



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
HOPITAL CHARLES NICOLLE
CHU ROUEN**

**1 rue germont
76038 Rouen**

OCTOBRE 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	13
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	13
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	13
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	13
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	13
5. SUIVI DE LA DÉCISION	13
PROGRAMME DE VISITE	14
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	14
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	14
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	16
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	17
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	22
DROITS DES PATIENTS	27
PARCOURS DU PATIENT	32
DOSSIER PATIENT	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	44
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	51
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	55
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	60
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	66
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	71

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CHU DE ROUEN-HOPITAL CHARLES NICOLLE	
Adresse	1 rue germont 76038 Rouen
Département / région	SEINE-MARITIME / NORMANDIE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier Universitaire

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	760780239	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN	1 rue germont 76031 Rouen
Etablissement de santé	760783530	CHU ROUEN-HOPITAL DE OISSEL	Rue marie curie 76350 Oissel
Etablissement de santé	760783522	CHU DE ROUEN- HOPITAL DE BOIS GUILLAUME	147 avenue du marechal juin 76230 Bois-Guillaume
Etablissement de santé	760921247	CHU ROUEN-SLD OISSEL	Rue pierre curie 76350 Oissel
Etablissement de santé	760806943	CHU ROUEN-SLD HOPITAL SAINT JULIEN	Rue guillaume lecoindre 76141 Le Petit-Quevilly
Etablissement de santé	760000141	CHU DE ROUEN-HOPITAL SAINT JULIEN	Rue guillaume lecoindre 76141 Le Petit-Quevilly
Etablissement de santé	760000158	CHU DE ROUEN-HOPITAL CHARLES NICOLLE	1 rue germont 76038 Rouen
Etablissement de santé	760023671	CHU DE ROUEN-SLD BOUCICAUT	3 rue boucicaut 76130 Mont-Saint-Aignan

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 séances de dialyse
MCO	Chirurgie	469	/	58	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	90	1	/	/
MCO	Médecine	870	112	/	13213
Santé mentale	Psychiatrie infanto juvénile	12	/	/	/
SLD	SLD	270	/	/	/
SSR	SSR	318	16	/	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	<p>Certification ISO 9001 : Autorisation activité Banque de tissus BT/12/R/001</p> <p>Accréditation JACIE : Service d'hémo-oncologie pédiatrique.</p> <p>Labellisation centre maladies rares : maladies héréditaires du métabolisme, centre de référence associés des maladies rares du métabolisme du calcium et du phosphore en pédiatrie.</p> <p>Labellisation centre de maladies rares : maladies bulleuse auto-immunes, centre de référence maladies rares.</p> <p>Centre labellisé : centre expert Parkinson.</p> <p>Centre labellisé : centre traitement de la douleur.</p>
---	--

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<p>- GHT « Rouen Cœur de Seine » CHU Rouen : établissement support. Etablissement membre à la création : CHU Rouen, CH Rouvray, CH Belvédère, CH Barentin, CH Yvetot, CH Neufchâtel en Bray, CH Darnétal, CH Bois-Petit, CH Gournay en Bray 30 Juin 2016</p> <p>- GCS RRAMUHN (Groupement de Coopération Sanitaire pour la maintenance et le développement du système d'information mise en œuvre pour le Réseau Régional de l'Aide Médicale Urgente de Haute-Normandie) Siège : CHU-Hôpitaux de Rouen – 1 rue de Germont – 76031 ROUEN Cedex 23 juillet 2007 CHU-Hôpitaux de Rouen - 1 rue de Germont - 76031 ROUEN CHI Eure-Seine - 17 rue Saint-Louis – 27023 EVREUX Cedex Groupe Hospitalier du Havre - 55 bis rue Gustave Flaubert – 76083 LE HAVRE Centre Hospitalier – Avenue Pasteur – BP 219 – 76202 DIEPPE Cedex Centre Hospitalier – 2 rue de Clèves – BP 109 – 76260 EU CHI Elbeuf-Louviers-Val de Reuil – Rue du Dr Villers – BP 310 - 76503 ELBEUF Cedex CHI du Pays des Hautes Falaises – 100 avenue du Pt F. Mitterrand – 76405 FECAMP Centre Hospitalier – 19 rue du Président Coty – 76170 LILLEBONNE Centre Hospitalier – 5 rue Anne de Ticheville – BP 353 – 27303 BERNAY Cedex Centre Hospitalier – Route de Rouen – BP 83 – 27140 GISORS Centre Hospitalier – 81 rue du Moulin des Murailles – BP 711 – 27137 VERNEUIL SUR AVRE Cedex</p>

Avenant 15 septembre 2010 :
Centre Hospitalier – 64 route de Lisieux – BP 431 – 27504 PONT
AUDEMER Cedex
Informatisation de l'aide médicale urgente

- GCS Télésanté Haute-Normandie
Siège : Centre Municipal de Santé – 2 avenue de la Libération – 76320
SOTTEVILLE LES ROUEN
Centre Hospitalier – 64 route de Lisieux – 27504 PONT-AUDEMER Cedex
CRLCC Henri Becquerel – Rue d'Amiens – 76038 ROUEN Cedex (n°
FINESS : 760 000 166)
Centre Hospitalier – 116 rue Louis Pasteur – BP 11 – 76161 DARNETAL
Cedex
Centre Hospitalier du Rouvray – 4 rue Paul Eluard – BP 45 – 76301
SOTTEVILLE LES ROUEN
Clinique de l'Europe – 28 rue Méridienne – BP 2048 X – 76040 ROUEN
Cedex
Clinique du Cèdre – 950 rue de la Haie – 76230 BOIS-GUILLAUME (n°
FINESS : 760 000 257)
Clinique de l'Abbaye – 104 avenue du Pdt F. Mitterrand – 76400 FECAMP
Clinique Pasteur – 58 boulevard Pasteur – 27025 EVREUX Cedex
Clinique du Petit Colmoulins et François 1er – 4 rue Robert Ancel – 76700
HARFLEUR
Clinique Saint-Hilaire – 2 place Saint-Hilaire – 76000 ROUEN (n° FINESS :
760 780 619)
Clinique Mathilde – 7 boulevard de l'Europe – BP 1128 – 76175 ROUEN
Cedex (n° FINESS : 760 025 312)
Clinique Chirurgicale – 25 rue Félix Faure – BP 177 – 76195 YVETOT
Cedex
Clinique des Essarts – Rue du Mur Crenelé – 76530 GRAND COURONNE
Clinique du Cèdre – 950 rue de la Haie – 76230 BOIS-GUILLAUME (n°
FINESS : 760 000 257)
Association Réseau Onco-Normand – 2 avenue de la Libération – 76300
SOTTEVILLE LES ROUEN
Association Réseau RESOPAL – 11 route de Dieppe – 76730
BACQUEVILLE EN CAUX
Association Réseau Périnatalité – 1 rue de Germont – 76000 ROUEN
Association UFC Que Choisir – 12 rue Jean Lecanuet – 76000 ROUEN
Association APICEM – 20 rue Stendhal, ile Lacroix – 76000 ROUEN

- GCS Réseau Interrégional pour le Système d'Information de l'Aide
Médicale Urgente
Siège : CHU-Hôpitaux de Rouen – 1 rue de Germont – 76031 ROUEN
Cedex
1er décembre 2010
GCS RRAMUHN - CHU-Hôpitaux de Rouen – 1 rue de Germont – 76031
ROUEN Cedex
GCS Télésanté Basse-Normandie – Hôpital Mémorial – 715 rue Dunant –
50009 SAINT LO
Groupe Hospitalier du Havre - 55 bis rue Gustave Flaubert – 76083 LE
HAVRE
CHU-Hôpitaux de Rouen - 1 rue de Germont - 76031 ROUEN Cedex (n°
FINESS : 760 780 239)
CHI Eure-Seine - Etablissement public de santé - 17 rue Saint-Louis –
27023 EVREUX Cedex

- GCS Centre de Coordination en Cancérologie du Territoire de Santé
Rouen-Elbeuf
Siège : Immeuble Mach 2 – Avenue des Hauts Grigneux – 76420
BIHOREL
31 mai 2008
CHI Elbeuf-Louviers-Val de Reuil – Rue du Dr Villers – BP 310 –

76503 ELBEUF (n° FINESS : 760 024 042)
CHU-Hôpitaux de Rouen – 1 rue de Germont – 76031 ROUEN Cedex (n° FINESS : 760 780 239)
CRLCC Henri Becquerel – Rue d'Amiens – 76038 ROUEN Cedex (n° FINESS : 760 000 166)
Clinique de l'Europe – 73 boulevard de l'Europe – 76100 ROUEN (n° FINESS : 760 921 809)
Clinique du Cèdre – 950 rue de la Haie – 76230 BOIS-GUILLAUME (n° FINESS : 760 000 257)
Clinique Saint-Antoine – 696 rue Robert Pinchon – 76230 BOIS-GUILLAUME (n° FINESS : 760 780 205)
Clinique Saint-Hilaire – 2 place Saint-Hilaire – 76000 ROUEN (n° FINESS : 760 780 619)
Clinique Mathilde – 7 boulevard de l'Europe – BP 1128 – 76175 ROUEN Cedex (n° FINESS : 760 025 312)

- GCS Institut Régional de Cancérologie de Haute-Normandie
Siège : BP 11295 – 76178 ROUEN Cedex 1
30 novembre 2010
CRLCC Henri Becquerel – Rue d'Amiens – 76038 ROUEN Cedex (n° FINESS : 760 000 166)
CHU-Hôpitaux de Rouen – 1 rue de Germont – 76031 ROUEN Cedex (n° FINESS : 760 780 239)

- GCS G4-Groupement des CHU d'Amiens, Caen, Lille et Rouen siège:
CHU d'Amiens Place Victor Pauchet 80 000 Amiens
3 novembre 2004
CHU d'Amiens - Place Victor Pauchet 80 000 Amiens (N° FINESS= 80 000 004 4)
CHU de Caen – Avenue de la côte de Nacre 14 033 CAEN (N° FINESS= 14 000 010 0)
CHU de Lille – 2 avenue Oscar Lambret 59 037 Lille (N° FINESS= 59 078 019 3)
CHU de Rouen – 1 rue de germont 76031 Rouen Cedex (N° FINESS= 76 078 023 9)

- GCS CHU Hôpitaux de Rouen – GH du Havre Axe Seine
Siège : CHU-Hôpitaux de Rouen – 1 rue de Germont – 76031 ROUEN Cedex
10 avril 2012
CHU-Hôpitaux de Rouen – 1 rue de Germont – 76031 ROUEN Cedex (n° FINESS : 760 780 239)
GH du Havre - BP 24 – 76083 LE HAVRE Cedex

- GCS CHU Hôpitaux de Rouen – CH du Rouvray
Siège : 4 rue Paul Eluard Cedex 76031 Saint Etienne du Rouvray
1er octobre 2012
CHU-Hôpitaux de Rouen – 1 rue de Germont – 76031 ROUEN Cedex (n° FINESS : 760 780 239)
Centre Hospitalier du Rouvray – 4 rue Paul Eluard – BP 45 – 76301 SOTTEVILLE LES ROUEN

Les autres partenaires privilégiés DE LA REGION

Les 3 autres Centres hospitaliers de référence de la région (CHI Eure Seine, CH Elbeuf, Louviers, Val de Reuil, et CH de Dieppe) ont fait l'objet de conventions cadre signées en 2006 qui sont périodiquement actualisées et complétées par des conventions ciblées qui ont pour vocation de mettre en place des filières de soins (cancérologie, périnatalité, filières de recours en cardiologie ou vasculaire, filière AVC, prise en charge en SSR, reprise de l'activité d'anatomopathologie d'Elbeuf, prestations de biologie, préparations pharmaceutiques,...) et une gestion commune des ressources médicales permettant leur fidélisation dans la région qui

se traduit par de nombreux temps médicaux partagés et des moyens mutualisés avec notamment le développement de la télémédecine.

LES CONVENTIONS PAR THEMATIQUE

. Les EHPAD

Plus de 85 EHPAD sont conventionnés au 14 décembre 2015 avec le CHU de Rouen pour des prises en charges en médecine gériatrique, Ces conventions concernent aussi bien avec des structures publiques que privées. Des interventions de l'équipe mobile de gériatrie, de l'équipe mobile de soins palliatifs ou le recours à la télémédecine complètent l'offre de soins.

. Les SOINS DE SUITE ET DE READAPATATION

Le CHU de Rouen a de multiples partenariats avec des établissements publics ou privés de SSR . Un partenariat privilégié existe , en particulier, avec le CRF les Herbiers (UGECAM de Haute-Normandie) et l'établissement de la Croix Rouge. Une fédération de SSR visant à harmoniser les pratiques médicales existe depuis plusieurs années.

. Filières spécialisées

Périnatalité :

8 conventions relatives à l'organisation d'un réseau de transfert de périnatalité avec le CH de Dieppe, CHI d'Elbeuf, la Clinique les Aubépains, le CH du Belvédère, le CH de Bernay, l'Hôpital privé d'Estuaire, le CH de Gisors, et la Clinique Mathilde.

Dialyse, Insuffisance rénale chronique :

Partenariat de longue date avec l'ANIDER – Prise en charge des patients insuffisants rénaux traités par expurgation extra rénale – Convention renouvelée 4 septembre 2014.

Filière Obésité :

Le CHU est centre spécialisé en obésité (CSO)

Partenariats avec l'Hôpital de la Musse (10.07.2014), la Clinique Saint Hilaire (25.06.2015), la Clinique du Belvédère (octobre 2015 en cours) pour définir les modalités de prise en charge et le parcours de soins des patients adultes obèses, dans la région Haute Normandie.

Au 1er janvier 2016, convention avec l'Hôpital privé de l'Estuaire, la présente convention a pour Object de définir les modalités de prise en charge et le parcours de soins des patients adultes obèses, dans la région Haute Normandie, dans le cadre des missions du CSO de Haute-Normandie, centre régional de référence.

Télémédecine

La télémédecine concerne principalement la télé-gériatrie et la télédermatologie (près d'une vingtaine signées) qui s'ajoutent à la prise en charge à distance des AVC (Dieppe, Le Havre, CHI Eure Seine).

Alcoologie-addictologie

15 janvier 2016, convention avec la Polyclinique de Deauville, la convention permet aux patients hospitalisés au CHU de bénéficier d'une continuité de prise en charge de SSR en alcoologie et en addictologie par la Polyclinique de Deauville.

Et permet aux patients hospitalisés à la polyclinique de Deauville d'avoir accès au plateau technique du CHU dans le cadre de l'activité externe ou dans le cadre d'une hospitalisation.

. COOPERATION MEDICO TECHNIQUES

Pharmacie :

Traitement de la stérilisation de nombreux établissements (Darnetal, Gisors, les Herbiers, Saint Hilaire,...)

Partenariats avec 27 dermatologues concernant la fourniture d'azote liquide par le CHU de Rouen

Préparations magistrales pour de nombreux établissements publics et privés de la région (cliniques du Cèdre, Mathilde...)

26 février 2016, convention avec le CH Neufchâtel en Bray, à compter du 1er décembre 2015, le CHU accepte de réaliser ponctuellement certaines préparations pharmaceutiques magistrales ou hospitalières pour le CH de Neufchâtel en ce qui concerne la réalisation de préparations magistrales, de préparations hospitalières ou la reconstitution de certaines spécialités.

1er février 2016, convention avec l'Hôpital de la Croix-Rouge, le CHU accepte de prêter assistance à l'Hôpital de la Croix-Rouge en ce qui concerne la réalisation de préparations magistrales et de préparations hospitalières à compter de la date de signature de la convention.

Cessions de greffons (des partenaires publics et privés dans toutes la France)

En 2012 : 8 conventions avec le CHU d'Amiens, le GHH, la Polyclinique de la Baie (Saint Martin des Champs), la Polyclinique Courlancy (Reims), la Clinique Saint Vincent (Toulon), la Clinique Sainte Geneviève (Paris), la Clinique Roosevelt (Paris), la Clinique Océane (Groupe VITALIA).

En 2013, 8 nouvelles conventions avec le CHRU de Lille, le CHU de Nantes, Rennes et Caen, le CH de Bretagne Sud, le Groupe Hospitalier public du sud de l'Oise, l'Hôpital privé Saint Martin (Caen), la Clinique Monticelli (Marseille).

En 2014, un nouveau partenariat avec la Clinique de la côte d'Emeraude.

En 2015, 4 nouveaux partenariats avec la Clinique Toulouse Lautrec d'Albi, le CH de Valence ou encore les HC de Lyon et le CHRU de Lille (en cours).

En 2016 (6 janvier), 1 convention avec le CHU de Reims, la convention a pour objet de préciser les conditions dans lesquelles le CHU de Rouen et le CHU de Reims collaborent afin de répondre aux demandes de prescriptions médicales nominatives pour les tissus cornéens et membranes amniotiques.

Echanges de cornées:

Une convention a été signée entre le CHU de Rouen et la Banque Française des Yeux (convention signée le 14.03.2014)

Biologie:

Les laboratoires du CHU de Rouen sont en partenariat avec un grand nombre d'établissements et de structures publiques et privées.

Réflexions en cours - Création d'une structure commune de biologie médicale avec les CH d'Elbeuf, d'Evreux, de Dieppe et le GH du Havre Dans un cadre à définir et évolutif compte tenu de la future mise en place des GHT. Groupe de travail piloté par la FHF de Haute Normandie.

22 janvier 2016, convention avec le laboratoire Agrovétérinaire Départemental de Seine-Maritime, la présente convention a pour objet d'établir un partenariat entre laboratoires pour la réalisation d'audits internes croisés, conformément aux exigences d'accréditation, selon les référentiels applicables en vigueur.

26 janvier 2016, convention avec le GH Hôpital Bichat, la présente convention a pour objet d'établir un partenariat entre laboratoires pour la réalisation d'audits internes croisés, conformément aux exigences d'accréditation, selon les référentiels applicables en vigueur.

AUTRES PARTENARIATS

Quelques exemples:

- Relations hôpital/maison d'arrêt /CHSRouvray

Le CHU de Rouen a conclu avec l'ARS de Haute-Normandie, le CH le Rouvray, la Maison d'arrêt de Rouen et le Département Interrégional des Services Pénitentiaires du Nord Pas de Calais et Haute-Normandie, un protocole cadre et une convention relative à la prise en charge sanitaire des personnes détenues de la maison d'arrêt de Rouen, le 19 février 2014.

- Relations police, gendarmerie, justice, hôpital

Protocole CHU et les autorités de police, gendarmerie et justice signé le 29 novembre 2013.

- Conventions Cadres

La convention Hospitalo-Universitaire (signée le 11 juin 2015), entre le CHU et l'Université.

Convention cadre avec la région signée le 26 août 2015), complètent le dispositif des partenariats.

