont assurées par des formations adaptées au secteur : formation aux gestes d'urgences, formation par simulation.
 Les procédures et protocoles sont accessibles via la gestion documentaire informatisée.
 Il existe des protocoles en cas d'urgence vitale et des conduites à tenir spécifique (Ex : procédure post-partum immédiat, flux des patientes en cas de tensions dans le secteur de naissance, Embolisation des artères utérines en cas d'hémorragie du post-partum immédiat...)
 Les locaux en salle de naissance sont conformes. En cas de césarienne en urgence, 2 salles de césariennes sont présentes au sein du secteur de naissance. Elles sont ouvertes 24h/24h.
 Le matériel mis à disposition permet la surveillance de la mère et du fœtus.
 Le chariot d'urgence est disponible.
 Les conventions sont à jour en cas de décision de transfert, et la procédure est formalisée. Le transfert est régulé par la Cellule de régulation périnatale au SAMU 13 dédiée aux transferts materno-fœtal.
 Une organisation afin de maîtriser la sécurisation du bâtiment et d'assurer ainsi la sécurité du nouveau né est mise en place avec la pose systématique d'un bracelet électronique avec déclenchement d'alarme en cas de sortie hors de la maternité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge des parturientes et des nouveau-nés. Les SF suivent les grossesses physiologiques, les gynécologues obstétriciens les grossesses pathologiques.
 Les patientes à risques sont identifiées et les parcours identifiées : Les patientes se présentant pour une urgence obstétricale (> 20 SA) sont reçues dans le secteur de naissances par la SF du tri dédiée à cette activité la journée et par 1 des SF de l'équipe de garde du secteur de naissance et 1 AP dédiée à cette activité, la nuit.
 De même la délivrance du sang est assurée via l'IADE du bloc opératoire qui est formé à la délivrance de dépôt de sang.
 Le dossier de surveillance du travail permet de retrouver la traçabilité des surveillances, actes et

thérapeutiques mais aussi tout le suivi de la grossesse ; les parturientes suivies en ville sont systématiquement vu par les SF ou les gynécologues à partir de 7ème mois. Les dossiers de suivi de grossesses sont accessibles via le secrétariat en journée et directement dans le service chaque soir à partir du 8ème mois.

La prise en charge de l'accouchement de la surveillance du post partum immédiat, ainsi que la prise en charge du nouveau-né sont conformes aux bonnes pratiques.

La procédure césarienne code rouge est appliquée avec appel des professionnels concernés. Elle est testée en interne ce qui permet de vérifier les circuits, le temps de réactivité des équipes.

Un protocole « Appel en renfort en cas de forte activité » est défini.

La traçabilité des ouvertures de salle de naissance, des contrôles du chariot d'urgence est retrouvée;

Les mamans ont la possibilité de définir un projet de naissance et sont accompagnées dans leur projet. Un passeport de grossesse leur est remis. Des préparations à l'accouchement sont proposées au sein de la maternité, de la sophrologie également. La promotion de l'allaitement est réalisée.

La présence des papas est favorisée et accompagnée même en cas de césarienne et aussi dans le cas de réanimation en néonatalogie. L'établissement est engagé dans une démarche de labellisation.

La traçabilité des actions et activités sont réalisées. Les check list d'ouverture de salle sont complétées, ainsi que la surveillance de tous les paramètres.

Dans le dossier on retrouve entre autre, le partogramme, la fiche de surveillance spécifique en cas d'HPP, la traçabilité de l'examen du placenta, la quantification du saignement, l'examen médical de sortie de SDN...

La traçabilité des actes auprès du nouveau né est assurée également : soins réalisés, score d'Apgar, pHmétrie au cordon, compte rendu du 1er examen.

Le parcours patient traceur en maternité a confirmé les constats de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur suit de nombreux indicateurs : IPAQSS HPP, taux de césarienne, délai décision-extraction en césarienne code rouge, taux d'épisiotomie... Ces évaluations sont réalisées à des fréquences annuelles, trimestrielles ou mensuelles.