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	<ul style="list-style-type: none"> - Pédiopsychiatrie (Novembre 2012) - AMP (activités cliniques) : prélèvements d'ovocytes en vue d'un don (Novembre 2013) - Diagnostic prénatal : préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don (novembre 2013) - Examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales (novembre 2013) - CAMSP (janvier 2013) - Volet osseux crâniens (février 2015) - Activités de préparation, de distribution ou de cession de médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement (MTI PP) (Octobre 2013) - Centre de vaccination anti amarile (mars 2014) - CeGIDD : Centre Gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (Janvier 2016)

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligations d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

Recommandations d'amélioration

Gestion du risque infectieux
Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle
Management de la prise en charge du patient en endoscopie

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

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

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

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 en HC (Charles Nicolle)	A définir	Urgences	/	MCO
2	Adulte et personne âgée	Médecine en HC (Saint Julien)	A définir	Programmé	/	MCO
3	Enfant	Pédiatrie (Charles Nicolle)	A définir	Urgences	/	MCO
4	Adulte ou personne âgée	Médecine en ambulatoire (Bois Guillaume)	Chimiothérapie	Programmé	/	MCO
5	Adulte ou personne âgée	Chirurgie en HC (Charles Nicolle)	Chirurgie orthopédique	Urgences	/	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
----	------------	--------------------------------	------------	---------------	------------------	-----

non programmée

6	Femme	Gynécologie obstétrique (Charles Nicolle)	Césarienne	En urgence	/	MCO
7	Adulte ou personne âgée	SSR en hospitalisation complète (Bois Guillaume)	Affection respiratoire chronique	Programmé	/	SSR
8	Adulte ou personne âgée	SSR en ambulatoire (Oissel)	A définir	Programmé	/	SSR
9	Enfant	SM infanto juvénile (Charles Nicolle)	A définir	Programmé	/	Santé mentale
10	Personne âgée	SLD (Boucicaud)	A définir	Programmé	/	SLD
11	Adulte ou personne âgée	Chirurgie ambulatoire (Charles Nicolle)	A définir	Programmé	/	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

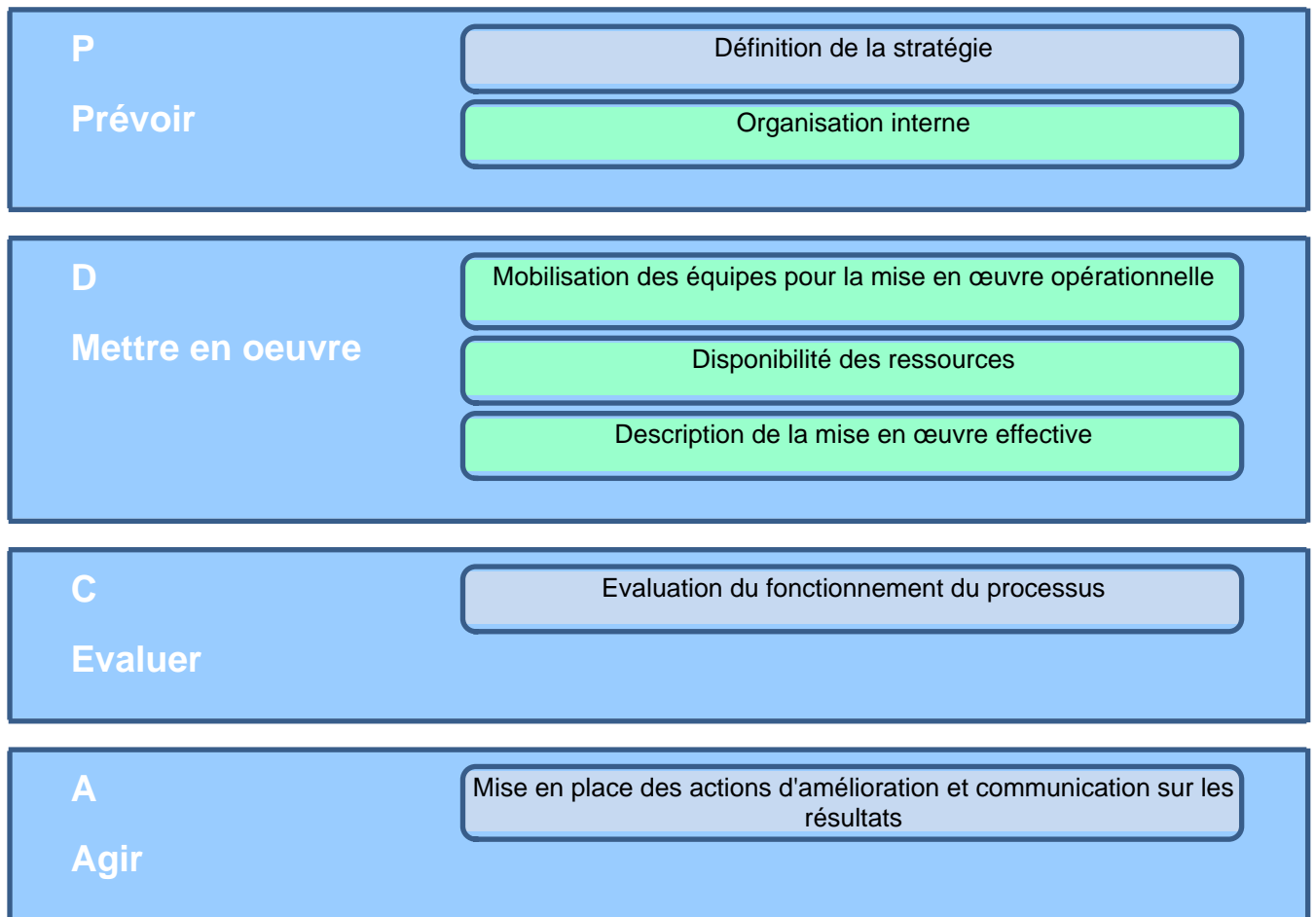
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est inscrite dans les orientations stratégiques et portée par les managers de l'établissement. L'établissement a élaboré une politique de qualité et de sécurité des soins (QSS) pour la période 2016-2020 qui a été validée par les instances en octobre 2016 (directoire, CSIMTR, CME, conseil de surveillance), puis par le CTE en décembre 2016. Cette politique qui intègre le traitement des risques et définit les ressources et les modalités de suivi, a été élaborée à partir du bilan du précédent programme, des bilans des événements indésirables (EI), des audits (patient traceur, CREX, plaintes et réclamations, des commissions rattachées à la CME, IPAQSS). Elle couvre l'ensemble des activités du CHU et manifeste l'engagement de la direction générale, de la CME, de la direction des soins, ainsi que des représentants des usagers. Cette politique détermine trois processus principaux (management, prise en charge et fonctions supports) dans lesquels les projets institutionnels s'inscrivent. Leur numérotation facilite leur rattachement aux axes stratégiques de l'établissement.

Le PAQSS est organisé par thématiques. Il permet de visualiser les pilotes et le calendrier attendu des réalisations. Actuellement seuls les projets institutionnels y sont intégrés. Les projets prioritaires sont retrouvés dans le compte qualité. La nouvelle version a été présentée et validée par les instances fin 2016.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique est assuré par une direction stratégique et une direction opérationnelle. Une direction adjointe est en charge du plan blanc.

La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est assurée par le COPIL qualité-risque-certification qui en est l'instance stratégique. Ses membres représentent la direction générale, La CME, les représentants des usagers, la direction des soins, le coordinateur des risques associés aux soins, les commissions QSS de la CME, les vigilants, la commission EPP/CAP et le DSI.

L'organisation opérationnelle a été restructurée depuis une année avec des changements de professionnels au niveau des deux acteurs principaux : la direction QQPR et la coordinatrice QSS en février 2016.

Elle repose sur une direction qualité et prévention des risques (DQPR), la direction des soins, le département d'appui à la QSS (DAQSS) comprenant l'unité de prévention des risques associés aux soins (UPRAS), la coordination des vigilances et des commissions QSS de la CME et d'une commission qualité institutionnelle. De manière systématique, il s'agit de la DQPR (Direction de la Qualité et de la Prévention des Risques), du DAQSS (Département d'Appui à la Qualité et à la Sécurité des Soins) et du coordonnateur des risques associés aux soins.

L'organisation opérationnelle se décline au niveau des pôles et services en concourant à sensibiliser et impliquer les professionnels dans la démarche qualité et sécurité des soins. Elle se décline au niveau des pôles par des commissions qualité polaires et par l'identification de référents qualité des secteurs d'activités.

La direction des soins (DS) a retenu dans son projet de soins un axe performance et organisation et qualité des soins. Elle assure un appui opérationnel important en déterminant des objectifs qualité aux référents qualité appartenant de fait à la DS (objectifs mensuels ou hebdomadaires, des rencontres de terrain).

Les missions des différents acteurs ou structures sont formalisées. Un tableau récapitulatif répartit les missions : risque a priori, gestion des EI, EPP, CREX, patient traceur, suivi des IPAQSS, politique et programme QSS, GED, coordination des vigilants, accompagnement des commissions QGR des pôles, diffusion d'outils méthodologiques, démarches de certification externe (ISO), semaine sécurité et dossier patient. La présentation en a été faite.

La DQPR et la DQSS sont assistées chacune par trois ingénieurs (soit 6 ingénieurs) qui accompagnent les pilotes de thématique et le déploiement de la GED. Les ingénieurs se répartissent entre les pôles et les thématiques pour un accompagnement méthodologique.

Un projet est formalisé pour la DQSS à partir de l'état des lieux, les collaborations ou partenariats, les axes d'évolution, les projets. Le PAQSS fait l'objet de réflexion pour être plus lisible par les pôles, les services et par tous les professionnels.

La dernière réunion de la commission institutionnelle des référents qualité s'est tenue en janvier 2017. Les référents qualité sont rattachés à un pôle et ont été formés aux méthodes d'évaluation (CREX/ORION, audit patient traceur). Ils représentent autant les professionnels médicaux, les paramédicaux que les fonctions support. Un réseau de référents qualité par pôle est en place depuis 2011. Un travail est en cours depuis janvier 2017 sur la réactualisation des missions des référents qualité.

La commission EPP s'est restructurée en une commission de l'amélioration des pratiques CAP. Sa mission a été présentée aux instances en mars 2017. Elle a en charge le dispositif des EPP, CREX, l'audit des

patients traceurs, les RMM, des RCP. Elle s'est dotée d'un sous groupe pertinence dont la constitution et la mission sont validées. Les règlements intérieurs des CREX sont déclinés au sein de chaque pôle.

La CDU est en place et 4 représentants des usagers (RU) sont très impliqués dans les différentes commissions de l'établissement, notamment au COPIL qualité. Les RU ont participé à l'élaboration et mise en œuvre de la politique d'amélioration QGR, dans le cadre de la CDU.

Le dispositif de la gestion des plaintes et réclamations est en place. Le recueil de la satisfaction des patients fait l'objet de réflexion pour la création de moyens innovants plus pertinents.

Les cartographies des risques ont été réalisées depuis 2011-2013 (16 sur 22). Les risques sont hiérarchisés. Certaines sont en cours de mise à jour notamment pour l'unité d'hémovigilance en mars 2016, en endoscopie, dans les blocs opératoires.

Le dispositif de gestion des événements indésirables approprié, opérationnel, permet la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement. La gestion des EI est organisée avec des procédures formalisées et révisées pour certaines en 2016 (guide de déclaration des EI, charte d'incitation à déclarer, charte de revue coordonnée hebdomadaire des EI, procédure de traitement des EI 2017, méthode de priorisation définie à l'échelle de l'établissement).

La politique de gestion documentaire GED a été réactualisée en décembre 2016 et a pour objectif d'harmoniser la GED, de décloisonner les pratiques, de faciliter l'accès aux documents. La GED rassemble les procédures, les chartes, les RI, plan blanc, démarches ISO. Les procédures sont accessibles à partir d'un outil informatique dont l'accès est réglementé. Les professionnels ont un code d'accès individuel. La charte graphique est définie. Quelques documents papier subsistent. En effet la gestion documentaire est en cours de déploiement et de rapatriement des documents anciens (30% des documents restent à être portés dans la GED). Les services sont équipés d'ordinateurs pour y accéder. Il est prévu un changement de version du logiciel en fin 2017. L'objectif, à ce jour, est aussi, de synthétiser certaines procédures et formaliser des fiches réflexes, des arbres décisionnels, des ordigrammes résumant le document souche pour une exploitation simplifiée.

Sur l'intranet, il existe une information sur la DQPR.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. La fréquence des réunions qualité institutionnelles puis des pôles est fixée.

La présence de représentants de la DSI au COPIL qualité, des sous commissions de la CME d'une part et d'autre part les réunions des référents qualité des pôles, des représentants des usagers, participent à la concertation des secteurs d'activités. La mise à jour du plan blanc et le test réalisé y contribuent.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation de l'établissement dans l'élaboration du compte qualité est effective à plusieurs niveaux. La direction générale et la CME ont eu le souci de resensibiliser la CME à la démarche qualité en désignant un vice-président en charge de la qualité. Celui-ci participe au traitement des EI graves. Il existe des temps particuliers de rencontre médicale individuelle ou collective à fréquence déterminée.

La restructuration de la commission des améliorations des pratiques (CAP) réactive les démarches d'évaluation au niveau médical.

Au sein de la structure opérationnelle, les réunions concernant le traitement des EI sont formelles, comme en attestent les comptes rendus. Le retour systématique aux déclarants participe à la mobilisation des professionnels. Au niveau des pôles, les commissions qualité soutiennent la dynamique des équipes. Sans alourdir le quotidien et pour appuyer la culture qualité, une fois par mois sont réalisés le relevé et le suivi de quelques indicateurs, à l'initiative de la direction des soins.

Des plans d'actions se développent. L'articulation avec le PAQSS global est en cours : une réflexion est menée par un groupe de travail constitué de cadres supérieurs autour de la direction des soins pour définir dix indicateurs formant un socle commun, en cohérence avec les axes stratégiques et le compte qualité.

Un site intranet réactif tient informés les professionnels : par exemple sur le déroulement de la visite de certification et le compte-rendu des restitutions quotidiennes de l'équipe des EV à l'établissement et des discussions qui s'en sont suivies.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Pour ce qui est du pilotage institutionnel opérationnel, deux professionnels ont été identifiés en février 2016, pour conduire la démarche qualité. Six ingénieurs accompagnent les équipes sur le plan méthodologique. Les référents qualité ont été retenus tant parmi les professionnels médicaux que soignants, qu'administratifs. Les candidats à la mission de référents qualité sont validés par leur service ou par leur pôle de rattachement.

La formation à la démarche qualité est effective. Afin de développer le recueil de la satisfaction des patients, une formation sur le savoir communiquer avec les patients et sur la capacité de percevoir les réactions des patients est organisée par le centre d'enseignement par simulation. Les formations aux méthodes d'analyse des EI, aux audits des patients traceurs et aux RMM, sont régulières.

L'accréditation des médecins concerne huit d'entre eux.

Pour ce qui est de la GED, il y a intégration des documents dans l'outil informatique au format de la charte graphique déterminée par la direction qualité. Les documents anciens sont mis à jour puis saisis. Il restait lors de la visite environ 30% de documents à porter dans la GED. De nombreux documents de travail ont été mis à jour récemment et présentés lors des visites de sites, sans pour autant avoir été diffusés de façon institutionnelle. Les professionnels sont sollicités pour participer à leur élaboration. Un document d'aide à l'écriture d'un document qualité a été publié.

Les procédures relatives à la maîtrise du risque transfusionnel sont diffusées sur l'intranet : check-list en transfusion, prescription, demandes d'analyses, ... puis des questionnaires d'évaluation des connaissances en transfusion également publiés participent aux conseils, rappels et formation des professionnels.

Une mise à jour du plan blanc a été effectuée en début 2017 avec une mise en situation réelle. Les procédures relatives à la gestion des EI ont été mises à jour en 2016. Les documents de référence au CREX, RMM, et audit patient traceur, sont formalisés. La GED rassemble ces documents au format de la charte graphique.

L'intranet fait le lien avec la GED pour y retrouver les documents évoqués dans les informations publiées. Les services sont tous équipés de postes informatiques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les commissions de la CME se réunissent effectivement et leurs représentants participent au COPIL qualité. La commission qualité institutionnelle est opérationnelle.

Les structures de pilotage ont été mises en place. L'UPRAS, la DQPR et la DS se réunissent tous les mois pour préparer le COPIL. Toutes les semaines une réunion pour le traitement des EI est pilotée par l'UPRAS. Les commissions qualité des pôles se réunissent mensuellement au sein des pôles.

Le déploiement de la démarche qualité est réel à des degrés plus ou moins aboutis dans les pôles et services. Les équipes connaissent la politique générale qui a fait l'objet de présentation et diffusion sur l'intranet de l'établissement.

La création des commissions qualité de pôle et leur fonctionnement sont aboutis. Leur composition est retrouvée sur l'intranet avec la liste exhaustive des référents. Les référents sont formés à leur mission (diaporama de fin 2016). La déclaration des EI est réelle. Tous les professionnels déclarent et reçoivent en retour l'information sur les suites données. Les responsables sont concertés. La CDU est informée et émet des recommandations. Le vice-président de CME est impliqué dans la gestion des EIG et stimule la réalisation de RMM.

La culture qualité se développe grâce à certains outils privilégiés. Les CREX institutionnels et de pôle et l'audit patient traceur sont unanimement utilisés. Les bilans CREX et EI classent par thématique, pôle, gravité les dysfonctionnements vécus. Les bilans de l'audit du patient traceur identifie des axes d'amélioration utilisés dans les PAQSS des pôles en cours d'évolution ou ceux des services.

La commission d'amélioration des pratiques re-dynamise les démarches EPP et RMM. Une première réunion s'est tenue fin 2016 (Par exemple : RMM initiée en endoscopie). Un sous groupe est identifié pour relancer le travail sur la pertinence des soins. Le site intranet témoigne des actions menées. Un guide de la revue de pertinence a été publié. Les RCP sont en place dans les secteurs de cancérologie.

La mise à jour des cartographies initiées en 2011-2013 est soit en cours, soit réalisée selon les secteurs (blocs, endoscopie en 2016). Une page est réservée pour leur publication.

La démarche des PAQSS des pôles est embryonnaire. Un travail est en cours avec les commissions qualité des pôles pour décliner au niveau polaire le PAQSS institutionnel.

Par ailleurs, la direction des soins anime, avec les cadres supérieurs de pôle, chaque semaine, un suivi de la démarche qualité au sein des pôles (thème choisi, et RETEX systématiquement). Cette direction a aussi mis en œuvre une formule nouvelle, structurée, le "stand up meeting", depuis fin 2016, avec obligation pour les cadres de proximité d'animer au sein de leur service le recueil des 5 indicateurs et la relance de la démarche qualité avec un affichage visuel.

Le dispositif de gestion documentaire (GED) est connu et opérationnel.

La direction est impliquée dans la connaissance de toutes les plaintes et réclamations formulées. La CDU est opérationnelle. L'exploitation des plaintes et réclamations implique les professionnels et les RU et contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. La CDU fonctionne pleinement. Deux rapports d'activité de 2015 et de 2016 en attestent. Les RU rencontrés, au nombre de quatre, sont très représentés dans les commissions institutionnelles. Ils sont informés des suites données à une plainte ou réclamation. Pour ce qui est du recueil de la satisfaction des usagers, la méthode « Un jour donné » a été testée en collaboration des étudiants de l'IFSI.

Une simulation du plan blanc a été réalisée depuis la mise à jour de celui-ci au début 2017, qui contribue à la relance des savoirs faire.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du système de management de la QGR repose sur des indicateurs d'activité, des pratiques cliniques, et de la satisfaction des patients. Le dispositif d'évaluation est opérationnel. Le tableau de bord des indicateurs nationaux est publié, affiché et suivi d'actions d'amélioration.

Le bilan du programme QSS précédent a été réalisé. Le nouveau plan a été formalisé et présenté aux instances. L'UPRAS fournit annuellement un bilan des EI classés par thématique, gravité, par pôle et par service. Le tableau de bord des EPP publie l'état d'avancement des CREX, des audits des patients traceurs et des RMM. Les bilans des CREX institutionnels, des audits rapides de pôles et des audits des patients traceurs sont exploités. Le suivi des indicateurs des produits sanguins labiles, des d'indicateurs d'activités, des EI relatifs à l'activité d'hémovigilance est réalisé.

A / AGIR

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

L'efficacité des actions mises en œuvre est mesurées suite aux évaluations réalisées (RMM, CREX, patient traceur, EPP) et conduisent au réajustement du PAQSS. Une direction est chargée de la communication de l'établissement. Un site internet est accessible à tous patients et usagers. Les indicateurs nationaux y sont publiés. Des séminaires bis-annuels, en direction des médecins, font le point sur les projets institutionnels. La communication sur les actions réalisées se fait également par la présentation des bilans aux instances.

Une revue "Echanges", publiée 5 fois par an, est mise à disposition au sein de l'établissement.

Sur l'intranet un onglet réactif est réservé à la communication de la DQSS. Le site se compose du site UPRAS, site directions des soins, celui de la CAP, des EI. Des prospectus publiés y sont retrouvés qui traitent des EPP, de la culture de la démarche qualité, du signalement des EI, de la visite de certification, de la structure QSS (organigramme, noms des référents qualité, UPRAS).

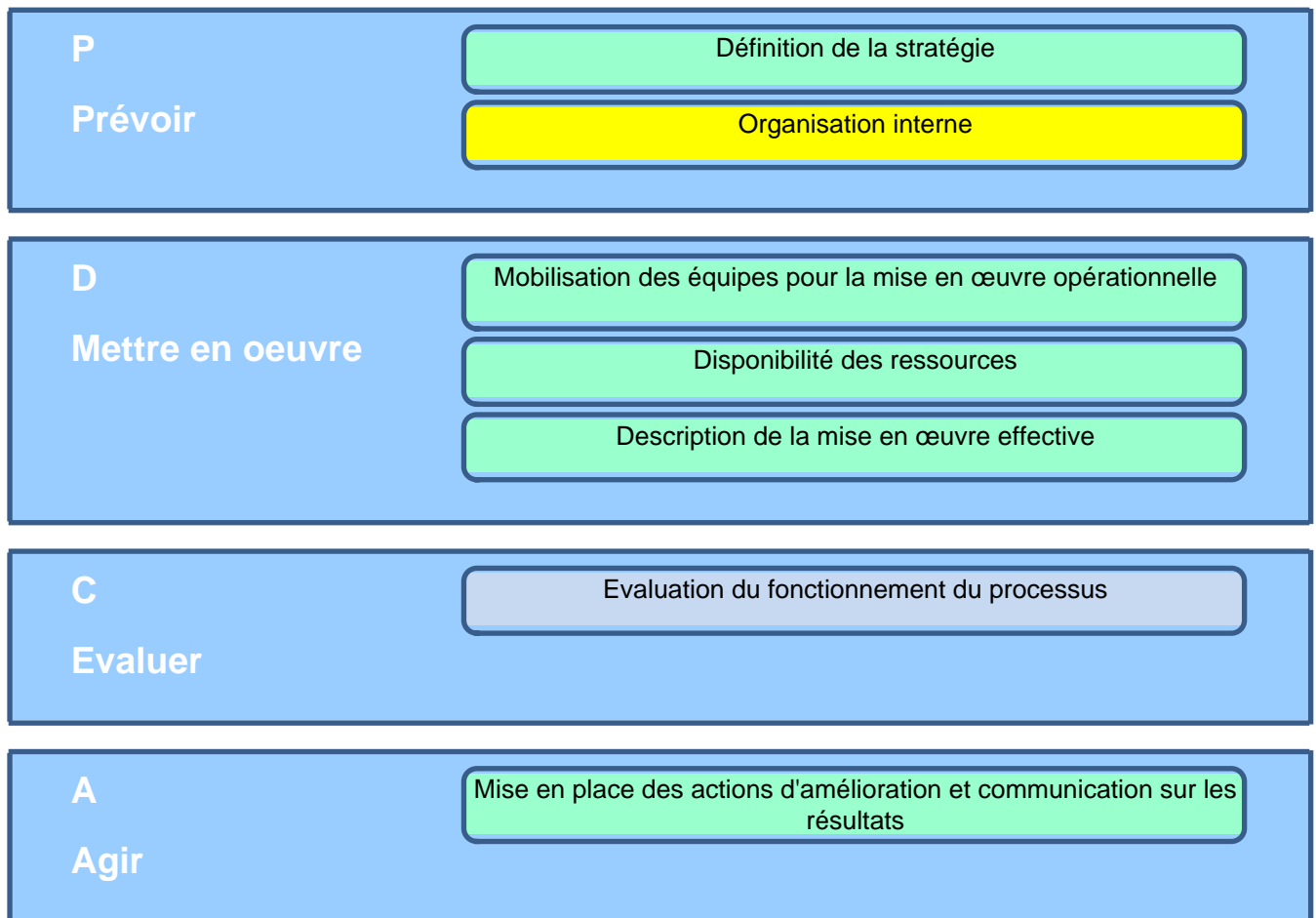
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Universitaire de ROUEN Charles Nicolle a développé une stratégie de maîtrise du risque infectieux, élaborée sur la base d'une coordination de compétences disponibles et proactives, d'une analyse des besoins et des risques en concertation avec la CME. Les programmes et les bilans successifs du CLIN permettent de hiérarchiser les activités à risques et de cibler les actions à développer dans le domaine de la gestion et de la prévention du risque infectieux.

La Fédération d'Hygiène Hospitalière regroupe toutes les ressources et compétences utiles à la lutte contre les infections nosocomiales.

- L'Unité de Prévention des Infections Nosocomiales : UPIN

- Le laboratoire d'hygiène

- Le laboratoire de bactériologie

- Le service de médecine du travail

- Le département de pharmacie.

Cette politique est clairement définie dans le projet d'établissement et le PAQSS du CLIN qui en découle. Le programme est formalisé avec des actions prioritaires.

Cette stratégie s'intègre dans un développement régional en coopération avec les 21 établissements dans le cadre du CoCLINNOR (réseau d'hygiène du secteur Seine et plateau nord) dont le CHU est l'établissement ressource. Une coopération est engagée sous forme d'une convention de mise à disposition de ressources médicale et paramédicale.

Les risques prioritaires identifiés dans l'analyse sont intégrés dans le compte qualité et réévalués annuellement.

ORGANISATION INTERNE

La Fédération d'Hygiène Hospitalière est une entité coordonnée. Le CLIN est le promoteur des objectifs à poursuivre. Le programme du CLIN 2016/2018 présenté à la CME du 11 juin 2016 est le suivant :

- Gestion des BMR et des BHRE

- Lutte contre les réservoirs environnementaux

- Surveillance des endoscopes souples

- Sensibilisation des médecins au respect des Précautions Standards dont l'hygiène des mains et les tenues

- Infections sur les abords vasculaires

- Suivi des changements architecturaux

Les différents acteurs (UPIN, bactériologistes, infectiologues, direction de soins, médecine du travail) s'articulent grâce à une réunion hebdomadaire. L'actualité de l'information est ainsi centralisée et les décisions sont prises avec toutes les compétences mobilisées. Le compte rendu est diffusé. Les rôles et responsabilités de chacun sont identifiés et formalisés.

L'équipe de l'UPIN est au cœur des pratiques. Médecins et infirmières hygiénistes sont disponibles pour les unités de soins, les formations, les conseils, la surveillance, l'observation des pratiques et la participation aux évaluations. Ses activités sont en lien avec les objectifs pluriannuels de CLIN.

Un réseau de correspondants en hygiène est en place. Il est animé par l'Unité de Prévention des Infections Nosocomiales (UPIN) qui décline sur le terrain les actions déterminées et organise des formations / réunions collectives et des interventions dont les différents prélèvements environnementaux sur le terrain.

Une cellule "Aspergillose" est en place afin d'accompagner les différents travaux de rénovation et les déménagements au sein de l'établissement.

La Commission des anti-infectieux joue son rôle d'animation, de surveillance et de propositions auprès des médecins.

Chaque secteur élabore ou réactualise ses protocoles de prévention et surveillance du risque infectieux relevant de ses compétences avec l'encadrement et la validation nécessaires.

Des procédures et protocoles de surveillance et de prévention des risques sont élaborés et revus à périodicité régulière afin de maintenir leur pertinence. Les professionnels en charge de la lutte contre le risque infectieux disposent de fiches de fonction spécifiques et de moyens logistiques adaptés.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources adaptées et programme des formations régulièrement. Le CHU organise des actions de communication et de formation (internes et externes) afin de sensibiliser les professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux.

La maintenance préventive et curative est assurée avec la collaboration de professionnels internes avec un calendrier diffusé. Le partenariat avec les établissements externes appartenant au réseau CoCLINNOR est régulier (conventions) et adapté aux situations (demandes de conseils ou d'aide).

L'hygiène des locaux est assurée par une organisation reposant sur des responsables, des missions définies, des moyens adaptés et un suivi régulier. La surveillance de l'eau et de l'air est organisée.

Des documents sont élaborés à destination des patients pour leur communiquer les résultats des

indicateurs.

La gestion des déchets est formalisée dans de nombreux protocoles et supports d'information. Cependant, les locaux et équipements ne sont pas toujours adaptés à la gestion des déchets dans certains bâtiments. Lors des différentes visites dans les unités du CHU à Charles Nicolle, il a été constaté que les locaux à déchets intermédiaires dans les services de soins n'étaient pas toujours identifiés, ni fermés à clé (dispositif de fermeture absent). Les sacs à linge sale sont souvent retrouvés posés à même le sol (pas de chariot disponible). Les sacs à déchets ménagers sont eux aussi souvent déposés à même le sol (pas de benne et/ou de place insuffisante pour faire entrer une benne à ordures dans le local intermédiaire du service de soins). Dans le bâtiment Dévé, les ascenseurs dits « sales » regroupent devant les deux doubles portes les bennes à ordures dans un local ouvert qui donne dans un couloir de passage bien qu'il existe au niveau inférieur (rez-de-jardin), une zone fermée DASRI ainsi qu'un local déchets et un local linge sale. Les DASRI sont entreposés derrière une porte non fermée à clé qui donne dans le même local. La plupart des blocs opératoires ne disposent pas de locaux intermédiaires.

Sur le site de Bois Guillaume, pour le bâtiment de néphrologie, l'équipe de l'unité d'hospitalisation évacue ses déchets ménagers par l'escalier de secours, les ASH portent les sacs bien qu'il existe un ascenseur permettant de rejoindre le local déchets.

A l'hôpital Saint-Julien, les bennes à ordures sont regroupées devant l'entrée du bâtiment « Camille Claudel », plus ou moins proches selon la saison, le poids du couvercle et la hauteur d'accès ne sont pas adaptés à la corpulence moyenne des ASH. Un risque de trouble musculo-squelettique a déjà été évoqué en CHSCT et avec le service de médecine du travail.

Une rencontre avec la Direction des achats, de l'hôtellerie, de la logistique et des équipements biomédicaux, DAHLIB, et le responsable de la gestion du bionettoyage et de l'environnement a confirmé qu'une partie des risques a bien été identifiée dans la cartographie des risques : locaux inadaptés à la maîtrise du risque infectieux (absence de local intermédiaire, capacité des locaux insuffisante), non respect des procédures avec une criticité évaluée à 48 points. Ces éléments se retrouvent dans le plan d'actions de la thématique « Processus Logistiques- gestions des déchets au N° 54 ». Ces constatations n'ont pas toujours débouché sur une solution de locaux dédiés, du fait de contraintes architecturales mais les circuits sont adaptés autant que possible (comme la création d'une zone DASRI dédiée pour le pavillon Aubette ou la gestion des déchets de la chambre mortuaire). Dans les projets architecturaux comme ceux de la chirurgie ambulatoire, les plans montrent des locaux en nombre et en surface adaptés à la gestion des déchets.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le CHU favorise la mobilisation des équipes par des formations et des sensibilisations régulières auprès de ses référents et auprès d'autres professionnels. Les internes bénéficient chaque semestre d'une formation à la prévention des risques infectieux (précautions standards et complémentaires, aide à la prescription d'antibiotiques). Les nouveaux arrivants sont sollicités pour recevoir la sensibilisation aux précautions standards et complémentaires. L'équipe de l'UPIN participe à l'enseignement dans les instituts de formation et se montre très disponible pour intervenir dans les unités de soins. Elle s'assure de la conformité des pratiques mises en place avec les dispositifs prévus et avec les procédures élaborées.

Les cadres de santé avec la collaboration des référents en hygiène des unités de soins favorisent l'appropriation des bonnes pratiques auprès des équipes soignantes en matière de prévention du risque infectieux. Les équipes s'impliquent dans le respect des protocoles d'hygiène.

Les indicateurs 2015 (ICSHA 2, ICATB 2, ICA-BMR, BN-SARM) sont performants. Les professionnels sont régulièrement informés des résultats par le biais de l'intranet ou par leurs collègues des laboratoires ou par les responsables d'unité. Les procédures correspondent à la prévention du risque infectieux pour la majorité des situations rencontrées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources documentaires sont profuses et adaptées aux activités de l'établissement et accessibles aux professionnels.

Les infectiologues publient des documents actualisés régulièrement sur l'antibiothérapie orale et injectable. Une EPP régionale « bon usage des antibiotiques » a réuni pour la 7ème fois les référents en antibiothérapie.

En septembre 2016, un audit sur « le bon usage des antibiotiques critiques » a fait l'objet d'une présentation lors d'une COMEDIMS. En novembre 2016, une présentation par le responsable du laboratoire de « recommandations sur le bon usage de l'antibiothérapie » a permis la diffusion d'un livret aux médecins.

Les professionnels sont formés aux précautions standards et complémentaires et savent les appliquer. En cas de besoin, une infirmière hygiéniste est disponible pour accompagner les équipes. Infectiologues et bactériologistes coordonnent leurs interventions auprès des équipes médicales. Leur disponibilité est appréciée.

Les AES bénéficient régulièrement d'actions de prévention et d'affichettes. Les dispositifs de protection

des professionnels sont en place et font l'objet d'une information et démonstration de pratiques auprès des professionnels. Une procédure de signalement des infections nosocomiales est disponible sur la gestion documentaire institutionnelle.

Le matériel nécessaire à la prévention du risque infectieux est mis à disposition des professionnels. Cependant, les locaux et équipements ne sont pas adaptés à la gestion des déchets.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Avec l'aide de l'UPIN, les unités mettent en œuvre les organisations prévues pour la maîtrise du risque infectieux. Les professionnels s'approprient et développent les bonnes pratiques. Celles-ci sont accompagnées par les infirmières hygiénistes. De nombreuses productions de groupes ou autres sont diffusées.

Les alertes du laboratoire de bactériologie sont opérationnelles et des actions correctives sont mises en place en fonction des risques (ainsi pendant l'été 2016, une épidémie survenue en service d'hémodialyse a été maîtrisée grâce à la gestion très réactive des acteurs : cellule de crise hebdomadaire, décisions communes et actions mises en œuvre, application des précautions complémentaires contact, moyens humains supplémentaires pour sectoriser les professionnels, prélèvements, information des patients et de tous les professionnels concernés, etc. et comptes rendus).

Les prélèvements réguliers des surfaces menés par l'équipe du laboratoire de bactériologie permettent d'assurer la veille environnementale. En cas de résultat non conforme, une stratégie et des actions sont mises en place.

La traçabilité des actions menées est assurée sur des supports papier comme la traçabilité du bio-nettoyage des différentes pièces (salles de soins, office alimentaire), la surveillance de la température et du nettoyage des réfrigérateurs alimentaires. L'entretien des chambres de patient est protocolisé et fait l'objet d'une traçabilité. La réévaluation de l'antibiothérapie se fait sous la surveillance systématique de la bactériologie. La traçabilité dans le dossier patient, de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^{ème} et la 72^{ème} heure est effective.

Chaque secteur développe, dans le cadre des objectifs souhaités par le CLIN, des plans d'actions spécifiques comme l'élaboration, la réactualisation des procédures, ou l'évaluation de pratiques, mais aussi des actions institutionnelles. Les commissions opérationnelles sont réunies à périodicité définie et des comptes rendus sont réalisés et diffusés par l'intranet.

Le bilan annuel du CLIN montre pour 2015 le suivi des AES, le suivi des souches d'entérobactéries BLSE, de SARM, des alertes BMR et BHR et le bilan de l'UPIN.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La veille exercée par le Laboratoire de bactériologie est déterminante dans la gestion du risque infectieux du CHU. De nombreuses actions d'évaluation et de suivi de mise en œuvre sont assurées régulièrement avec la participation de la Fédération en Hygiène Hospitalière. Les actions de surveillance sont assurées et réajustées comme celles qui concernent :

- la restitution de journée de visite de risque sur l'hémodialyse,
- l'audit des DASRI qui a permis une optimisation en matière de résultats,
- l'audit hygiène des mains en réanimation cardiaque et chirurgicale infantile,
- la surveillance des infections nosocomiales (21 en routine en 2015),
- la surveillance des infections du site opératoire, etc.

Un autre exemple : un groupe de travail nommé Rudologie a réalisé un audit sur le tri des déchets en 2012 renouvelé en 2015. Les conclusions (présentées au Copil Qualité, au CLIN, à la CSIRMT, aux cadres) furent suivies d'actions : grande campagne de sensibilisation aux bonnes pratiques en matière de tri, formations, documents sous forme d'affiches, réglottes, jeux interactifs. L'évolution du tonnage de DASRI de 619 tonnes en 2010 à 378 tonnes en 2015 montre une amélioration des pratiques. L'audit présenté sous forme de photographies montre qu'il existe une marge de progression.

Les IQSS sont suivis. Les professionnels de terrain participent à de nombreuses évaluations.

A / AGIR

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

Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'action du CHU. Des EPP et les différentes évaluations en lien avec les soins ont contribué à la mise en œuvre des plans d'actions, sources d'améliorations. Les supports et modalités de diffusion sont établis, les différents bilans CLIN, CoCLINNOR et le rapport d'activité de L'UPIN sont présentés et diffusés. Les professionnels de terrain participent et sont régulièrement informés des résultats. La CDU est informée des projets et des bilans.

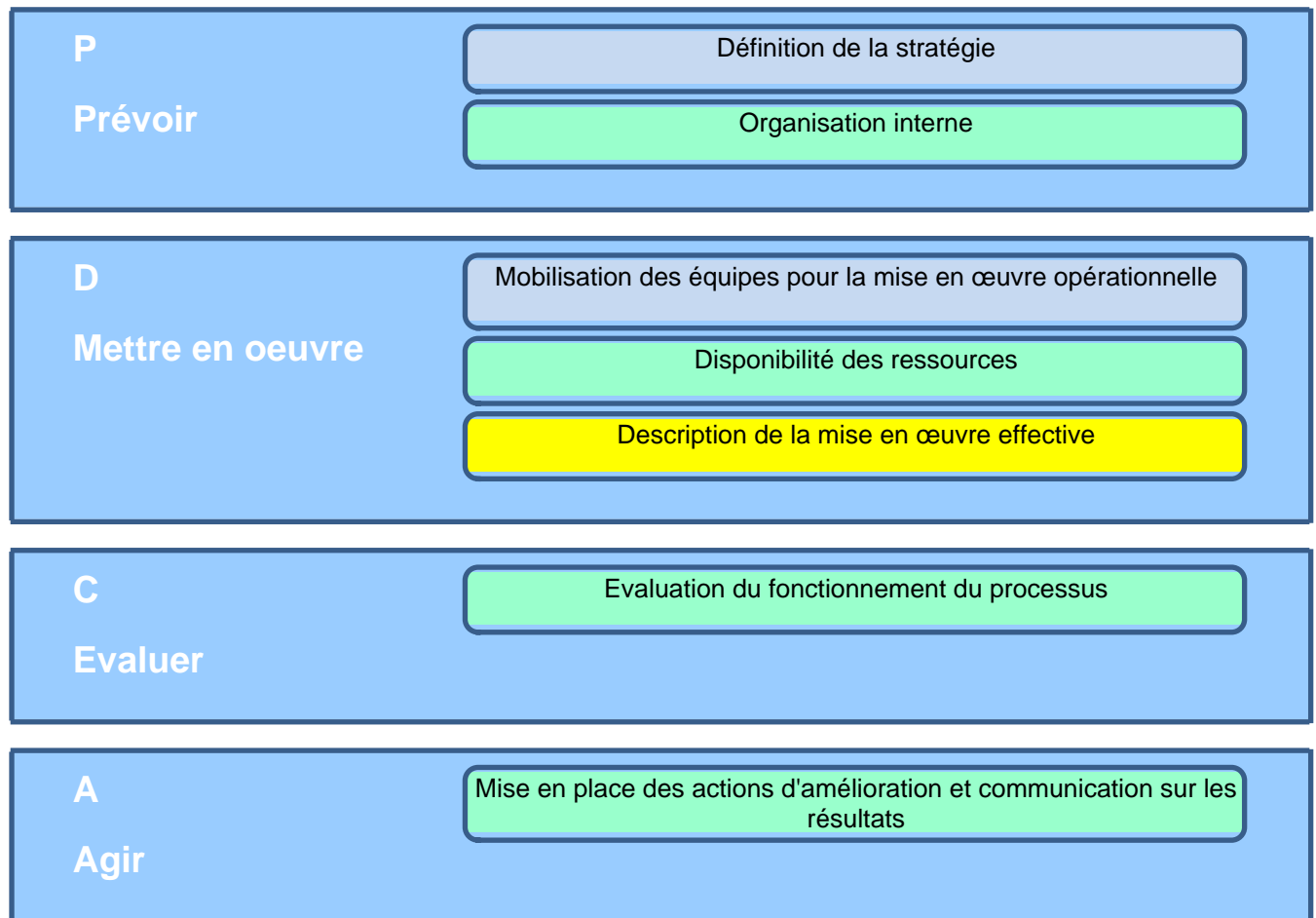
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement identifie et analyse ses missions et ses risques pour la thématique du Droit des patients. Le CHU-Hôpitaux de Rouen intègre dans ses orientations stratégiques le droit des patients. Dans le projet d'établissement, il établit comme axe numéro un, l'éthique de la prise en charge comme garantie de la pertinence des soins. Il souhaite faire du patient l'acteur de sa prise en charge, et fluidifier le parcours patient : "Le bon patient, au bon endroit, au bon moment".

Ces orientations se déclinent dans le projet stratégique :

- Améliorer les conditions d'accès, d'accueil et de confort des patients,
- Renforcer les liens avec les associations de patients et les représentants des usagers,
- Mieux organiser la prise en charge des personnes âgées,
- Améliorer l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap,
- Mieux organiser la réponse aux personnes en situation de précarité,
- Prendre en compte l'expérience des patients et accroître leur satisfaction,
- Promouvoir la bientraitance et le respect des droits du patient.

Le droit des patients est intégré dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins 2016-2020. Le CHU-Hôpitaux de Rouen se donne comme objectif de promouvoir la bientraitance et le respect des droits du patient notamment :

- Améliorer l'information et la communication entre professionnels patients et entourage,
- Associer l'entourage à certains aspects de la prise en charge.

Le droit des patients est intégré dans le projet médical 2017-2020. Le projet médical se donne pour objectif dans le domaine des droits des patients :

- Améliorer la gestion des flux arrivant par les urgences,
- Offrir des prises en charge multidisciplinaires centrées sur le patient,
- Amener les ressources et l'expertise au plus près des patients.