Le service participe à des audits de processus, des visites de conformité et autres évaluations comme par exemple un audit de vérification des chariots d'urgences 2 fois par semaine.

Des RMM sont réalisées en interne. Tous les dossiers d'HPP sont analysés.

Les résultats des indicateurs, des RMM, des audits et évaluations sont communiqués et partagé avec les équipes.

Le conseil du secteur de naissance assure le suivi de la démarche qualité et sécurité du secteur de naissance, la gestion de l'activité prévisionnelle et le suivi de l'activité réalisée, l'analyse des événements indésirables graves, la mise en œuvre des actions d'amélioration et suivi, l'analyse des dysfonctionnements liés à l'organisation du secteur de naissance.

Un rapport annuel d'activité comportant les indicateurs de qualité et de performance de l'année écoutée est établi.

La cadre de santé du secteur de naissance tient à jour un tableau de bord d'indicateurs disponible sur le SharePoint du service qualité avec des indicateurs de management (taux de satisfaction des couples au bloc obstétrical, enquête incidence, taux de satisfaction des couples EI-Satis, nombre de RMM par année, nombre de conseils de bloc obstétrical par année...) des indicateurs d'activités (taux de césariennes générales, taux de césariennes programmées, taux d'épisiotomie, taux d'allaitement maternel...), les indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins: HPP.

Les tableaux de bord des indicateurs sont consultables sur l'espace collaboratif du secteur de naissance, certains indicateurs sont présentés en CoSN.

Lors de chaque réunion trimestrielle avec les binômes qualité une analyse du tableau de bord qualité est réalisée : il intègre les fiches d'évènements indésirables réalisées durant le trimestre, les réclamations / satisfaction, les questionnaires de sortie. Selon les résultats, des actions d'amélioration peuvent être définies.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre : les risques priorités dans le compte qualité ont fait l'objet de plans d'actions comme la révision des check- lists pour améliorer la traçabilité de la vérification des chariots d'urgence ou encore la mise à disposition aux professionnels d'une cartographie des médicaments sur les chariots de médicaments.

Les procédures de prise en charge communes à l'ensemble des praticiens sont définies pour l'ensemble des prises en charge à travers le manuel qualité, mais aussi le document intitulé 'l'essentiel du secteur de

naissance » ou encore à travers les nombreux protocoles existants au sein du secteur. Cette formalisation permet de lever la recommandation liée à la dernière visite de certification.

La communication des résultats et actions est réalisée en interne par la cadre par différents moyens afin de développer la compréhension et l'appropriation, par l'ensemble du personnel : conseil du secteur de naissance, réunions internes au service, espace partagé accessible à l'ensemble du personnel sur le SharePoint Démarche qualité et certification.

Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS de l'établissement.

L'efficacité des actions mises en œuvre est évaluée par le suivi en continu des indicateurs : suivi des tableaux de bord notamment lors des réunions des binômes qualité mais aussi présenté à chaque COSN.

La démarche qualité et sécurité des soins du secteur de naissance est révisée en concertation avec les professionnels de l'équipe par des audits, évaluation de pratiques professionnelles...

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de l'existence, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la qualité et la sécurité des équipements et produits médicaux et non médicaux mis à disposition au domicile du patient par l'HAD.