Les orientations négociées avec l'ARS intègrent cette thématique. Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2014-2019 intègre cette orientation dans son volet "Thématiques transversales" notamment pour les populations fragiles : handicap, filière gériatrique, addictologie, éducation thérapeutique, permanence d'accès aux soins de santé (PASS).

L'établissement utilise les données régionales et nationales ainsi que les données internes. Ces documents programmes s'appuient sur des analyses démographiques et épidémiologiques, sur le projet régional de santé, les résultats de la précédente certification, les retours des plaintes et réclamations des usagers, les permanences assurées par les représentants des usagers et les audits internes réalisés sur la bientraitance en 2013.

L'établissement hiérarchise ses risques avec les professionnels concernés. Une analyse des risques liés à la thématique Droit des patients a été menée par les pilotes de processus (direction de la clientèle et des affaires juridiques, médecins médiateurs, direction de la qualité, direction des soins, représentants des usagers à la commission des usagers) selon la méthode AMDEC. Cette hiérarchisation des risques a été validée par les instances de l'établissement.

Les objectifs se déclinent dans un programme annuel coordonné. Les actions correctrices et préventives qui résultent de cette analyse sont priorisées dans le programme pluriannuel 2016-2018. Ce programme identifie des pilotes, des délais, des échéances, et des cibles. L'état d'avancement est mesuré et présenté aux instances qualité du CHU-Hôpitaux de Rouen. Ce programme spécifique est intégré au PAQSS.

Les actions et modalités de mise en œuvre du programme sont définies.

ORGANISATION INTERNE

Les rôles et responsabilités sont définis. Les pilotes et référents sont identifiés, bénéficient d'une fiche de poste et leur mission est clairement établie. Un comité de processus est chargé de suivre les actions entreprises et les risques identifiés en lien avec la commission des usagers. Celle-ci est constamment informée des actions et avancées obtenues sur le sujet. Les représentants des usagers, compétents et formés, sont engagés dans la politique qualité en lien avec le droit des patients. Il existe un retour d'expérience (RETEX) "bientraitance" et un comité de pilotage bientraitance multidisciplinaire. Des cadres experts bientraitance sont formés.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont organisées : une procédure de signalement des événements indésirables associés aux soins existe, un portail (intranet) de signalement est en place et est disponible pour tous les professionnels ainsi qu'un guide d'alerte pour l'encadrement (Documents preuve fournis). L'établissement a également mis en place un COPIL Bientraitance et un CREX Bientraitance très actif qui a pour rôle d'analyser toutes les situations de maltraitance rencontrées (CR ci-joints). Enfin, toutes situations de maltraitance relatées dans des courriers de plaintes / réclamations font l'objet également d'analyse par la Commission des Usagers.

Le CHU (et notamment, la Direction de la Sécurité et des Situations Sanitaires Exceptionnelles) réalise depuis 2011 un suivi de toutes les situations de violence observées au sein de l'établissement. Des bilans

sont présentés chaque année aux instances concernées. De plus, dans le cadre des actions menées en faveur de la qualité de vie au travail, une Cellule Veille-Alerte-Intervention, a été mise en place en vue d'accompagner tout agent de l'établissement exposé à un risque psychosocial tel que violences physiques ou morales.

Il existe un comité Handicap, et l'un des représentants des usagers est le représentant d'un collectif d'associations liées au handicap. Il a été promoteur de la signature de la charte Romain JACOB.

Les besoins et ressources nécessaires sont identifiés et mis à disposition. Le plan de formation et le dispositif d'accueil du professionnel nouvel arrivant intègrent cette thématique. A titre d'exemple, les formations suivantes ont été réalisées :

- pour un déploiement de la bientraitance,
- l'annonce d'un dommage lié aux soins,
- la journée bientraitance avec jeu de rôle et évaluation à chaud,
- accompagner l'enfant qui meurt et sa famille,
- soigner les personnes désorientées en institution,
- démarche palliative et situations de fin de vie dans les services non spécialisés.

Le logiciel de gestion électronique des documents intègre les protocoles et processus relatifs à cette thématique. Citons l'outil d'alerte de maltraitance destiné aux cadres de santé, le processus de saisine du comité d'éthique. Il existe un plan de formation et des fiches de formations.

Les objectifs et les besoins en matériel sont identifiés, maintenus et programmés. Les plans de maintenance et les programmes de travaux prennent en compte cette problématique (plan d'équipement des chambres à deux lits par des rideaux de séparation, réaménagement des locaux des urgences ou des locaux de consultations, projet de construction d'un nouveau bâtiment pour la centralisation de tous les blocs chirurgicaux, avec financement obtenu dans le cadre du COPERMO). Les circuits et interfaces sont identifiés en lien avec les parcours patients.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Il existe une déclinaison de cette thématique par secteur notamment pour les urgences, les secteurs prenant en charge les populations fragiles (service de pédopsychiatrie, accueil des personnes atteintes d'un handicap, secteurs des personnes âgées, soins palliatifs, soins de suite et de réadaptation). L'établissement met en œuvre une prise en charge holistique des personnes atteintes d'un cancer par la fédération d'oncologie garante des bonnes pratiques des plans INCA successifs et en lien avec le centre voisin de lutte contre le cancer Becquerel, par exemple en dermatologie.

L'établissement procède à une sensibilisation des professionnels sur les objectifs de leur secteur. Les professionnels sont sensibilisés régulièrement aux droits des patients, dans le cadre des formations institutionnelles et par les référents qualité de pôle, les cadres de santé et la direction de la clientèle. Lors des réunions de service ou de pôle cette thématique est abordée par les référents et/ou les cadres.

Des actions de formation spécifiques sont effectuées. Les médecins médiateurs et la direction des soins sensibilisent les équipes dont les médecins aux bonnes pratiques en matière de droit des patients (bientraitance, règles de communication et de bonne information au patient d'un dommage lié aux soins, par exemple).

L'établissement a identifié des secteurs pilotes. Une cellule de bientraitance a été mise en place aux urgences qui permet avec l'infirmière et le médecin d'accueil et d'orientation, en présence des médiateurs soignants et médicaux, de dénouer en cas de crise les tensions vécues par la patientèle.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement met à disposition les compétences nécessaires. Les effectifs de référents et structures de pilotage sont proportionnés avec les actions à mettre en œuvre. La mobilisation de l'encadrement et des comités bientraitance et handicap est effective et régulière.

La documentation nécessaire est accessible et disponible. De multiples supports imprimés complètent la gestion documentaire. Ces supports sont accessibles aux professionnels et aux usagers (livret d'accueil, nombreux guides d'information au patient par pathologie, charte du malade hospitalisé multi-langues, charte en alphabet Braille, charte de la laïcité). Une mallette de l'accessibilité destinée aux professionnels constitue une action du projet de soins soutenu par l'ARS. Ce projet identifie les actions qui doivent être mises en place pour l'accueil des personnes atteintes de handicap, afin de faciliter la bonne interaction soignant soigné : utilisation des pictogrammes du projet "MediPicto" de l'APHP, grille de valence gériatrique (méthode ABCDEF) pour la personne âgée, procédure pour le patient atteint de maladie de Parkinson... Un espace des usagers, central, signalé et connu, est dédié aux permanences des représentants des usagers, avec des permanences pluri-hebdomadaires.

La plupart des services disposent de locaux permettant le respect de l'intimité et de la confidentialité des informations (chambres individuelles, espaces pour les familles, espace d'annonce, digicodes sur les portes de salles de soins ou de bureau des internes dans lesquels se trouvent les dossiers papiers des patients). Cependant, certains locaux ne garantissent pas le respect de l'intimité et de la dignité des patients. Un certain nombre de chambres à deux lits ne sont pas équipées de rideaux de séparation et la réalisation des soins d'intimité ne fait pas l'objet d'une procédure dans des services visités (vu en

cardiologie, hôpital de jour en gastro gastroentérologie). L'achat de paravents est prévu dans les investissements. Certaines salles d'attente sont surchargées et ne permettent pas un accueil intime du patient (mélange des patients au service urgences de dermatologie, mélange enfants, vieillards et adultes en salle d'attente du scanner grand couloir pavillon Derocque) comme le montre la visite de services. Les programmes de travaux prennent en compte cette difficulté.

Le transport des dossiers se fait dans le respect de la confidentialité des informations concernant le patient. Les ordinateurs muraux des services de soins occultent automatiquement la session lorsqu'il n'y a pas de saisie récurrente de données.

L'établissement s'attache au respect de la confidentialité des informations concernant le patient hospitalisé ou en consultation. La confidentialité des informations est assurée les professionnels qui y sont sensibilisés malgré la multiplicité des supports dossiers papiers et informatiques. Les dossiers en papier sont inaccessibles à la vue et au public, et les sessions au DPPI et autres logiciels cliniques et de soins ainsi que médico-techniques sont sécurisées et tracées. L'ensemble des professionnels de l'équipe de prise en charge dispose d'une carte de professionnel de santé qui permet d'assurer la traçabilité des accès dans le respect des droits identifiés. Les contrôles sont soumis à la DSI, au Correspondant Informatique et liberté et au Département d'Information Médicale.

L'établissement prend en compte les droits et l'accueil de l'entourage. Le CHU dispose d'une maison d'accueil hospitalière proche des pavillons de court séjour du site principal, qui permet l'accueil de l'entourage, lequel bénéficie par ailleurs de la possibilité de dormir dans la chambre d'un proche (Unité de soins palliatifs, chirurgie pédiatrique).

Des dispositifs d'accueil spécifiques sont déployés. Des dispositifs spécifiques faisant l'objet de procédures écrites permettent l'accueil personnalisé du patient et de son entourage (enfant en fin de vie, la personne âgée en chirurgie, application du plan INCA III pour la personne atteinte de cancer). Les bonnes pratiques en cancérologie sont diffusées par un ingénieur qualité rattaché à la fédération d'oncologie du CHU. La prise en charge palliative est déployée avec psychologue dédiée (constaté en USLD en SSR en service d'endocrinologie et en USP).

L'établissement prend en compte le respect des libertés individuelles. Le CHU met à disposition les organisations permettant le respect des libertés individuelles : interprètes, représentants et lieux de culte, procédures pour les malades sous protection ou régime restrictif. Le CHU a fait l'objet pour le Centre de Rétention administrative d'une visite du contrôleur général des lieux de privation de libertés en 2009 et en 2012.

L'établissement a identifié comme premier risque la traçabilité de l'information délivrée au patient. Le CHU trace le consentement éclairé dans le dossier informatisé ou le dossier papier l'information faite au patient si son état de vigilance le permet (constaté en neurochirurgie et cardiologie) .

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement s'attache à optimiser l'information au patient sur ses droits. L'information des patients sur leurs droits est assurée par les journées dédiées, les représentants des usagers, les équipes médicales soignantes sociales et médico-éducatives.

L'établissement communique sur les missions de la commission des usagers (CDU). Les informations concernant la CDU sont disponibles dans le livret d'accueil et sur des supports papier disposés dans chaque service et salles d'attente. Une permanence est tenue régulièrement par les représentants des usagers pour informer les usagers et les soutenir dans leurs démarches. Une des représentants des usagers se consacre essentiellement à promouvoir, avec le CHU, les actions de bienveillance.

Des signalements d'alerte de cas de maltraitance ont lieu, ils font l'objet d'une prise en compte par le service, l'encadrement et la direction des soins sans préjuger d'une action juridique, si besoin. Il n'y a pas eu récemment de procédure disciplinaire ou pénale sur ce sujet.

L'établissement organise le respect de l'intimité. En grande partie, le respect de l'intimité et de la dignité des patients est préservé (chambres individuelles, protocoles de soins dans les chambres à deux lits mis en œuvre, rideau séparateur installés dans ces chambres).

Le patient est associé au projet thérapeutique le concernant. Certains services pratiquent le projet personnalisé de soins (constaté en SSR de neurologie, pédo-psychiatrie, endocrinologie-diabétologie).

Cependant, l'établissement n'assure pas la traçabilité complète des informations exigibles. Le CHU a identifié comme risques la non traçabilité du consentement éclairé, de la désignation de la personne de confiance et le cas échéant du refus de soins. Lors des investigations de terrain, il est constaté des pratiques inhomogènes (confusion entre personne de confiance et conjoint). Le CHU a programmé un audit auprès des praticiens pour identifier les différences de pratique d'un service à l'autre. Des actions sont prévues pour remédier à ces risques (plan amélioration de la qualité processus droits des patients), ces actions ne sont pas initiées lors de la visite comme le montre la cartographie des risques Droits des patients.

Le patient traceur adulte montre un absence de traçabilité du consentement des parents à la transfusion sanguine dans le dossier du patient. La mère de l'enfant confirme que le consentement lui a bien été demandé à deux reprises pour deux transfusions. Le CHU dit ne tracer que les refus de transfusions et non les accords pour la transfusion.

De plus, la traçabilité de la prise en charge n'est pas effective. Il n'y a pas de visites médicales à l'arrivée des retenus comme l'indique le rapport de 2012 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté .

Enfin, l'information en cas de dommage lié aux soins n'est pas constante et homogène. Il n'y a pas de pratique homogène sur l'information à délivrer en cas de dommage lié aux soins. Une action

d'amélioration est prévue en lien avec l'audit des pratiques d'annonce (mise en œuvre d'une sensibilisation des praticiens par les médecins médiateurs) comme le montrent les visites en chirurgie, cardiologie, le retour des réclamations et plaintes, le rapport de la CDU 2015 et 2016.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement procède à une évaluation périodique du processus et du plan d'actions y afférent. Des audits flash sont diligentés par le CHU-Hôpitaux de Rouen pour constater et améliorer la connaissance des bonnes pratiques (consentement éclairé). Les actions correctives sont déterminées en lien avec les professionnels. L'établissement réalise cette évaluation de manière pluridisciplinaire. L'évaluation périodique des droits des patients est effectuée par la direction concernée en lien avec la commission des usagers et les représentants des usagers. S'y ajoutent les questionnaires de sortie dont le retour est faible mais qui sont exploités par le CHU. Le CHU s'est fixé comme objectif d'atteindre une meilleure remise du questionnaire et un meilleur retour des questionnaires de sortie. Des opérations annuelles un jour donné permettent de compléter ces dispositifs (questionnaire remis ce jour là avec un taux de retour plus de 60 %). Le CHU réalise l'enquête e-satis. L'établissement a engagé 6 EPP sur la thématique droits des patients comme l'indique le tableau des EPP.

A / AGIR

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

L'établissement a mis en place un dispositif institutionnel d'amélioration de la qualité concernant le Droit des patients. A partir de ces évaluations (audits et exploitation des données de retour), le CHU actualise ses actions d'amélioration notamment avec l'appui de la commission des usagers, de la direction qualité prévention des risques et de la direction des soins et des médecins médiateurs. Ces réajustements conduisent à actualiser le projet pluriannuel de soins et le plan d'action qualité Droit des patients. Néanmoins, l'ensemble du plan d'actions spécifique Droit des Patients n'est pas couvert par cette évaluation. Le CHU n'a pas à ce jour élaboré un tableau d'indicateurs identifiant toutes les cibles quantitatives et qualitatives qui permettraient à ce plan d'action de démontrer l'ensemble de son efficience.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

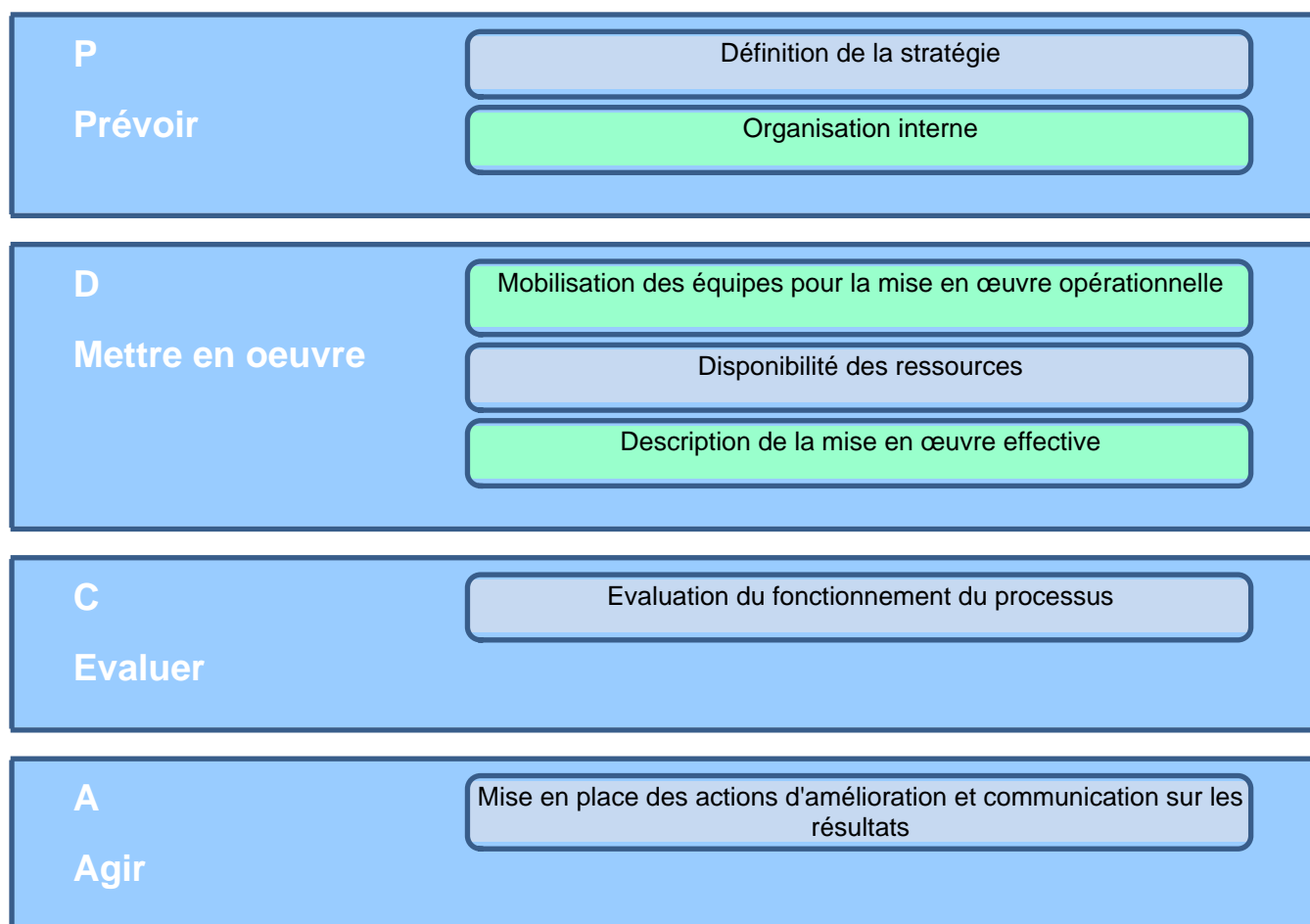
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique du parcours patient élaborée à partir des trois grands thèmes prioritaires du projet médical 2017-2020 (le parcours non programmé, la prise en charge multidisciplinaire, hôpital de demain), des deux axes du projet stratégique de l'établissement 2016- 2020 dont les axes 3 (mieux répondre aux besoins de la population de tous âges) et 4 (optimiser le parcours des patients), du projet de soins 2013-2017 dans son volet : performance organisation et qualité des soins, des cartographies des risques depuis 2011-2013 (16/22), des résultats IPAQSS notamment le compte rendu de sortie, le dépistage des troubles nutritionnels, des données des audits "patient traceur", 89 évènements indésirables (EI), CREX, RMM. La politique se décline dans la formulation de projets comportant des fiches actions dont la numérotation visualise avec cohérence leur rattachement aux axes stratégiques institutionnels et médicaux.

Les cartographies des risques (16/22) des parcours patients existent depuis 2011-2013 et sont en cours d'évolution face aux modifications ou modernisation des pôles et services : le pôle thorax vaisseaux travaille sur 6 parcours patients depuis décembre 2016 (endoscopie, consultation externe, unité conventionnelle, secrétariat, services intensifs, hospitalisation programmée). A Oissel, le service d'HDJ qui fait partie du pôle 3R, a défini ses circuits de prise en charge. Actuellement une réflexion est menée entre le pôle tête et cou et pôle OARC pour approcher une logique de prise en charge par organe (ex: le rachis, chirurgie maxillo-faciale), le cancer, création depuis mars 2017, de l'UMS (unité mobile de soins AVC avec les urgences), de l'UAP unité d'accueil programmé depuis mars 2017.

Les projets de la thématique se retrouvent dans le PAQSS identifiant les pilotes et précisant le calendrier. La plupart des projets comportent des indicateurs de suivi. La politique et le programme ont été présentés et validés par les instances, dont la CDU. Les risques prioritaires de la cartographie ont été repris dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

La thématique du parcours du patient est co-pilotée au niveau institutionnel par la coordinatrice générale des soins et le vice-président de la CME. Deux directeurs des soins se répartissent des missions spécifiques. L'un anime un sous groupe parcours patient (dont le circuit du médicament), l'autre le sous groupe ressources humaines et la mobilisation des équipes.

Au niveau des lieux de prise en charge, l'organisation des 13 pôles recevant des patients repose sur un quatuor : le chef de pôle et cadre supérieur de pôle, du représentant de la direction générale, d'un cadre gestionnaire.

Les missions, sont formalisées pour l'ensemble des pôles dans un document commun. Une feuille de route remise au chef de pôle précise les objectifs du pôle. La direction des soins a dédié la charge spécifique de l'adéquation des ressources et compétences aux besoins de la prise en charge à un directeur des soins adjoint. Les cadres supérieurs et les cadres gestionnaires des pôles suivent et ajustent les besoins en fonction de l'activité. Le management s'organise autour de réunions dont la fréquence est déterminée : bureau de pôle hebdomadaire, bureau élargi mensuel, encadrement supérieur de pôle hebdomadaire, encadrement de proximité tous les deux mois, cadre supérieur - cadre gestionnaire hebdomadaire.

Les procédures relatives au parcours du patient (ex : risque suicidaire, urgence vitale existante depuis 2006 et mise à jour, surpoids, sortie de mineurs, éducation thérapeutique sur AVC, cardiologie, ALZ, rhumatologie, maladies rares et nutrition ...) sont généralement intégrés dans l'outil informatique dont l'accès est réglementé. La charte graphique est définie. Quelques documents papier subsistent. En effet la gestion documentaire est en cours de déploiement et de rapatriement des documents anciens (30% des documents ne sont pas intégrés dans la GED). Une nouvelle version de logiciel est prévue pour la mi 2017. L'objectif, à ce jour, est aussi, de synthétiser certaines procédures et formaliser des fiches réflexes, des arbres décisionnels, des ordigrammes résumant le document souche pour une exploitation simplifiée. L'intranet publie de nombreuses informations sur les pôles. Un site internet permet aux usagers d'être informés.

Des formations des professionnels sur le parcours du patient sont programmées dans les plans de formations. Pour exemple, la formation au risque suicidaire (plan de formation depuis 2008 l'atteste et 50 personnes formées en 2015 et 32 en 2016, présence d'un support de formation) ainsi que celle aux gestes d'urgences reposant sur l'AFGSU sont organisées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des médecins se concrétise par la formation des chefs de pôles à leurs nouvelles charges,

par la formation au management des médecins chef de service, par la réunion mensuelle des chefs de pôles par la CME, par la rencontre individuelle des médecins avec la direction générale et le président de la CME, par la tenue régulière d'une CME plénière 2 à 3 fois par an.

Au niveau institutionnel la direction des soins assure la sensibilisation des professionnels aux risques identifiés et à la thématique du parcours du patient : 2 rencontres annuelles des cadres des pôles sur leur lieux d'activités (calendrier des rencontres), puis 2 réunions plénières annuelles des cadres organisées selon un dispositif structuré (thématiques choisies, revue systématique des CREX), comme par exemple le circuit du médicament en 2016.

Un directeur adjoint conduit la gestion des ressources humaines : compétences, création de nouveaux métiers pour accompagner la mise en place des structures transversales concernant l'accueil, la sortie (Plan de formation structuré : formation diplômante, en lien avec les projets, et RETEX systématiquement).

Il existe un guide du nouvel arrivant, lequel est accompagné pendant 15 jours.

Au niveau des pôles, la sensibilisation est effective au travers des réunions de bureau de pôle, de bureau élargi, de réunion de cadres de proximité. Les ordres du jour sont établis et les comptes rendus sont formalisés.

Au niveau des services, une organisation nouvelle, testée et validée, depuis mi 2016 est mise en œuvre : les "Stands Up meetings". Les professionnels de terrain sont invités à suivre 5 indicateurs de façon hebdomadaire et à les restituer pendant un temps réglementé de 15 minutes. Ceci contribue à mobiliser les professionnels autour des indicateurs. Le déploiement des "Stands Up meetings" se poursuit afin de généraliser la démarche.

Le management s'assure de la conformité des pratiques avec 2 méthodes phares : la poursuite des audits « patient traceur » de manière régulière et la participation des professionnels aux CREX, soit institutionnels, soit des pôles.

Les RMM ont été relancées en chirurgie. Des actions d'amélioration sont définies en cas de besoin.

Cependant les objectifs propres au pôle, appelés axes de travail se retrouvent dans des projets de pôles formulés à l'initiative de chacun. La construction des programmes de pôles et services est une démarche embryonnaire. L'établissement est en cours de proposer une méthode de présentation de ces programmes en lien avec les priorités de l'établissement pour s'assurer une cohérence des moyens déployés au sein des pôles. Ceux-ci devraient comporter un socle commun d'objectifs et d'autres plus spécifiques (à l'étude actuellement la définition de 10 priorités pour leur déclinaison dans les pôles, par un groupe de cadres supérieurs dirigés par la directrice des soins).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La disponibilité des compétences et des personnels en nombre est assurée. La direction des soins en charge des parcours professionnels met en place des outils nouveaux de régulation des absences (WHOOG) depuis 2016 : banque des données basée sur le volontariat aux heures supplémentaires. Il existe une cartographie des métiers sensibles, un tutorat, une formation (notamment une formation concernant le risque suicidaire, l'urgence vitale, la nutrition).

Au niveau des pôles, une adéquation hebdomadaire des moyens et de l'activité est réalisée entre le cadre supérieur et le cadre gestionnaire du pôle : exemple en pédiatrie au sujet de la répartition des absences (RTT, récupérations, formation) au cours des périodes de moindre activité.

Une liste de médecins accrédités est disponible. Les chefs de clinique sont les tuteurs des étudiants de médecine.

Les pôles gèrent une enveloppe pour les équipements d'un montant déterminé. Au-delà de ce seuil, la gestion devient du ressort de l'établissement.

Les nouveaux équipements informatiques sont en déploiement en liaison avec le logiciel du dossier de soins informatisé.

Tous les services sont dotés d'ordinateurs donnant accès aux logiciels déployés (Comptes-rendus des hospitalisations antérieures, gestions des résultats biologiques et de l'imagerie, dossier de soins dans ses composantes de prescription et d'administration des médicaments...).

Une documentation destinée aux usagers est mise en place sur le site internet. Plusieurs prospectus ont été réalisés, rangés sur des présentoirs dans les couloirs des services et les accès communs des usagers (réalisés principalement par la Direction de la Clientèle et des Affaires Juridiques). Les sujets traités concernent les directives anticipées, la personne de confiance, la CDU, le consentement éclairé, la charte de la personne hospitalisée...

L'unité d'éducation thérapeutique qui a obtenu le label de l'ARS pour plusieurs prises en charge, produit des documents adaptés aux patients et usagers, comme par exemple : l'AVC, la maladie d'Alzheimer, les maladies orphelines, divers thèmes de cardiologie...

De nombreuses restructurations des locaux ont été entièrement ou partiellement réalisées : pour le rapprochement des lits de médecine ambulatoire, la réanimation... Le permis de construire pour le nouveau bâtiment des blocs opératoires est parvenu à l'établissement en cours de visite. Le pôle femme-mère-enfant est installé, depuis peu, dans des locaux adaptés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement s'est doté d'organisations transversales afin de fluidifier les parcours des patients programmés et non programmés : organisation de filières gériatrique, neurologique, pneumologique, santé mentale, populations fragiles, obésité, handicap...

Ces structures transversales se focalisent sur l'organisation, notamment :

- de l'accueil des patients (mise en place de personnels régulateurs de lits, prises en charge spécifiques : SOS mains, SOS aorte, allergie, dermatologie, création d'une plateforme téléphonique en orthopédie en pré-opératoire),
- de la sortie des patients : organisation d'une équipe de liaison mobile pour la filière gériatrique, d'une plateforme du parcours complexe avec 3 professionnels recrutés, création d'une pochette de sortie en test (dont l'analyse est en cours) dans 3 services pour anticiper la sortie,
- des avis spécialisés pour aider à fluidifier le parcours et favoriser les hospitalisations directes : équipement de DECT pour les contacts directs avec les professionnels libéraux en externe et avec les médecins au sein de l'établissement,
- de la gestion des lits : regroupement des lits d'hospitalisation de jour et virage ambulatoire,
- 20 lits sont réservés pour l'opération hôpital en tension, dans les services de médecine interne, neurologie, orthopédie ,
- des travaux sur les filières avec les structures entrant dans le GHT : filière gériatrique en intra et avec les structures d'aval ou par compétence, création d'une équipe de liaison mobile, création d'outil de repère des fragilités en gériatrie (ABCDEF),
- de la Filière prise en charge de l'obésité: groupe obésité,
- du rapprochement des secteurs d'imagerie en fonction des organes,
- de l'organisation du regroupement des blocs chirurgicaux et 4 blocs spécifiques aux urgences,
- des populations fragiles avec un COPIL handicap, la signature de la charte Romain Jacob, de documents d'information traduit en plusieurs langues et en alphabet Braille,
- de l'organisation de la prise en charge des patients relevant de la Santé Mentale : convention avec le CH santé mentale de Rouvray (lits pour adultes venant du CHU identifiés au CH Rouvray et service de pédopsychiatrie intramuros),
- du parcours patient en cancérologie : hématologie-pédiatrique, pneumologie, gastro-entérologie avec une IDE de coordination identifiée,
- des lits de soins palliatifs et équipe mobile pour le futur GHT,
- de la création d'une commission plaie et cicatrisation assurant les tâches de prévention, traitement, télé-médecine et de formation des personnels,
- de l'intégration des actions de la politique culturelle dans le parcours patient,
- de la création en octobre 2016 d'une commission information des patients : formalisation des missions de communication des référent-patients, travaux sur les directives anticipées.

L'accueil est réalisé sans délai dans les services par les paramédicaux selon une fiche commune aux services. La visite initiale du médecin est réalisée par les internes et consolidée par le praticien senior dans la même journée. Les données des séjours antérieurs du patient sont accessibles à partir d'un logiciel. La préparation de l'hospitalisation est anticipée pour les parcours programmés.

L'évaluation initiale formalise un projet de vie pour les séjours en SSR et SLD, et des objectifs de traitement pour les courts séjours. La tenue de visites quotidiennes du patient avec l'implication des différents professionnels intervenant auprès de lui, puis des réunions hebdomadaires assurent l'adaptation du projet de vie ou les objectifs de soins ou des programmes opératoires. Des professionnels du CHU interviennent dans un centre de rétention administrative à Oisselle. L'évaluation initiale n'y est pas systématiquement proposée aux personnes admises dans le centre malgré les directives d'un comité européen pour la prévention de la torture qui préconise l'évaluation sans obligation. En 2012 une visite inopinée du contrôleur des privations de liberté avait émis des recommandations.

Un bracelet d'identification est apposé au patient à chaque entrée dans un service différent au cours du même séjour.

La douleur est évaluée. La prise en compte des besoins nutritionnels (réévalués à 14 jours) est retrouvée dans les dossiers. L'évaluation du risque d'escarre fait l'objet d'un suivi particulier avec le score de Braden (risque identifié et porté dans le compte qualité). La réflexion bénéfice risque est abordée oralement, cependant en pédiatrie ce point fait l'objet d'un compte rendu écrit et le consentement est signé par le patient ou ses ayants droits. Le document est scanné dans le dossier. Lors de prise en charge en cancérologie, il est mené des RCP qui permettent la prise de décision, notamment dans certaines filières.

Le dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est l'objet de mises à jour. Il avait été identifié par l'établissement comme risque prioritaire dans le compte qualité, à la suite de plusieurs événements graves survenus en 2016. Ce jour, il existe une convention avec le CH de santé mentale qui réserve des lits spécifiques pour les patients du CHU et inversement un service de pédopsychiatrie sur le site principal du CHU.

Aux urgences, un travail de structuration de la prise en charge du patient suicidaire est en place (la procédure comporte une fiche conseil d'aide à la décision et présence effective de psychiatre au sein des urgences). En dehors du service des urgences la prise en charge du mal-être ou de la thymie est effective, inscrite dans les dossiers médicaux notamment en SSR et dans la filière gériatrique. Les psychologues assurent un suivi des patients. L'accompagnement des professionnels suite à la survenue d'événement grave est effectif : prise en charge par les psychologues, analyse de l'événement avec la direction et plan

d'actions d'amélioration, mesure de l'impact sur les professionnels et les organisations, retour vers les partenaires sociaux, procédures concernant les administrateurs de garde.

Le dispositif de prise en charge du risque suicidaire est organisé mais partiellement mis en place au niveau de l'établissement. La recherche du risque suicidaire n'est pas tracée systématiquement sauf en service de pédopsychiatrie où une traçabilité de la prise en charge est réalisée selon la procédure définie. Aux urgences un groupe identifié a formulé les procédures qui restent à être diffusées. A l'échelle de l'établissement, il n'y a pas de groupe de travail spécifique à ce risque. Des documents de travail sont en cours d'évolution (éléments facilitant la détection, préparation du formulaire informatique pour l'intégrer dans le logiciel...).

Pour la prise en charge des urgences vitales, les coordonnées des spécialistes sont connues. En appelant le 15, les professionnels sont en relation avec le centre régulateur qui alerte les réanimateurs. Cependant, la prise en charge de l'urgence vitale n'est pas pleinement opérationnelle. Les chariots d'urgence sont souvent surchargés de matériel rendant leur accès parfois difficile. Par ailleurs leur révision s'est révélée très aléatoire, la fréquence allant de chaque mois à 2 fois par an. Le risque avait été identifié en mars 2016 et inclus au CQ. Un audit avait mis en valeur 5 dysfonctionnements retrouvés lors de la visite des différents services : surdotation en médicaments, non sécurisation du chariot, nécessité d'amélioration de la maintenance des chariots, l'ergonomie des chariots. Depuis, un groupe de travail piloté par un médecin anesthésiste et un pharmacien a présenté les conclusions de l'audit à la commission des protocoles et des bonnes pratiques cliniques. Le groupe a travaillé sur la mise à jour de la procédure. Celle-ci n'est pas validée et fera l'objet d'une présentation en juin 2017.

Le CHU est doté d'une unité d'éducation thérapeutique pour 24 autorisations accordées par l'ARS. Des professionnels sont dédiés à la coordination de cette unité.

Chaque service a accès aux résultats de laboratoire et d'imagerie en temps réel à partir d'un logiciel informatisé. Concernant l'imagerie les clichés sont numériques et les comptes rendus accompagnent l'image.

Le patient et ou ses proches sont associés systématiquement aux décisions dans les services de long séjour. En chirurgie le consentement est recueilli en amont de l'hospitalisation.

La permanence des soins est en place. Les organisations des gardes et astreintes sont validées par la COPS.

La traçabilité de soins est effectivement retrouvée malgré la complexité actuelle du dossier. Sont informatisés, les accès aux comptes rendus des séjours antérieurs, aux résultats biologiques, aux comptes rendus et aux images, à la prescription-administration. En raison de la complexité entre dossier informatisé et dossier papier la direction des soins réalise un audit tous les 2 ans sur la tenue du dossier, ainsi que des relevés hebdomadaires d'indicateurs choisis. Le compte qualité a exploité ces données.

La sortie identifiée comme un risque prioritaire dans le compte qualité a fait l'objet d'un projet appelé "valise de sortie". Ce projet formalise une check-list de documents à préparer et à joindre au dossier remis au patient à la sortie. La nouvelle structure "plateforme patient complexe" fait l'objet de nombreux recours pour aider à préparer la sortie en concertation avec les structures d'aval notamment. Une fiche de liaison est systématiquement créée le jour de sortie et le compte rendu d'hospitalisation est envoyé dans la semaine, pour les services de court séjour, tandis qu'il est remis le même jour en SSR et SLD.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation est structuré. Au niveau institutionnel, une direction des opérations a la charge d'assurer un suivi de l'état d'avancement des projets institutionnels.

La direction générale et le président de CME assurent un suivi en direct :

- avec le chef de pôle par des rencontres individuelles,
- avec les chefs de service au moment des séminaires semestriels.

La direction des soins s'est attachée à simplifier le suivi des indicateurs par des actions ciblées à fréquence rapprochée :

- de 5 indicateurs prioritaires annuels du projet de soins (ex : en 2016 accueil du patient, en 2017 sortie du patient et échelle de Braden).
- suivi de 5 dossiers par mois depuis septembre 2016 sur le thème de la personne de confiance, de la douleur, de l'échelle de Braden, de la nutrition, et de l'exploitation des données par pôle.
- Revalidation de la mallette grippe depuis 2013 avec RETEX

Au niveau des pôles, le chef de pôle et le cadre supérieur réalisent le suivi des audits et mettent en place des "quicks audits" (bracelet, fiche de connaissance, motif d'entrée, données sociales), en sus des audits institutionnels. Les méthodes les plus généralisées sont celles des CREX et des audits « patient traceur » : 80 réalisés depuis 2016 ; des RCP en cancérologie ; les audit de la check-list au bloc opératoire ; de l'évaluation de l'outil WHOOG de gestion des RH ; des audits des dossiers de soins par pôle en 2012 et 2014 ; des audits sur la douleur, les escarres et le circuit des médicaments.

La mesure de la satisfaction des patients inaugure une méthode: "parole 1 jour donné" qui est une

démarche en construction, testée avec la collaboration des étudiants de l'IFSI.
Les RMM et EPP font l'objet de relance par la commission de l'amélioration des pratiques.

A / AGIR

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

Les actions sont mises en œuvre et intégrées au PAQSS. La directrice et le président de CME reçoivent régulièrement les chefs de service pour assurer un suivi des projets, leur état d'avancement et leur révision s'il y a lieu. La direction organise la revue de projets deux fois par an, des séminaires sur les projets stratégiques et des séminaires de cadres supérieurs. La direction des soins assure un regard particulier sur 5 indicateurs prioritaires. L'établissement favorise les outils d'évaluation comme les RMM, CREX, patient traceur, EPP pour mettre en place et suivre l'efficacité de ces mises en œuvre.

La communication institutionnelle relève d'une direction. L'établissement est doté d'un intranet, d'un site internet dans lesquels sont retrouvées des informations rangées par directions et par pôles.

Une formation des cadres à la communication avec "media training" est mise en place permettant d'acquérir un savoir sur quoi communiquer et à qui.

Une revue est éditée par la direction des soins appelée "ZOOM, les brèves de la CSIRMT.

L'établissement édite des revues papiers (Echange) et des prospectus et organise leur distribution. Les indicateurs IPAQSS sont affichés dans l'établissement et sont accessibles par l'Intranet.

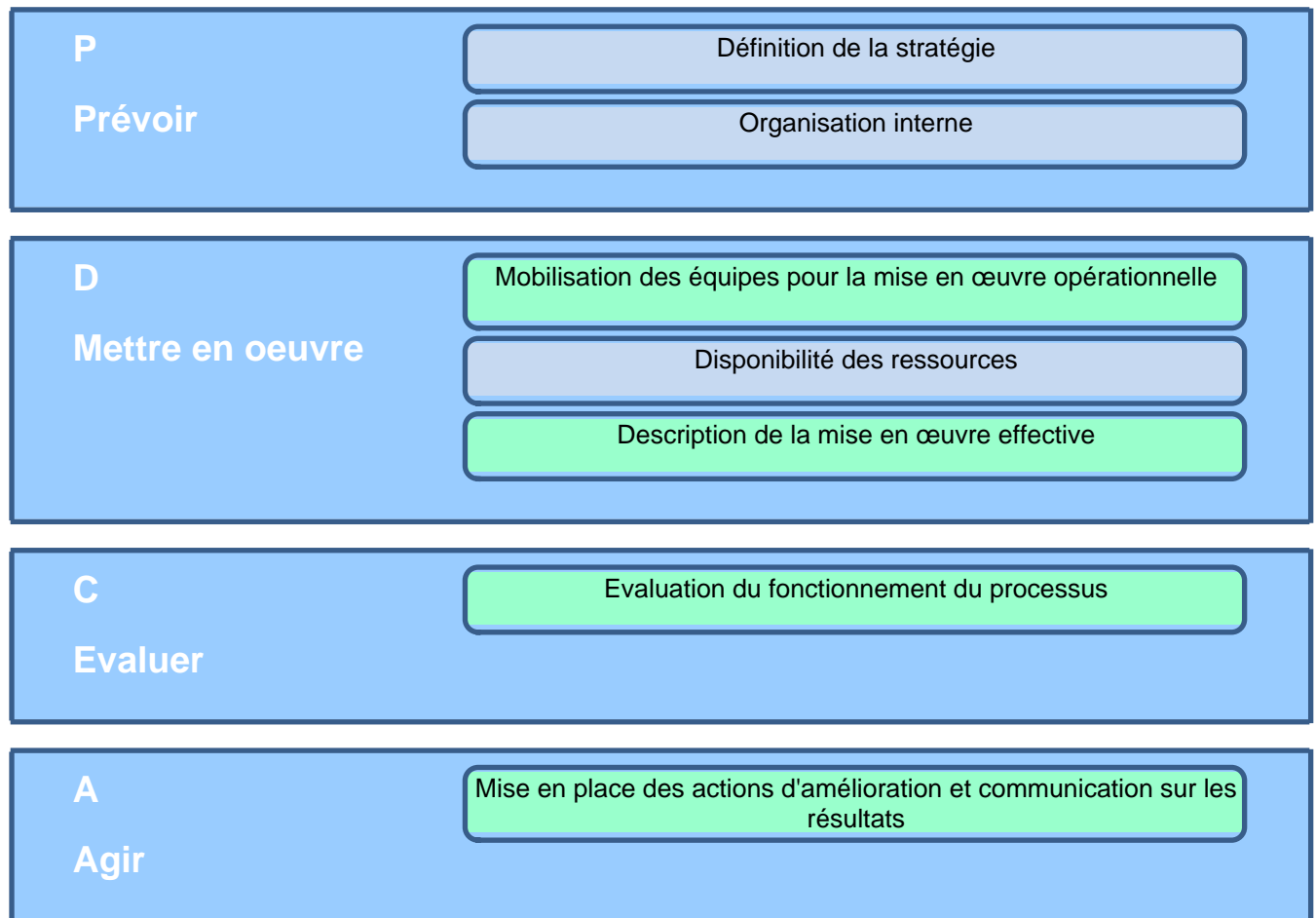
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement identifie ses obligations en matière de tenue du dossier patient sur support papier et informatisé. La politique du dossier patient du CHU-Hôpitaux de Rouen est intégrée au projet d'établissement 2013-2017. Ce projet indique dans sa fiche action 18, sa volonté de construire l'hôpital de demain en adaptant la fonction support de l'information hospitalière et le dossier patient aux nouveaux parcours patient et nouveaux modes de prises en charge. Il se donne pour objectif d'accroître la sécurisation des soins et le bon usage du médicament. Il programme l'informatisation complète des prescriptions et des observations médicales.