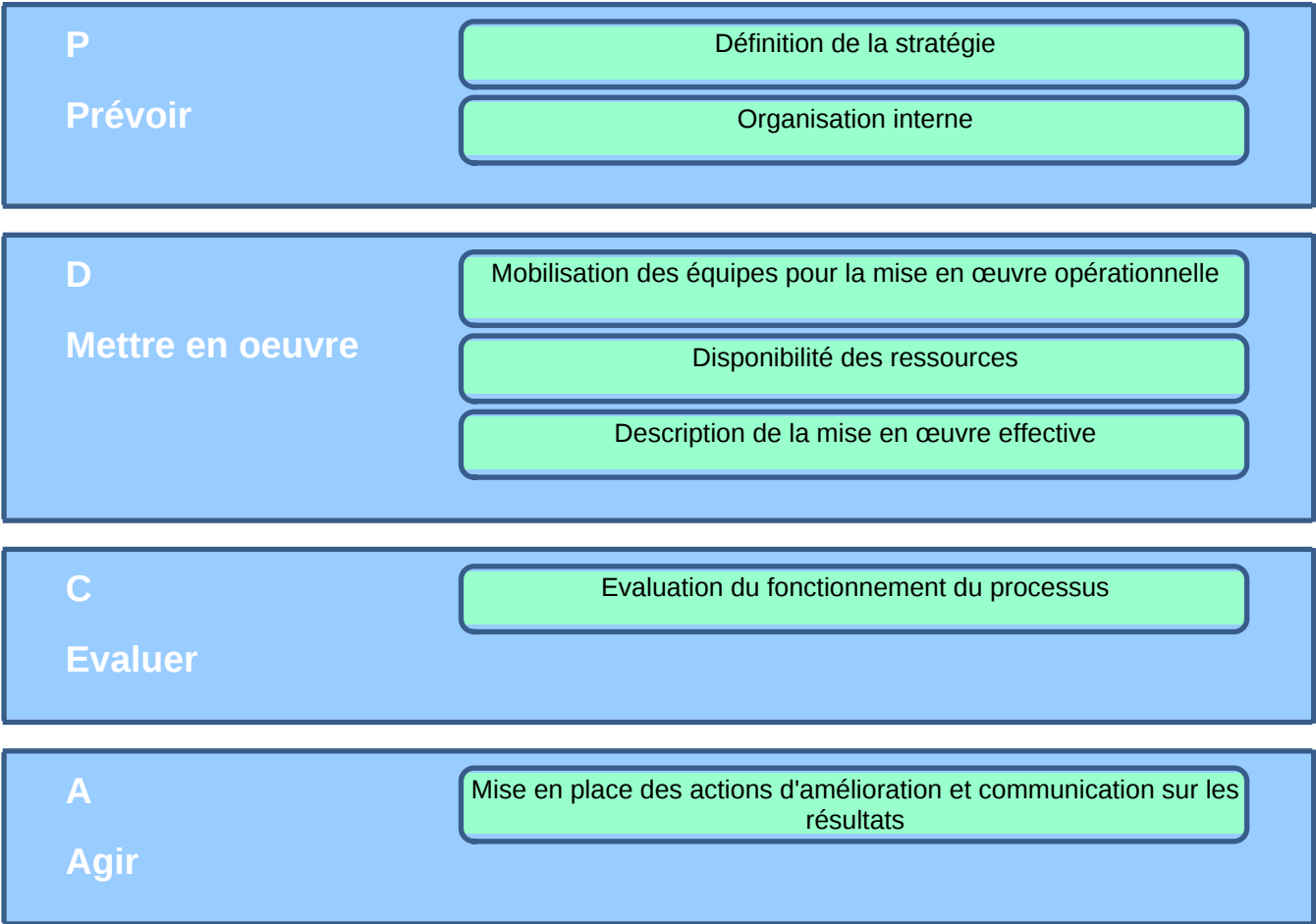
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

- le matériel d'assistance respiratoire, de perfusion, de nutrition, le matériel utilisé dans les techniques de pression négative ;
- les dispositifs médicaux stériles et non stériles, y compris le matériel dit "hôtelier" (par exemple le lit).