La politique du dossier patient est intégrée au projet médical et au projet stratégique d'établissement qui prennent en compte les données épidémiologiques régionales et le schéma régional de santé. La politique du dossier patient intègre les décisions issues de la précédente certification HAS, les IQSS et le résultat des audits spécifiques réalisés en 2016 et 2017 au CHU. Elle se structure en trois axes :

- développer l'innovation et la recherche,
- prendre le virage numérique,
- améliorer la qualité des soins.

L'établissement identifie ses risques inhérents au dossier du patient en y associant les usagers. Le CHU a procédé à une analyse pluridisciplinaire des risques, actualisée en 2016 puis en 2017. Il a réalisé un audit du dossier de soins en 2016. Cette analyse et ces audits s'appuient sur des méthodes éprouvées (audit de processus, ITIL, grille SI). La politique du dossier papier du patient et du dossier du patient informatisé est intégrée dans la politique d'amélioration continue de la qualité et le projet de soins.

L'établissement a défini un plan d'action hiérarchisé unique et formalisé et a identifié trois objectifs opérationnels inclus dans la politique d'amélioration continue de la qualité :

- améliorer la gestion du dossier patient,
- veiller à l'inter-opérabilité du système d'information,
- faciliter l'accès du patient à son dossier.

La mise en œuvre de la politique du dossier patient partagé et informatisé est intégrée dans la feuille de route de management de transition du système d'information 2016-2017, dans l'attente du schéma directeur du système d'information du Groupement Hospitalier de Territoire "Cœur de Seine" pour la fin de l'année 2017. Il en est fait mention dans les comptes rendus du comité de pilotage stratégique dossier patient.

L'établissement a identifié les modalités de mise en œuvre de ce programme d'action. L'axe dossier patient partagé et informatisé (DPPI) de cette feuille de route prévoit de réactiver puis de poursuivre, après une année de consolidation le projet "Elan" de déploiement du dossier patient informatisé. Cette informatisation est intégrée pour la plupart des disciplines et inter-opérable pour quelques dossiers de spécialité (réanimations, anesthésie, urgences). Ces caractéristiques sont mentionnées au point SIH du comité stratégique du SIH d'avril 2017. Ce programme est décliné en actions séquencées. Les sous-objectifs de pôles sont institutionnels, précis, déclinés en fiches-action. Les responsables et les missions sont identifiés. Les échéances sont prévues. Les modalités de suivi de l'atteinte des cibles séquentielles sont identifiées (indicateurs, taux d'usage, retour usagers...).

Le programme a été validé par les instances, ainsi que la politique du dossier patient. Un point périodique est fait en Directoire, CDU et CME.

Les actions spécifiques sont déclinées dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Toutefois, le plan de déploiement n'est pas connu de tous les services, comme l'ont montré les visites en USLD, SSR neurologique et USP.

ORGANISATION INTERNE

La gouvernance du processus est institutionnelle et définie. La politique du dossier patient est portée par plusieurs structures de gouvernance emboîtées : un comité stratégique du système d'information pluridisciplinaire assisté d'un bureau et d'un comité des usages, un comité de déploiement du dossier patient informatisé, des comités métiers dont l'un regroupant les sphères médicale et soignante, et des comités projets.

Le rôle et les responsabilités des pilotes et référents est défini par une lettre de mission. Des référents de pôle en binôme sont identifiés pour la mise en œuvre opérationnelle de cette stratégie DP et DPPI. Les professionnels sont formés à la thématique (DPI, tenue du dossier patient, mutation numérique, approche logiciel et approche technique pour les chefs de projet notamment de la DSI et de la Direction de soins). Des médecins, des pharmaciens référents ont été formés. Les besoins en ressources humaines pour la conduite opérationnelle des projets DPI sont identifiés.

La gestion documentaire est structurée. Le CHU a mis en place une gestion électronique des documents accessible à tous les professionnels. Les éléments nécessaires à la conduite des projets relatifs au dossier

du patient y sont intégrés :

- guide de tenue du dossier papier V3 (comportant responsabilités tenue confidentialité accessibilité en temps utile),
- FAQ concernant la prescription dans le nouveau DPI,
- procédures dégradées...

Des extractions imprimées sont disponibles dans certains services. Les besoins matériels sont identifiés et répondent aux objectifs définis. La maintenance des infrastructures informatiques, des postes informatiques et des chariots de support, des applications et des connexions sont assurées. Les procédures d'achat permettent d'assurer la disponibilité des ressources nécessaires.

Le support logiciel et technique permet la mise en œuvre de la politique du DP et DPPI. Le système d'information est structuré, la cartographie des infrastructures est actualisée, la cartographie des applications a été réalisée qui a identifié les interfaces existantes et celles à développer en termes d'inter-opérabilité dans la perspective d'atteindre la cible de maturité intégrative du DPPI. La cible, en termes de cartographie applicative du DPPI, est définie et approuvée par les instances.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement décline son programme d'actions dans les secteurs. Les actions nécessaires à la mise en œuvre des axes stratégiques concernant le DP et DPPI sont portées par les pôles, les directions déléguées et les cadres supérieurs de pôle qui en assurent la diffusion au sein des services du pôle. Les spécificités polaires sont prises en compte et exprimées au sein des comités projets thématiques ou des métiers.

Dans certains pôles la déclinaison polaire s'opère sous la forme de réunion de cadres par exemple où ces sujets sont abordés et où des moyens opérationnels communs (guide de bonnes pratiques sont mis en place). La traçabilité de ces réunions est assurée.

L'établissement sensibilise les professionnels aux objectifs assignés. Les professionnels des services sont sensibilisés en réunion sur les objectifs de leur secteur ou bien individuellement par leurs référents.

Les cadres supérieurs, les cadres et la cellule de déploiement du DPI s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues sur le dossier. Des actions correctives sont identifiées notamment liées aux résultats des audits de service.

Cependant, dans certains services visités, les personnels n'avaient pas toujours connaissance du plan de déploiement du DPPI (SSR neurologique, endocrinologie, USLD et USP).

De plus, les référents des pôles de la thématique dossier du patient ne sont pas toujours connus des cadres et services (SSR, USP, Cardiologie).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources matérielles nécessaires ont été identifiées et mises à disposition de tous les acteurs. Les infrastructures ont été mises à niveau et sécurisées conformément aux pré-requis du programme Hôpital numérique et à l'état de l'art. Les machines sont ondulées et doublées et les salles qui les abritent sont climatisées. Leur accès est limité et contrôlé. Le CHU a rédigé une politique de sécurité et mis en œuvre le plan de continuité d'activité et le plan de retour à l'activité. Le taux de haute disponibilité est suivi, la supervision des applications 24h/24h est reportée au service de maintien en condition opérationnelle. Cette supervision s'opère notamment sur les applications prioritaires dont les applications médicales et soignantes comme le DPPI. Le CHU met à disposition des postes de travail ergonomiques dans les salles de soins, des supports muraux et portables dans les couloirs des services pour la saisie des informations nécessaires, des cartes de professionnels de santé et des socles mono-fentes pour se connecter aux sessions du DPPI. Les locaux permettent la mise en œuvre sécurisée comme constaté lors de la visite d'une salle blanche.

Les compétences sont disponibles en nombre et en niveau suffisants. Les nouveaux arrivants médecins et soignants sont formés. Les professionnels en poste sont formés et disposent d'un centre d'appel pour tout conseil et toute résolution d'incident. Des FAI (Formateurs Accompagnateurs à l'Informatisation) accompagnent les professionnels sur le terrain. Des suggestions, des propositions d'évolution ou des incidents concernant le DP et le DPPI sont déclarés, analysés et sont générateurs d'actions correctrices ou préventives. Le processus de recours au centre d'appel est connu des services.

Les équipes DP et DPPI sont formées. La mise en œuvre de la politique du DPI est portée par les équipes projets formées et des équipes de paramétrage et d'accompagnement des usages (20 IDE - FAI - rattachées à la Direction des soins auxquelles s'ajoutent des informaticiens, pharmaciens et techniciens informatiques)". Leur nombre est en rapport à la taille de l'établissement et aux enjeux fonctionnels et de délais de la cible envisagée.

La gestion documentaire est structurée actualisée et accessible à tous. Les supports documentaires sont disponibles, soit sur le logiciel de gestion documentaire du CHU, soit sous forme de classeur dans les bureaux et postes de soins. Des supports de formation et de maniement sont disponibles et remis aux professionnels.

Le CHU a mis en œuvre une procédure d'accès du patient à son dossier.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La traçabilité est généralement assurée en temps réel sur les supports DP et DPPI, en conformité avec le guide de tenue du dossier patient papier V3 et aux bons usages du DPPI.

L'établissement utilise plusieurs supports pour recueillir les informations utiles à la prise en charge :

- un logiciel de gestion des patients des urgences,
- un logiciel de gestion des patients de réanimations,
- un logiciel de gestion et de prescription des chimiothérapies,
- depuis 2005, un logiciel pour la bureautique médicale et la transversalité des antécédents et des examens (accès contextuel aux résultats de laboratoire et d'imagerie et interface avec le dossier commun de cancérologie),
- la traçabilité des RCP est assurée et transférée numériquement vers le dossier commun régional de cancérologie,
- un logiciel dossier patient informatisé déployé depuis 2015 avec une année d'arrêt, puis un déploiement réactif notamment des modules prescriptions pharmaceutiques et des observations médicales.

Les prescriptions des examens biologiques et de l'imagerie se font sur des bons de papier.

Les plans de soins et transmissions ciblées sont en voie de déploiement dans le nouveau dossier patient informatisé.

Le CHU utilise par ailleurs un dossier papier qui répond aux obligations du guide de tenue du dossier V3 actualisé en 2017. Il utilise également un dossier transfusionnel unique sur support de papier.

Certains dossiers de spécialité ont été créés sur le modèle du dossier papier du patient de l'établissement (dossier de SSR, dossier de l'EMSP).

L'établissement s'assure du respect de la confidentialité. Le transfert interne des dossiers papier s'effectue avec le patient conformément au guide et à la réglementation. La traçabilité du dossier est suivie par un logiciel spécifique renseigné par les AMA et les archivistes du service central des archives (constaté en SSR neurologique, chirurgie pédiatrique, réanimation, USLD de l'hôpital de Saint-Julien, neurochirurgie).

Le dossier papier dit actif est entreposé, soit dans des chariots fermant à clef, soit dans des locaux fermés par des digicodes permettant le respect de la confidentialité des informations.

L'établissement met en œuvre les actions de son programme. Le déploiement de la prescription pharmaceutique informatisée étant la priorité de la feuille de route 2016-2017, le CHU a validé un planning volontariste avec un taux de 69 %, comme l'indique la production de l'indicateur Hôpital Numérique n° 46 qui est un calcul incluant les services de réanimations. Cet indicateur établit le taux de prescription pharmaceutique connectée par nombre de lits installés. Le taux est de 78% pour le déploiement du plan de soins. L'intégration des transmissions ciblées est en phase pilote.

Les interfaces sont priorisées. Un plan d'inter-opérabilité est en cours en 2017.

L'établissement assure l'archivage des dossiers papiers et annexes. L'archivage est assuré conformément à la réglementation dans des salles en grande partie conformes. Un logiciel permet de tracer l'emplacement et le statut du dossier archivé au service central et de réaliser les transferts des ou vers les services. Le service central des archives dispose de 35 km linéaires d'archives semi-actives et anciennes. Il procède aux destructions réglementaires annuellement. Il délivre la prestation de mise à disposition des dossiers papier prescrite selon trois degrés d'urgence : 24 h, 48 h et 72 heures. Cependant, l'archivage n'est pas complètement sécurisé tant au plan des locaux que de la traçabilité. Des zones tampons permettent de conserver pendant une année dans les services ou pendant deux ans dans les sites périphériques, les dossiers semi-actifs. Par contre, il n'y a pas de traçabilité uniforme de l'emplacement de ces dossiers gérés directement par les services, et certaines salles ne sont pas sécurisées pour la détection incendie, comme vu pendant la visite sur le site de Bois-Guillaume.

La traçabilité des éléments constitutifs nécessaires à la prise en charge est en grande partie assurée comme le confirme les résultats des indicateurs IQSS. Cependant, elle n'est pas totale. La traçabilité des directives anticipées n'est pas partout retrouvée lorsqu'il y a lieu. Le DPI n'est pas encore à ce jour connecté aux antécédents et aux systèmes de gestion de laboratoire et au PACS. Malgré le rappel qui en est fait dans le guide V3 ne sont pas retrouvées dans tous les dossiers visités les directives anticipées. Le recueil des directives anticipées fait l'objet d'actions correctrices. Une action prioritaire du PAQSS est menée sur la traçabilité des directives anticipées.

La traçabilité de la désignation de la personne de confiance n'est pas retrouvée dans tous les dossiers visités du fait d'une confusion entre représentant légal conjoint et la personne de confiance. Une action prioritaire du PAQSS est menée sur la désignation de la personne de confiance. Le projet personnalisé de soins n'est pas généralisé comme constaté en cardiologie, en neurochirurgie. Dans certains services (USLD) certains paramédicaux (psychologues, kinésithérapeutes) ne tracent pas leur activité dans le dossier du patient. Il n'y a pas de traçabilité du consentement des parents à la transfusion sanguine, dans le dossier d'un mineur. La mère de l'enfant confirme que le consentement lui a bien été demandé à deux reprises pour deux transfusions. Le CHU dit ne tracer que les refus de transfusions et non les accords pour la transfusion. Le dossier au format papier du patient adulte contient de nombreux documents qui sont des impressions écrans des supports de DPI (y compris des urgences), tous étiquetés sauf un. La trace de transmissions infirmières pour une durée de 24h pré opératoires n'a pas été retrouvée dans le dossier du patient adulte.

Les délais d'accès du patient à son dossier sont conformes pour les dossiers de plus de 5 ans avec une

amélioration en 2016 par rapport à 25. Cependant, ils ne sont pas conformes à la réglementation pour les dossiers de moins de 5 ans. Comme le montrent les indicateurs du bilan à la CDU de 2015 et 2016, les dossiers sont transmis au patient hors délais pour les dossiers de moins de 5 ans avec tout de même une amélioration du délai moyen en 2016 par rapport à 2015.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement remplit ses obligations eu égard aux indicateurs IQSS et notamment ceux relatifs à la tenue du dossier patient. Il pratique des audits d'usage du DPPI et des audits dossier patient en lien avec le guide de tenue V3.

L'établissement suit la progression de ses objectifs grâce à un tableau d'indicateurs. Il en rend compte aux instances de pilotage et les réactualise en tant que de besoin.

L'établissement pratique des audits d'utilisation du DPI et observations des usages. Le groupe de travail métiers remonte les demandes d'évolution du DPI au comité de pilotage.

L'établissement mesure les indicateurs Hôpital Numérique. Lors de la dernière campagne, il a atteint le score de 69% pour l'indicateur mesurant le taux de lits et de places en MCO bénéficiant d'une prescription complète informatisée avec saisie systématique dans les services de soins, y compris les réanimations.

Un audit interne des dossiers de soins des patients a été effectué en 2016 qui identifie les points d'amélioration quant à la tenue du dossier du patient.

A / AGIR

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

L'établissement met en place les actions correctrices qui résultent de l'analyse de ses indicateurs et audits.

Constatant des résultats non conformes aux objectifs fixés par la réglementation en matière d'accès du patient à son dossier, l'établissement a mis en œuvre une action d'amélioration en concertation avec les propositions de la commission des usagers et la direction concernée. Il a développé une EPP sur la qualité du dossier de soins patient.

L'analyse des résultats obtenus en matière de DPPI, des incidents, des EPP, des audits et des retours métiers permet à l'établissement d'engager des actions correctrices pertinentes et d'en mesurer périodiquement l'impact. Une EPP sur la qualité du dossier de soins a été conduite.

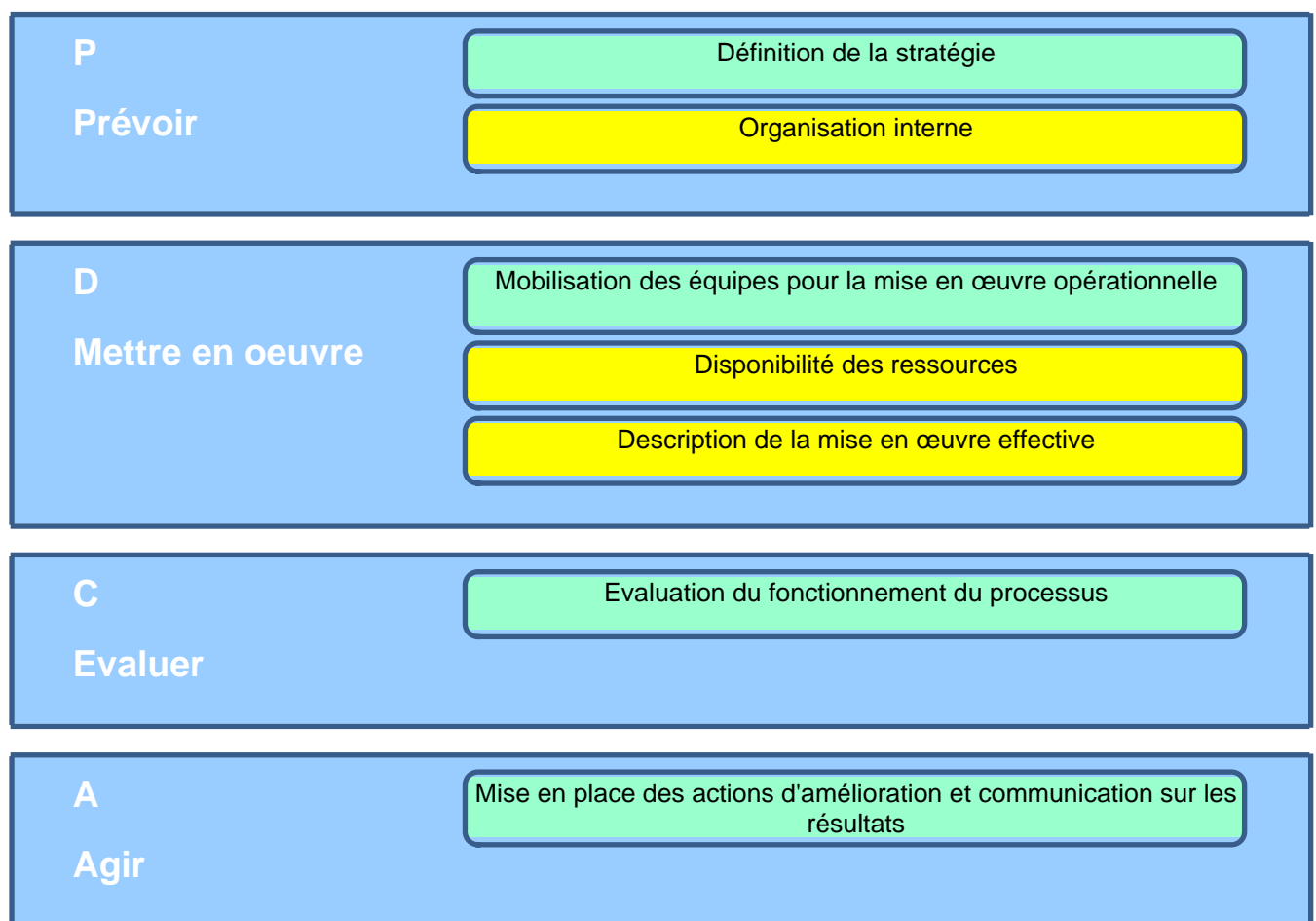
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) est élaborée par la COMEDIMS, validée par la CME et par la direction générale. Elle est révisée annuellement, intégrée au projet d'établissement, au projet médical et au projet de soins.