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de développement de l'activité d'HAD est inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement avec comme objectif la volonté d'améliorer le virage ambulatoire et la fluidification des parcours. L'activité de l'HAD de l'Hôpital Saint Joseph est polyvalente et déployée sur le secteur géographique de Marseille sud conformément aux autorisations des tutelles. Les motifs principaux de prise en charge des patients sur l'HAD polyvalente sont les "Pansements Complexes", le "Traitement Intra-Veineux", les "Soins de Nursing Lourd" et les "Soins Palliatifs". Depuis quelques années, une activité de chimiothérapie à domicile est développée dont la prise en charge des patients est assurée par les professionnels médico-soignants de l'hôpital de jour d'oncologie de l'établissement. La stratégie de gestion des équipements et produits au domicile est intégrée au processus logistique de l'établissement. Les risques prioritaires identifiés par les professionnels de l'HAD à l'aide de l'échelle en vigueur dans l'établissement sont les défauts de convention lors de la mobilisation de prestataires externes et d'identification des besoins en équipements au domicile. Ces risques ont été intégrés dans le compte qualité conformément à la démarche institutionnelle adoptée. Des objectifs d'amélioration sont posés en lien avec les mesures de traitement des risques identifiés et en adéquation avec le programme global d'actions de l'établissement. Ces objectifs sont traduits dans un plan d'actions dont les responsables sont identifiés et les modalités de suivi sont précisées. Les plans d'actions sont validés par le comité qualité, sécurité des soins et développement durable (CQSSDD). Ce comité assure le suivi des plans d'actions en collaboration avec le COPIL HAD.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage opérationnel de l'activité d'HAD est assuré par le COPIL HAD (comité de pilotage) associant un membre de l'équipe de direction (directeur administratif), le médecin chef du service de l'HAD, deux cadres soignants, un référent qualité / chef de projet (adjoint au directeur qualité). Le binôme qualité désigné (médecin chef du service et cadre de santé de l'HAD) assure le déploiement et le suivi du plan d'actions défini avec l'appui du référent qualité pour l'aide méthodologique. Les missions des pilotes du processus sont formalisées et les professionnels désignés sont formés à l'audit de processus.

Pour répondre aux besoins des patients pris en charge à domicile, l'établissement a adopté un fonctionnement mixte intégrant un partenariat pour certaines prestations support (prestataires de dispositifs et équipements médicaux, société de transport) et les prestations de soins (médecins, infirmiers et kinésithérapeutes libéraux). Les procédures et conventions en lien avec le service "HAD" précisent l'organisation et le fonctionnement de la gestion des équipements et produits au domicile ainsi que les responsabilités et compétences dédiées.

Les ressources nécessaires sont identifiées en cohérence avec le fonctionnement défini. La coordination des besoins logistiques au domicile du patient est organisée grâce à une étroite collaboration entre les professionnels soignants salariés de l'établissement (médecins coordonnateurs, IDE de coordination, infirmiers de soins, aides-soignants, cadre, secrétaires, coursiers), les professionnels libéraux (médecins, infirmiers notamment) et les services pharmacie et logistique de l'établissement (deux coursiers dédiés à l'HAD, un temps alloué d'un pharmacien et d'une préparatrice en pharmacie et la contribution de l'équipe biomédicale).

La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) de l'établissement assure intégralement les besoins liés au traitement médicamenteux. La prestation logistique (fourniture de mobilier hôtelier et/ou médical, dispositifs médicaux, oxygénothérapie, nutrition, perfusion...) est assurée par des prestataires extérieurs. Cet engagement est formalisé par une convention institutionnelle et des conventions ponctuelles lorsque les équipements et/ou matériels sont déjà en place au domicile. En parallèle, d'autres contrats de prestations sont formalisés notamment pour le transport des produits.

La permanence et la continuité des soins H24 et 7/7 est assurée par le biais de l'astreinte des infirmiers de coordination et la possibilité de recours à un avis médical du service des urgences adultes de l'établissement. Les professionnels libéraux et les patients disposent des coordonnées des personnes ressources de l'HAD (IDE de coordination). Les prestataires, par convention, s'engagent à une maintenance préventive et curative de l'ensemble des matériels mis à disposition et ce, H24 et 7/7. La maintenance préventive et curative des matériels de l'hôpital est gérée par l'équipe biomédicale de l'établissement.