La politique s'applique à l'ensemble des sites, à toutes les prises en charge et prend en compte les besoins spécifiques de l'établissement.

Les activités et patients à risques sont identifiés, en particulier les personnes âgées, avec une stratégie commune de mise en œuvre de la Pharmacie Clinique, élaborée dans le contexte du futur projet médical du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) dénommé Cœur de Seine. Ce projet propose une revue de médication et conciliation d'entrée et de sortie pour tous les établissements du GHT. Le projet prend en compte l'évaluation des ressources humaines nécessaires à ces besoins et est accompagné par l'ARS (projet RMSortie).

Parmi les autres axes stratégiques forts du CHU, citons :

- L'informatisation complète de la PECM, définie en lien avec le Système d'Information Médicale (SIH, avec un calendrier du plan de déploiement dans les services restant à informatiser. Le service d'hémo-onco-pédiatrie est identifié comme prioritaire dans la mise en œuvre du déploiement de l'informatisation des services de pédiatrie.

- Un projet de délivrance nominative automatisée en cours d'évaluation par le Directoire, avec étude de faisabilité étendue au GHT,

- L'information médicamenteuse, en qualité de plateforme régionale du MIS (médicaments Info Services).

La politique tient compte des textes réglementaires nationaux, des recommandations de la HAS, des engagements du Contrat de Bon Usage des Médicaments (CBUM), plus spécifiquement des besoins de l'établissement, issus des résultats des audits (audit Interdiag réalisé dans tous les pôles et toutes les unités entre 2012 et 2014) et de la déclaration des événements indésirables (EI).

Les risques a priori sont identifiés, hiérarchisés et priorisés (selon une méthodologie définie) et donnent lieu à un programme d'actions selon les différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse : prescription, dispensation-stockage, administration, suivi et réévaluation. Pour chacune des actions, des objectifs sont définis, des pilotes désignés, des échéanciers et des indicateurs de suivi prévus. Les actions prioritaires sont intégrées au compte qualité du pôle Pharmacie, lui-même intégré au Programme d'Assurance Qualité Sécurité des soins (PAQSS) du CHU.

La pharmacotechnie est en démarche de certification ISO 9001 et le pôle Pharmacie exprime la volonté d'étendre cette démarche à l'ensemble des autres activités pharmaceutiques.

Le suivi des objectifs et de la mise en œuvre du programme d'actions est piloté à l'aide des indicateurs revus annuellement en revue de direction et lors de la présentation du bilan d'activités de la COMEDIMS. Le processus "Management de la prise en charge médicamenteuse" fait l'objet d'une communication et d'un suivi en Copil Qualité Risques Certification. L'état des lieux de l'avancement du déploiement de l'informatisation est présenté régulièrement à la COMEDIMS, la CME et au Directoire.

Cependant, la pharmacotechnie en démarche ISO 9001, n'intègre pas les risques inhérents à la totalité du circuit depuis la prescription jusqu'à l'administration des cytotoxiques et des poches de nutrition parentérale, vingt quatre heures sur vingt quatre et sept jours sur sept. La cartographie des risques élaborée dans ce secteur d'activité pharmaceutique (travail réalisé dans le cadre d'une thèse par un interne en pharmacie) ne prend en compte que les risques inhérents à la production elle-même, et aux conditions du stockage dans les services de soins (poches à stocker à température ambiante ou bien à température réfrigérée contrôlée).

"L'état des lieux de l'avancement du déploiement de l'informatisation est présenté régulièrement à la COMEDIMS, la CME et au Directoire."

Il n'existe pas de cartographie des risques a priori avec identification des risques spécifiques à toutes les étapes du circuit des cytotoxiques et des poches de nutrition parentérale depuis la prescription jusqu'à l'administration au patient"

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique "Prise en charge médicamenteuse" est assuré par les co-présidents de la COMEDIMS, associés au chef de pôle de la pharmacie et au cadre supérieur de la direction des soins.

La COMEDIMS est au centre du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM), avec comme co-présidents le pharmacien universitaire responsable de la structure interne pharmacie clinique et le médecin responsable du système de management de la qualité (RSMQ).

La COMEDIMS, sous commission de la CME, se réunit mensuellement, sa composition est multidisciplinaire, multi professionnelle, avec des règles de fonctionnement définies avec une forte présence lors des réunions.

Les missions du RSMQ sont définies dans une fiche de poste, validée et signée par la direction

conformément à l'arrêté du 6 avril 2011. Les pharmaciens disposent également de fiches de poste (PH, PUPH, assistants, ...), ainsi que les préparateurs en pharmacie.

Le pôle de Pharmacie est un pôle à part entière doté d'une PUI unique qui dispose d'un robot de distribution globale pour l'ensemble des services de soins des sites du CHU, une unité de pharmacotechnie centralisée (UPC) et un pharmacien chef de pôle.

Depuis novembre 2015, trois structures internes sont identifiées, formalisées dans un organigramme :

- structure de production regroupant les approvisionnements, la pharmacotechnie, la stérilisation et les fluides médicaux,
- la pharmacie clinique avec l'analyse des prescriptions, le bon usage, la matériovigilance, les rétrocessions, les ATU, la recherche clinique,
- les fonctions transversales avec l'informatisation, la qualité, la plateforme MIS, l'unité mobile de préparateurs (UMPP).

Les responsabilités de chaque secteur intervenant dans le circuit du médicament sont détaillées dans le guide de "Bonnes pratiques du Circuit du Médicament". Les règles essentielles de prescription, de dispensation, de stockage, d'administration, et d'information du patient, y sont formalisées.

Les règles et supports de prescription papier pour les services non informatisés sont validés pour tous les prescripteurs, avec support de prescription et d'administration unique. Cependant, des supports uniques de prescription-administration, validés par le COMEDIMS, ne sont pas définis partout. Dans les services non informatisés, il n'existe pas de support unique de prescription-administration dans tous les blocs opératoires (ex : bloc urologie) et dans tous les services (ex : hémato-onco-pédiatrie). Le déploiement de l'informatisation dans le service d'hémato-onco-pédiatrie est prévu à compter du 23 mai 2017, soit peu après la visite de certification.

Les règles de prescription sont définies pour les médicaments à risques, les stupéfiants, les dérivés du sang, les médicaments sous Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU), les médicaments en rétrocession, certains médicaments onéreux, les chimiothérapies.

Il existe un guide d'administration des médicaments injectables couramment utilisés en service d'hémato-onco-pédiatrie.

L'approvisionnement en médicaments dans les services de soins se fait sous forme de dotation globale, avec des règles de transport, de stockage et d'étiquetage en DCI dans les armoires à pharmacie sécurisées, et d'identification des médicaments à risque majoré.

La délivrance nominative hebdomadaire est organisée en USLD sur le site de Oissel et à l'UCSA.

La permanence pharmaceutique est organisée avec approvisionnement en urgence sur tous les sites si besoin (internes de garde, praticien senior d'astreinte). La gestion des alertes de pharmacovigilance ascendantes ou descendantes est organisée.

La validation pharmaceutique est organisée, avec des pharmaciens assistants référents par pôle et une priorisation de la validation dans certains services ; celle-ci étant de niveau 2 selon les critères de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) et de niveau 3 dans les services accueillant des internes de pharmacie (services de Médecine de Saint-Julien, UHCD et Rhumatologie).

La conciliation médicamenteuse à l'entrée des patients est organisée dans certains services et en cours de déploiement dans les autres services avec la participation des internes et des étudiants en pharmacie.

Tous les pôles disposent de la présence d'un préparateur en pharmacie, à l'exclusion de deux pôles cliniques (pôle viscéral et pôle médecine).

La gestion documentaire qualité est organisée, avec un Manuel d'Assurance Qualité (MAQ) en cours de rédaction pour la PUI et un MAQ spécifique à la pharmacotechnie. Les procédures et protocoles sont intégrés au dispositif de gestion documentaire informatisée (GEDI), avec persistance d'un classeur papier "Pharmacie" dans les unités de soins. En effet, les classeurs papier "Médicaments" ne correspondent pas au classeur institutionnel. Les classeurs des différents services ont des contenus différents, tous les documents ne sont pas intégrés dans la gestion documentaire institutionnelle.

De plus, les règles de gestion des traitements personnels ne font pas l'objet d'une procédure complète. Certaines indications générales seulement sont formalisées dans le guide de Bonnes Pratiques du circuit du Médicament et sur le document intitulé "Les dix points clés", mais elles ne font pas l'objet d'une procédure précise. De ce fait les personnels interrogés ne connaissent pas de procédure applicable.

Par ailleurs, il n'y a pas de règle précise d'identification des gobelets dans lesquels sont placés les médicaments.

Le plan de formation propose annuellement des actions de formation à la PECM, des formations théoriques et pratiques à la fabrication des cytotoxiques. Des actions de formation à la conciliation médicamenteuse sont également organisées. Un film sur la sensibilisation sur l'usage des gaz à usage médical est proposé aux professionnels.

Les interfaces sont organisées avec les services de soins, médico-techniques, le bloc opératoire et les secteurs interventionnels, le service biomédical (avec un contrat de collaboration), l'UPRAS pour la démarche qualité, le service informatique et les services administratifs et logistiques. Certains membres de la COMEDIMS sont issus de la direction des soins, du service des achats, du service biomédical, de la prévention des risques, du département d'information médicale et des représentants des différents pôles.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Pour les pharmaciens et l'encadrement, la mise en œuvre opérationnelle de la qualité avec partage des informations nécessaires à la sécurisation du circuit du médicament se fait lors de réunions multidisciplinaires. A chaque réunion plénière de la COMEDIMS, une intervention est réalisée par un membre de l'UPRAS sur le risque d'erreur médicamenteuse afin de sensibiliser les personnels médicaux.

La COMEDIMS réunie mensuellement est par ailleurs en lien direct avec les autres instances et commissions de l'établissement, CLIN, CLUD, commission des anti-infectieux (CAI), commission de la sécurité transfusionnelle (CSTH), CLAN, permettant des échanges facilités lors des réunions de ces commissions et la diffusion des alertes liées aux médicaments et dispositifs médicaux. La communication passe également par les réunions de sensibilisation des nouveaux internes.

Pour les paramédicaux, les échanges et interactions sont facilités :

- par la mise en place des préparateurs référents dans les services,
- la diffusion et la communication dans l'Intranet du CHU ou dans GEDI, des guides, procédures et protocoles,
- les actions de sensibilisation et formation, les vidéos (exemple : usage des gaz médicaux),
- la participation aux audits avec retour des résultats,
- la déclaration des événements indésirables associés aux soins (EIAS), donnant lieu à des CREX selon les cas étudiés, avec aide méthodologique de l'UPRAS, et suivi des actions correctives mises en œuvre.

Les personnels rencontrés lors de la visite de certification sont formés et utilisent l'outil de déclaration. Un bilan des EIAS est réalisé par unité de soins, et selon les catégories professionnelles concernées par le circuit du médicament.

La communication des résultats et indicateurs dans les services de soins, et le suivi des programmes d'actions présentés lors des revues de direction donnent lieu si besoin à des actions d'amélioration avec participation de l'ensemble des professionnels concernés. Des actions d'amélioration ponctuelles sont mises en œuvre en tant que de besoin.

Les professionnels rencontrés ont participé pour certains à la rédaction du compte qualité de cette thématique lors de groupes de travail. Les cadres sont le garant de l'application des règles définies.

La plaquette des "Never Events", réalisée en collaboration avec l'OMEDIT de Haute Normandie, a fait l'objet d'une large diffusion aux personnels dans le cadre de la "Campagne de Sensibilisation à la Qualité et à la Sécurité des soins".

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont en nombre et en compétence pour les différentes activités de la PUI et de la pharmacotechnie pendant les heures d'ouverture de l'unité de production centralisée.

Cependant, en dehors des heures d'ouverture de l'unité de production centralisée des cytotoxiques et des poches de nutrition parentérale (week-end), les compétences en personnel ne sont pas assurées car la production de cytotoxiques et poches de nutrition parentérale est réalisée par des infirmières dans les services de soins, en :

- service de réanimation pédiatrique médicale pour les poches de nutrition,
- en service d'hémo-onco-pédiatrie pour des cytotoxiques lorsque la prescription ou la stabilité des produits ne permet pas une préparation anticipée.

Les infirmières de ces unités bénéficient d'une formation théorique et pratique sans parcours d'intégration et fiches d'habilitation à ces tâches peu souvent réalisées par les infirmières nouvellement en poste dans le service. 53% des infirmières ont été formées à ce jour. Une évaluation du coût de l'astreinte d'un préparateur en pharmacie a été proposée à la direction générale.

Un parcours d'intégration aux différentes tâches est mis en œuvre pour les personnels paramédicaux (préparateurs et personnel infirmier), avec fiches d'habilitation selon les tâches et réévaluation des personnels au fur et à mesure de leur intégration.

Les internes sont formés à l'usage de l'informatique et aux règles de prescription informatisée ou sur support papier. Des avis de gériatres, infectiologues, psychiatres, équipe mobile de soins palliatifs sont requis aussi souvent que nécessaire.

Des référents informatiques sont désignés pour aider les personnels à l'utilisation des différents logiciels et au plan de soins informatisé. Les locaux de la PUI disposent d'un robot de délivrance globale.

L'unité de production centralisée des cytotoxiques et préparations de poches de nutrition parentérale est adaptée à la préparation de ces produits, avec traitement de l'air adapté, zones d'habillage déshabillage. Les locaux encore dédiés à ces préparations dans les services de soins (Réanimation Pédiatrique et Hématologie-Onco-Pédiatrique) sont exigus mais équipés de hottes à flux laminaire contrôlées annuellement.

Les chariots de délivrance des médicaments disposent d'un système de sécurisation.

Différents logiciels de prescription et administration sont mis à disposition des personnels médicaux et paramédicaux selon les spécificités de services, en particulier des logiciels de prescription des chimiothérapies, logiciels de réanimation adulte (médicale et chirurgicale), logiciel d'approvisionnement

et de commande pharmaceutique.

Des postes informatiques fixes sont à disposition des personnels dans les couloirs, facilitant, en particulier, la traçabilité de l'administration.

Cependant, les réfrigérateurs destinés au stockage des médicaments à température réfrigérée ne sont pas adaptés au stockage des médicaments. La plupart des services disposent de réfrigérateurs "alimentaires" avec stockage de médicaments dans les rayonnages de la porte, là où les variations de température sont les plus importantes.

Les documents qualité, procédures, protocoles sont à disposition des personnels, ainsi que de nombreux outils d'aide, le Vidal Hoptimal, le livret thérapeutique, le guide des antibiotiques, les plaquettes des "never events", certains documents affichés dans les services de soins, en particulier "les Bonnes pratiques du circuit du médicament au CHU de Rouen" en dix points clés".

Les formations institutionnelles ou réalisées en externe donnent lieu à des listes d'émergence. Des formations au calcul de doses sont dispensées de façon obligatoire dans le parcours d'intégration des personnels. Des formations à la conciliation sont réalisées en interne et pour la région par l'un des pharmaciens de l'équipe en utilisant l'outil FORMA CONCIL de la SFPC, en lien avec l'OMEDIT Normandie.

Cependant, les formations sensibilisation des professionnels au risque d'erreur médicamenteuse ne sont pas assurées dans l'ensemble des acteurs concernées par la PECM. 30% du personnel médical et personnel non médical est formé à ce jour et 11% des médecins l'ont été.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'informatisation de la prescription est déployée dans tous les services de SSR et d'USLD, et en secteur MCO dans tous les services du CHU à l'exception :

- des urgences,
- des services de soins et de réanimation pédiatrique du pôle femme-mère-enfants,
- des blocs opératoires pour la prescription par les médecins anesthésistes,
- des hôpitaux de jour,
- de l'UCSA et du Centre de rétention administrative d'OISSEL. A l'UCSA, la prescription est informatisée sur le logiciel CDP dans l'attente du déploiement du logiciel HEO

Un programme et un calendrier de déploiement de l'informatisation, en lien avec le système d'information du CHU est défini pour ces services, avec réalisation pour tous les services de pédiatrie d'un paramétrage préalable adapté, déploiement de l'informatisation en hématologie-onco-pédiatrique, puis en médecine, en chirurgie pédiatrique, et enfin en hôpitaux de jour.

Les procédures dégradées en cas de dysfonctionnement informatique pour les services informatisés sont connues et appliquées.

Les règles de prescription sont mises en œuvre par des prescripteurs habilités avec délégations pour les internes, prescriptions restreintes pour les sages-femmes, règles spécifiques pour les médicaments à risques, dérivés du sang, stupéfiants et chimiothérapies...

La validation pharmaceutique est réalisée d'emblée de niveau 1 pour les prescriptions informatisées. Elle atteint un taux de 66% pour la validation de niveau 2, avec visualisation des résultats de biologie.

La conciliation pharmaceutique est assurée par les internes en pharmacie, dans les services de médecine interne, rhumatologie, dans l'unité d'hospitalisation de court séjour (UHCD), en gériatrie aigüe, permettant ainsi la continuité du traitement médicamenteux à l'admission du patient. Dans ces services, la validation pharmaceutique est de niveau 3.

Les règles de stockage sont appliquées dans la plupart des services :

- les offices de soins sont sécurisés, et les armoires à pharmacie fermées, avec un rangement sécurisé pour les stupéfiants,
- l'étiquetage des médicaments dans les armoires répond aux règles de bonnes pratiques : étiquettes informatisées avec nom en DCI, nature du médicament, dosage, voie d'administration, dotation, code pharmaceutique et prix de celui-ci,
- une liste institutionnelle des médicaments à risque majoré a été dressée avec un étiquetage spécifique facilement reconnaissable par les personnels.

Cependant, les modalités de sécurisation et de stockage des médicaments dans les offices de soins ne sont pas toujours respectées :

- dans certains services, des médicaments, en particulier des médicaments hors dotations sont rangés dans des enveloppes en papier, sans identification précise, avec seulement le nom de la spécialité et quelques fois le dosage (médecine interne, ORL, blocs opératoires), avec risque de remettre un médicament dans une pochette qui ne correspond pas à la nature du médicament,

- le chlorure de potassium n'est pas identifié comme électrolyte à risque et ne bénéficie pas d'un étiquetage particulier "médicament à risque", dans l'ensemble des services visités, à l'exception de l'USLD sur le site de Boucicaut.

- des médicaments de nature différente sont rangés dans un même contenant, comme par exemple dans différents blocs visités (neurologie, vasculaire), en endoscopie pneumologique de l'hôpital Charles Nicolle, en réanimation pédiatrique, en ORL.

- la traçabilité du nettoyage des réfrigérateurs et le relevé des températures ne sont pas réalisées de façon régulière dans les services de soins visités et dans les blocs opératoires (bloc de neurologie, vasculaire, chirurgie ambulatoire).

Les transports de stupéfiants et chimiothérapies sont sécurisés car effectués dans des malles sécurisées.

Les règles d'administration des médicaments oraux sont appliquées dans la majorité des services, avec vérification de la règle des 5 B et traçabilité en temps réel, y compris lors de la distribution patient par patient en USLD au cours des repas.

Dans tous les services, les piluliers sont identifiés avec les étiquettes des patients.

Les personnels rencontrés connaissent ou savent retrouver la liste des médicaments pouvant être écrasés ou non. Les protocoles de prise en charge de la douleur, avec administration si besoin, sont appliqués par les personnels rencontrés. La traçabilité du refus de prise est assurée.

Cependant, les règles de prescription administration sur un support papier unique validé en COMEDIMS ne sont pas assurées dans tous les services :

- il existe des supports multiples de prescription administration dans les blocs opératoires ne permettant pas systématiquement la traçabilité de l'administration sur un support unique de prescription-administration. Les IDE tracent parfois l'administration sur un support différent du support de prescription. Cela a été constaté dans le bloc opératoire d'Urologie.