Le processus de "Gestion des équipements et produits au domicile" s'appuie sur un ensemble de procédures et protocoles disponibles au sein du service. Ces documents décrivent l'organisation concernant notamment la mise à disposition des matériels et dispositifs médicaux, l'approvisionnement en urgence que ce soit par l'établissement et les prestataires, les modalités de transport, de conditionnement et d'entretien du matériel, le signalement des patients à haut risque vital, l'administration de produits cytotoxiques, les protocoles de désinfection des véhicules, les protocoles d'entretien des locaux de stockage. Les contrats de mise à disposition d'équipement et matériel médical par les prestataires externes prévoient les obligations de ce dernier sur la mise à disposition des

matériels, la conformité de la livraison avec la commande, la traçabilité de l'entretien des matériels et des équipements mis à disposition, l'obligation de maintenance, la formation des patients et des professionnels, la réponse à une demande urgente.

La gestion des interfaces externes est organisée notamment avec les professionnels libéraux (convention, lettre de mission lors d'une admission, rencontres, formation) et les prestataires (convention). En interne, une concertation est organisée, en amont de l'admission, entre l'équipe soignante de l'HAD et la PUI afin de réaliser la commande des matériels nécessaires auprès de la PUI (médicaments, consommables) et auprès de prestataires externes (matériels et équipements hôteliers et médicaux). L'enlèvement des déchets notamment à risque est organisé par les professionnels de l'HAD. Des concertations avec les professionnels des autres secteurs de l'établissement sont organisées dont notamment la PUI, l'EOH, les professionnels libéraux, le service d'hôpital de jour d'oncologie, l'EMSP.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables médico-soignants de l'HAD (médecin-chef de service et cadre de santé) organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle. Le COPIL HAD composé des professionnels de l'HAD a collectivement identifié les risques, objectifs et plan d'actions. La vision partagée de la gestion des risques sur ce processus permet d'impliquer les professionnels vers une meilleure sécurisation de la gestion des équipements et produits au domicile.

Les responsables (médecins chefs, cadres soignants) sensibilisent les professionnels lors de réunions de service et lors des réunions de synthèse hebdomadaire sur la prestation logistique au domicile.

Les moyens de signalement des événements indésirables sont en place, y compris au domicile du patient et connus des professionnels de l'établissement.

Des actions correctives identifiées collectivement sont mises en œuvre en fonction des situations. Les professionnels rencontrés connaissent les axes de travail, les risques et les actions d'amélioration mises en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en effectifs et en compétences spécifiques à l'HAD permettent d'assurer la mise en œuvre opérationnelle.

Des compétences spécifiques à l'HAD (2 médecins coordonnateurs gériatres, 1 cadre de santé, infirmiers, aides-soignants, psychologue, assistante sociale, diététicienne, secrétaires, coursiers) sont disponibles. Les formations des professionnels sont inscrites au plan de formation institutionnel. L'accueil des nouveaux arrivants est organisé. Des actions de formation notamment sur les plaies et cicatrisation, l'hygiène, l'utilisation de certains dispositifs médicaux (PCA, TPN...) sont assurées. Des ateliers pratiques à destination des professionnels salariés et libéraux sont organisés par les prestataires et IDE de coordination en fonction des besoins.

L'hôpital Saint Joseph a formalisé un partenariat avec les professionnels libéraux (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes) par le biais de conventions incluant des engagements réciproques. Lors de l'admission d'un patient, une convention cadre est signée entre le service d'HAD et le professionnel libéral lors de la première collaboration. Pour chaque patient pris en charge, un protocole de soins nécessaire à la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est validé par l'équipe de coordination de l'HAD, le médecin traitant et les professionnels libéraux concernés.

Une continuité des soins est organisée H24 et 7/7 par une présence effective ou une astreinte des IDES de coordination selon le moment de la journée et de la semaine (Nuits, week-end et jours fériés). Les coordonnées de l'HAD H24 et 7/7 sont disponibles dans le classeur au domicile du patient. Les prestataires s'engagent sur une disponibilité H24 et 7/7.

L'ensemble de la documentation nécessaire à la gestion des équipements et produits au domicile (protocoles, procédures générales et spécifiques ainsi que les références "hygiène" institutionnelles) sont à disposition de l'équipe salariée de l'HAD via le logiciel institutionnel sur l'intranet. Des documents utiles (procédures spécifiques, mode d'emploi des matériels...) sont mis à disposition des professionnels libéraux dans le dossier au domicile.

Les locaux du service d'HAD se situent à proximité étroite de l'Hôpital Saint Joseph. Le site dispose d'une pièce sécurisée de stockage comprenant des consommables, réfrigérateur, quelques dispositifs médicaux (pousse-seringues...), d'une zone de réception des produits et matériels, une zone de décontamination indépendante qui permet le retour du domicile des matériels utilisés. Le circuit a été défini avec une infirmière hygiéniste de l'établissement. Les règles prévoient un contrôle des dates de péremption et les retours des dispositifs médicaux ainsi que l'entretien des locaux et des équipements utilisés. Un stock défini de dispositifs médicaux est mis à disposition pour répondre à une demande urgente. La mise à disposition des équipements et matériels au domicile est assurée par le prestataire dans un délai adapté au besoin. En cas de rupture d'un produit nécessitant une livraison urgente, le coursier ou les professionnels soignants assurent des livraisons supplémentaires.

Les professionnels de l'HAD disposent d'un parc de véhicules et de smartphones permettant les échanges professionnels et la communication des bons de livraison. Au domicile du patient, le dispositif d'information s'articule principalement autour du dossier papier domicile qui permet de regrouper les

bons de livraisons, les ordonnances et le suivi des actes réalisés. Les professionnels de l'HAD disposent d'une connexion à distance sécurisée du dossier patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le service d'HAD met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement permettant d'assurer la mise à disposition en temps utile des équipements et produits au domicile. La traçabilité est effective comme le confirme l'audit de processus et le patient traceur.

Les besoins du patient pour les équipements et produits au domicile sont évalués dès la visite de pré-admission réalisée par un infirmier de coordination (IDEC) en s'appuyant sur l'évaluation globale du patient, de son entourage et de son environnement. En fonction des situations, un médecin coordonnateur contribue à l'évaluation du patient et de ses besoins. Lors de cette évaluation, l'infirmier prend en compte les matériels et dispositifs médicaux déjà en place au domicile ainsi que le choix du patient et/ou de son entourage. Cette évaluation couplée d'une visite du domicile est validée par le médecin coordonnateur, le médecin traitant et le patient avant l'admission en HAD. Ces besoins sont réévalués lors de l'admission au domicile du patient et tout au long de sa prise en charge lors des visites de suivi réalisées par les infirmiers notamment et le médecin coordonnateur en fonction des besoins. La traçabilité des commandes et des évaluations est effective et retrouvée dans le dossier patient informatisé et papier du domicile.

Pour permettre la disponibilité des matériels et produits au domicile en temps utile, les professionnels de l'HAD informent les prestataires dès la pré-admission par le biais d'un courrier d'information et par la réalisation d'un bon de commande envoyé en amont de l'admission. Pour assurer le lien avec la pharmacie à usage interne (PUI), les ordonnances sont communiquées en amont de la prise en charge ainsi que le bon de commande pour les dispositifs médicaux. La pharmacie dispense le traitement médicamenteux pour un délai de 7 jours. Le transport est sécurisé (boîtes scellées, coffre sécurisé pour les traitements à risque, glacières pour les produits thermosensibles). Les produits et matériels de chimiothérapie sont exclusivement gérés par le médecin et l'ide du service d'oncologie de l'hôpital. Une délivrance nominative est organisée pour tous les produits et dispositifs médicaux. Les pannes et dysfonctionnements sont communiqués soit par téléphone, soit lors des visites de suivi. Le système d'astreinte permet de garantir un approvisionnement en urgence H24 et 7/7 grâce aux astreintes (infirmière HAD, PUI, cadres soignants) et à l'engagement contractuel des prestataires de service H24 et 7/7.

La prise en charge du patient est assurée généralement par les professionnels libéraux sauf pour la chimiothérapie exclusivement gérée par les professionnels du service d'oncologie. Lors d'une prise en charge par les infirmiers libéraux, l'admission est réalisée en leur présence au domicile du patient où l'IDE de l'HAD communique le protocole de soins nécessaire à la mise en œuvre du projet personnalisé de soins du patient validé par le médecin de l'HAD, le médecin traitant et les professionnels libéraux concernés.

Pour assurer le suivi de la disponibilité des équipements et produits au domicile tout au long de la prise en charge du patient, le service d'HAD coordonne les moyens et matériels à mettre en œuvre en lien avec les différents intervenants. Les mécanismes de coordination entre professionnels reposent sur des transmissions inter-équipe, des réunions de synthèse hebdomadaires, l'utilisation d'outils partagés (dossier patient informatisé au sein du service, dossier patient au domicile), de documents standardisés (planification des soins, projet thérapeutique, courriers d'information...). Les contacts téléphoniques avec les intervenants et prestataires et les réunions permettent de coordonner l'action de l'ensemble des professionnels dans le cadre de la prise en charge en HAD. La livraison du matériel médico-hôtelier au domicile est assurée par les prestataires en amont de l'admission du patient. La réalisation des commandes et approvisionnements selon les besoins du patient est planifiée à un rythme hebdomadaire. En cours de semaine, des livraisons complémentaires sont effectives dans les situations où les besoins en équipements et produits évoluent. Cette livraison comprend l'ensemble des produits (médicaments, dispositifs médicaux, produits non stériles, matériel).

La continuité de la prise en charge est assurée lors de la sortie que ce soit pour les besoins en équipements et matériels et/ou la poursuite de soins à domicile avec un relai libéral généralement. La récupération des déchets (DASRI), des produits et matériels est assurée par les professionnels de l'HAD. Les prestataires et les collaborateurs libéraux sont informés de la sortie d'un patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation des fonctions logistiques est effective auprès du patient et des infirmiers libéraux via une enquête de satisfaction trimestrielle pour les patients avec un taux de retour de 45% et une enquête annuelle auprès des infirmiers libéraux dont le taux de retour est de 19% en 2018.

L'évaluation des fonctions logistiques est aussi réalisée sur la base de l'analyse d'événements indésirables (changement de société de transport l'été 2018 suite à l'analyse d'un EI). Des audits ciblés sont organisés sur la traçabilité des dispositifs médicaux en place et l'évaluation des risques lors de la pré-admission, des audits mensuels de conformité de dossiers, une évaluation annuelle des conditions de stockage sur le site de l'HAD par les professionnels de la PUI.

Un bilan d'activité est réalisé annuellement ainsi que le suivi des indicateurs. Le suivi du dispositif d'évaluation est coordonné par le COPIL HAD.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration s'appuient sur les évaluations en place et permettent des ajustements comme l'actualisation de la fiche de pré-admission intégrant la mesure des risques, la réalisation de conventions avec les prestataires déjà en place au domicile, l'actualisation des conventions avec les prestataires de l'établissement et la société de transport. Ces actions sont planifiées, mises en œuvre, suivies en termes de délai et ajustées en articulation avec le programme d'actions et le compte qualité institutionnels.

Une communication auprès des professionnels a été réalisée sur les résultats des indicateurs et les résultats des évaluations. La communication est organisée au niveau institutionnel à l'aide de différents outils (messagerie interne, notes d'information, notes qualité, affichages et réunions de service...) et lors de réunions. Les instances concernées sont informées des résultats.