- il existe des supports multiples de prescription en service d'hémato-onco-pédiatrie : il existe un support papier de prescription administration avec des feuilles volantes au regard d'une première prescription mais néanmoins sur un support papier différent, avec par ailleurs un support spécifique pour les chimiothérapies et une fiche de programmation en hôpital de jour utilisées selon le cas,

- une modification de traitement de chimiothérapie n'était pas validée lors de la visite de l'expert dans ce même service.

Le déploiement de l'informatisation dans le service d'hémato-onco-pédiatrie est prévu à compter du 23 mai 2017, soit peu après la visite de certification.

De plus, il n'y a pas d'homogénéisation des pratiques infirmières concernant certaines règles d'administration des médicaments oraux. Lors de l'administration de médicaments oraux, certains médicaments ne sont pas identifiés jusqu'au moment de la prise (car déconditionnés) et il n'y a pas de règle précise d'identification des gobelets dans lesquels sont placés les médicaments, comme cela a été constaté lors de la visite des experts en service d'hémato-onco-pédiatrie et en service d'hémodialyse.

Enfin, la continuité du traitement médicamenteux depuis l'admission, n'est pas assurée dans tous les cas. Lors de l'étude d'un patient traceur passant par les urgences avant son hospitalisation dans le service d'orthopédie, du fait de l'utilisation de supports de prescription multiples, le patient s'est trouvé en attente d'un traitement pendant 24 heures (aucune traçabilité d'administration). Or, ce patient avec pathologie cardiaque aurait dû avoir un suivi particulier dans le service orthopédie dans la phase d'attente de son opération à venir au bloc opératoire.

La traçabilité des dispositifs médicaux est assurée.

De nombreux programmes d'éducation thérapeutiques sont mis en œuvre, issus de l'unité transversale d'éducation thérapeutique, comme par exemple pour la maladie d'Alzheimer, l'asthme, le diabète, les chimiothérapies, la maladie bulleuse auto-immune, le VIH et hépatite C...

Le CHU est centre de référence MIS. Les informations sur le bon usage données au patient sont tracées aussi souvent que nécessaire, avec des plaquettes d'information papier données aux patients ou à leur famille.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le processus de la prise en charge médicamenteuse est évalué à l'aide d'un dispositif structuré de suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs présentés en revue de direction annuelle, et lors du bilan d'activité de la COMEDIMS :

- indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) de la HAS,
- indicateurs de suivi du Contrat de Bon Usage du Médicament,
- indicateurs hôpital numérique : le taux d'informatisation prenant en compte le taux de lits et places de MCO bénéficiant d'une prescription informatisée avec saisie systématique dans le service de soins est de 69%, à la fin du premier trimestre 2017 (objectif CBUM : 50%).

Des indicateurs quantitatifs d'activité propres au CHU sont suivis :

- suivi des consommations de médicaments, en particulier suivi des antibiotiques,
- suivi du taux de production des poches de chimiothérapie et nutrition parentérale en unité centralisée et en dehors de cette unité (76 poches préparées dans les services de soins, en dehors de l'Unité Centralisée en 2016).

Des indicateurs plus spécifiques sont également suivis, en rapport avec les actions mises en œuvre dans le compte qualité :

- taux de conciliation pharmaceutique avec mesure de l'impact clinique pour le patient,
- évaluation de la prescription chez la personne âgée,
- taux de personnes sensibilisées à l'erreur médicamenteuse,
- taux d'EI, en particulier taux d'erreur médicamenteuse, avec un bilan annuel de ces erreurs par pôle, par unité de soins, par catégorie professionnelle, médicale et paramédicale.

Des audits sont réalisés aux différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse : audits de stockage des armoires de pharmacie dans les unités de soins, audits de préparation des piluliers, audits du circuit des stupéfiants, audit sur le transport et les poches de nutrition parentérale en pédiatrie, audits

du dossier de soins avec items sur le processus médicamenteux.
Un tableau de bord spécifique des EPP "Médicaments et Dispositifs médicaux" existe, parmi lesquelles des RMM menées dans les services d'oncologie, une EPP sur les médicaments écrasés, l'utilisation du Kalinox en USLD, une EPP sur les règles d'étiquetage des injectables au pôle RAS.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ponctuelles sont mises en place aussi souvent que nécessaire à la suite de la déclaration d'un EI. Des actions d'amélioration spécifiques ont été menées dans les services à la suite des résultats des audits. Des CREX sont réalisés, avec l'appui méthodologique de l'UPRAS, pour l'analyse des événements indésirables graves (EIG) et pour les prises de décision de mesures d'amélioration. Les EPP et RMM donnent lieu à des mesures d'amélioration des pratiques professionnelles.

Parmi les actions d'amélioration mises en œuvre, citons :

- des actions de "sensibilisation au risque d'erreur médicamenteuse et aux mécanismes de récupération" ponctuellement menées, comme par exemple en décembre 2016, dans le service de réanimation néonatale à la suite d'EI récurrents
- une simplification et une amélioration des supports en papier de prescription-administration, à la suite de l'audit réalisé en mars 2016 en service d'hémo-onco-pédiatrie,
- les parcours d'intégration avec fiches d'habilitation aux différentes tâches,
- le stockage et le rangement des médicaments par les préparateurs en pharmacie à la suite de l'audit des armoires à pharmacie,
- la sécurisation des armoires à pharmacie et des chariots de soins par des fermetures adaptées, suite à l'audit de préparation des piluliers,
- une étude sur l'interruption des tâches dans certains services,
- la correction des fiches produits, suite à un EI,
- des procédures réactualisées ou formalisées, comme par exemple la procédure de retrait de lots par les services, la modification des conditions de prescription et de délivrance du valproate et de ses dérivés, avec arbres décisionnels de prise en charge selon les cas.

Le suivi des plans d'actions en cours faisant état des risques résiduels permet la mise en œuvre d'actions spécifiques et la définition de nouveaux objectifs : la conciliation médicamenteuse est un exemple fort d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse des patients avec étude d'impact clinique.

L'état d'avancement des actions d'amélioration préconisées fait l'objet de communication aux équipes .

Cependant, le Centre de Rétention Administrative (CRA), sous la responsabilité médicale du CHU n'a pas bénéficié de mesures d'amélioration de la PECM. Les mesures d'amélioration concernant le circuit du médicament préconisées en 2012 par le Contrôleur général des Lieux de Privation de liberté n'ont pas encore été mises en œuvre à ce jour.

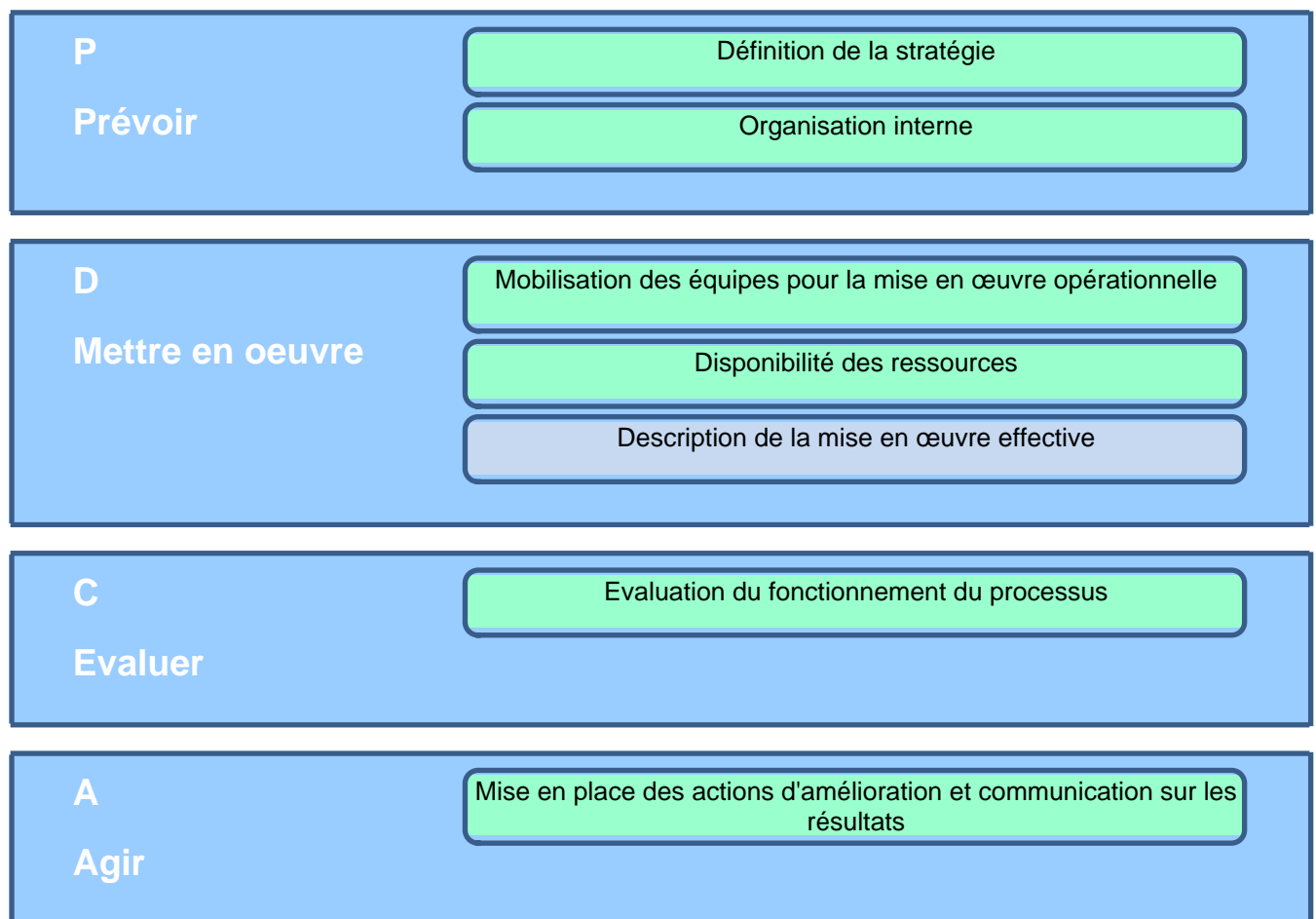
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

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

Au sein de la nouvelle région Normandie qui comporte désormais deux CHU, le CHU de Rouen a identifié ses besoins. Au sein de la nouvelle région Normandie qui comporte désormais deux CHU, le CHU de Rouen a identifié ses besoins spécifiques, au regard de ses missions locales de recours (faiblesse de la démographie médicale libérale dans le bassin d'attraction du CHU et dans toute la région Normandie), de ses missions régionales et des variations climatiques saisonnières, selon plusieurs axes.

Il a été procédé à une analyse des risques avec constitution d'une cartographie des risques dans chacun des secteurs des urgences par des groupes de travail pluridisciplinaires : urgences adultes réparties sur deux sites (Hôpital Charles Nicolle et hôpital Saint-Julien), urgences pédiatriques et urgences gynécologie-obstétricales.

La hiérarchisation des risques a été réalisée avec les professionnels de terrain. Les risques ont été priorisés et ceux dont la criticité était la plus élevée ont été intégrés dans le compte qualité, à savoir : un risque pour les urgences pédiatriques, deux risques pour les urgences obstétricales, six pour les urgences adultes et un risque commun aux urgences adultes et pédiatriques.

Les actions prioritaires du PAQSS issues de la hiérarchisation des risques sont intégrées dans le compte qualité. Il en est résulté un programme d'action commun, formalisé, priorisé avec des objectifs, des actions, des responsables et le plus souvent des échéances et des modalités de suivi. Ce programme a été validé par les instances.

ORGANISATION INTERNE

Le processus est piloté au niveau institutionnel, l'approche institutionnelle est très récente, avec une attention particulière de la direction générale, de la CME et de la direction des soins, notamment lors du déclenchement du plan Hôpital sous tension lors de l'hiver dernier et du renforcement saisonnier des moyens d'accueil et d'hospitalisation, tant au niveau des urgences adultes que des urgences pédiatriques.

Des fiches de poste et/ou fiches de mission datant de 2015, établies par l'ancienne direction de la qualité, définissent globalement les responsabilités des pilotes. N'ayant pas été récemment rappelées aux pilotes par la nouvelle direction qualité et certains pilotes ayant changé, ces fiches de postes ne sont pas connues par les pilotes des urgences pédiatriques et des urgences obstétricales, alors qu'elles le sont par les pilotes des urgences adultes. Afin de répondre aux objectifs et aux besoins concernant les ressources humaines, il existe un plan de formation annuel avec des formations spécifiques portant sur diverses thématiques, comme par exemple la violence aux urgences. Il existe une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Le dispositif de gestion documentaire intègre les procédures définies et formalisées (ex : protocole de contention-sédation des détenus, protocole sur prise en charge rapide des détenus liant le CHU, circuits de prise en charge selon le degré d'urgence et la typologie des patients, la Justice et les forces de l'ordre...).

Le CHU a prévu la montée de version du logiciel de gestion documentaire avec un moteur de recherche plus performant afin de faciliter les recherches par mots clés. La gestion prévisionnelle de la maintenance, des travaux et achats permet de répondre aux objectifs et besoins en matériel et équipements."

Le logiciel de gestion documentaire sera inchangé, une évolution de part une montée de version est prévue passage de la version 6 à la version 8.

Le système d'information qui est en pleine mutation est structuré de façon répondre aux besoins de l'établissement. Des formations à l'accueil et à l'orientation sont programmées régulièrement pour les IDE dans les plans de formation.

L'organisation de la prise en charge des urgences, incluant le recours aux avis spécialisés est formalisée dans de nombreuses conventions.

La prise en charge de soins non programmés avec admission directe dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes) avec des circuits bien identifiés (AVC, cardiologie, psychiatrie, urgences chirurgicales de la main, unité de médecine légale, assistance sociale...) est organisé.

Les services des urgences disposent de nombreuses interfaces avec les secteurs cliniques, notamment pour la recherche de lits d'aval et les appels à spécialistes, les secteurs médico-techniques (EOH, laboratoires, pharmacie, imagerie, ...), les secteurs logistiques et les secteurs administratifs, dont une déclinaison locale de la CDU aux urgences adultes : la commission des plaintes et des réclamations des Urgences adultes.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes sont mobilisées pour la mise en œuvre opérationnelle et accompagnées sur les urgences adultes par un encadrement dédié de jour comme de nuit.

Des plans d'action propres aux secteurs en déclinaison du programme d'actions institutionnel sont suivis. Ils sont issus du compte qualité, mais ne sont pas nommément connus par les professionnels rencontrés dans les divers services d'urgences.

Les professionnels sont sensibilisés régulièrement aux objectifs de leur secteur par les cadres, lors des réunions diverses et des réunions brèves de type « Stand up », inspirés d'une méthode canadienne, initiée localement à la fin de l'année 2016.

Les responsables de services et les cadres s'assurent de la conformité des pratiques par le biais d'évaluations périodiques, dont le développement est toutefois inégal selon les secteurs (audits, CREX et RMM), dont les résultats sont communiqués aux professionnels, lesquels sont associés à l'identification d'actions correctives. Il est prévu que le service des Urgences adultes de l'hôpital Charles Nicolle associe, le mois prochain, les personnels paramédicaux aux RMM, à la suite d'un incident dont l'analyse a démontré des responsabilités partagées. A la suite de la mise en place de l'hôpital sous tension de l'hiver 2016 – 2017, il a été organisé un retour d'expérience général, afin de préparer la prochaine saison.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences, les effectifs et les capacités d'hospitalisation sont modulés en fonction des pics d'admission des patients tout au long du nycthémère et tout au long de l'année, avec ouverture saisonnières d'unités d'accueil. Il sera procédé à l'ouverture très prochaine (octobre 2017) d'une unité d'hospitalisation d'aval de 20 lits pour les urgences adultes de l'hôpital Charles Nicolle et à la mise en place d'un circuit court aux urgences adultes de l'hôpital Charles Nicolle. Des lits sont dédiés dans chaque spécialité MCO pour prendre en charge les patients provenant des urgences adultes de l'hôpital Charles Nicolle.

Les personnels sont formés à l'accueil, au pré-triage, au triage et à l'orientation des patients, en utilisant des scores de gravité dès l'admission. Egalement, un plan de formation est décliné pour l'intégration et la formation des nouveaux arrivants IDE aux urgences adultes. Le service des urgences pédiatriques expérimente, avec d'autres centres, une échelle de tri plus adaptée à la pédiatrie, cotée de 1 à 4. Les urgences adultes du site principal sont régulées par un médecin régulateur du tri, au sein même du service des urgences.

La gestion documentaire actualisée est diffusée et accessible, mais jugée peu pratique en raison de la difficulté des recherches par mot clés. Certains services ont donc procédé à l'extraction des documents nécessaires à leur activité et les ont classés en favoris sur les ordinateurs, ou bien les ont imprimés dans des classeurs.

Les locaux ne sont pas toujours jugés adaptés, comme décrit dans le compte qualité, ce qui a donné lieu à des réorganisations des circuits du patient, comme aux urgences pédiatriques et aux urgences gynéco-obstétricales. Le matériel nécessaire adéquat et fonctionnel est mis à disposition des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients. Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

L'organisation de la prise en charge des urgences, incluant le recours aux avis spécialisés, est connue par les autres acteurs du territoire de santé (nombreuses conventions signées).

Chacun des trois secteurs (y compris le service des urgences polyvalentes de l'hôpital de Saint-Julien) dispose de son propre secteur d'imagerie. Les trois secteurs des urgences de l'hôpital Charles Nicolle disposent de blocs opératoires et de personnels dédiés aux urgences en permanence.

Il existe des espaces dédiés à l'accueil des familles. Aux urgences adultes de l'hôpital Charles Nicolle, des agents de liaison entre les familles et les soignants et les patients et leurs familles, informent sur le cheminement du patient. Une permanence téléphonique dédiée répond aux demandes de renseignement émanant de l'entourage du patient. A l'entrée des urgences adultes de l'hôpital Charles Nicolle, il existe un poste de médiation-sécurité.

L'offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés avec admission directe dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes) avec des circuits bien identifiés (AVC, cardiologie, psychiatrie, urgences chirurgicales de la main, unité de médecine légale, assistance sociale, grossesses pathologiques...) est mise en place afin d'éviter un passage non nécessaire aux urgences adultes ou d'y activer rapidement une filière spécifique. Une permanence de soins est assurée par des médecins généralistes libéraux, chaque après-midi des jours ouvrés.

Les équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs interviennent aux urgences adultes du site principal. Les détenus sont hospitalisés dans deux chambres d'isolement situées dans les urgences adultes. Les contentions des détenus pour raison médicale suivent le protocole de contention-sédation.

La prise en charge des détenus est rapide comme le prévoit le protocole liant le CHU, la Justice et les forces de l'ordre.

"Une organisation permet la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits d'hospitalisation en temps réel, au sein des urgences mais aussi dans les autres établissements du CHU, basée sur un logiciel spécifique et la fonction de gestionnaire (bed manager) de lits basée aux urgences adultes avec une amplitude horaire élargie, ouverture 22h/24h de la cellule management des lits. Un point avec l'encadrement des urgences adultes et la Direction des Soins est réalisé quotidiennement et où est traité le flux des urgences et la disponibilité en lits sur l'établissement."

Des associations de patients interviennent aux urgences pédiatriques.

Le suivi et la coordination de la prise en charge sont assurés. Les circuits sont respectés avec des interfaces opérationnelles entre les secteurs d'activité qui sont renforcées lors des situations de crise et d'afflux massif de patients adultes, de patients âgés ou d'enfants. C'est ainsi que des réunions quotidiennes de crises ou des plans blancs sont mis en place qui associent l'ensemble des chefs de services d'aval et des cadres.

Le fonctionnement de routine repose également sur les réunions de services périodiques et sur des réunions à thème qui donnent lieu à des comptes-rendus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe des évaluations et un suivi des indicateurs quantitatifs (activité, efficacité) et qualitatifs, notamment par le recueil des événements indésirables, des délais et des pics d'admission des patients. Dans le service des urgences pédiatriques, c'est le nombre de « sorties sans soins » qui sert d'indicateur de non qualité.

Il existe un dispositif d'évaluation et suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence.

L'analyse de la disponibilité des lits d'hospitalisation est réalisée en temps réel est réalisée dans tout le CHU.

Des bilans et des rapports d'activité sont réalisés et communiqués aux professionnels.

Toutefois, hormis quelques actions d'évaluation annuelles planifiées à l'avance (ex : Journée de l'évaluation de la douleur), ce dispositif ne se fait pas toujours à périodicité définie et n'est donc pas structuré. Dans aucun des trois secteurs, il n'existe de tableaux de bord reprenant l'ensemble des actions d'amélioration en cours et permettant un pilotage global.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec les résultats des évaluations et sont intégrées dans le programme d'actions institutionnel.

Les résultats d'évaluation et actions d'amélioration sont communiqués aux professionnels et aux usagers lors de réalisations majeures. Un représentant des usagers siège à la commission des plaintes et des réclamations des urgences adultes.

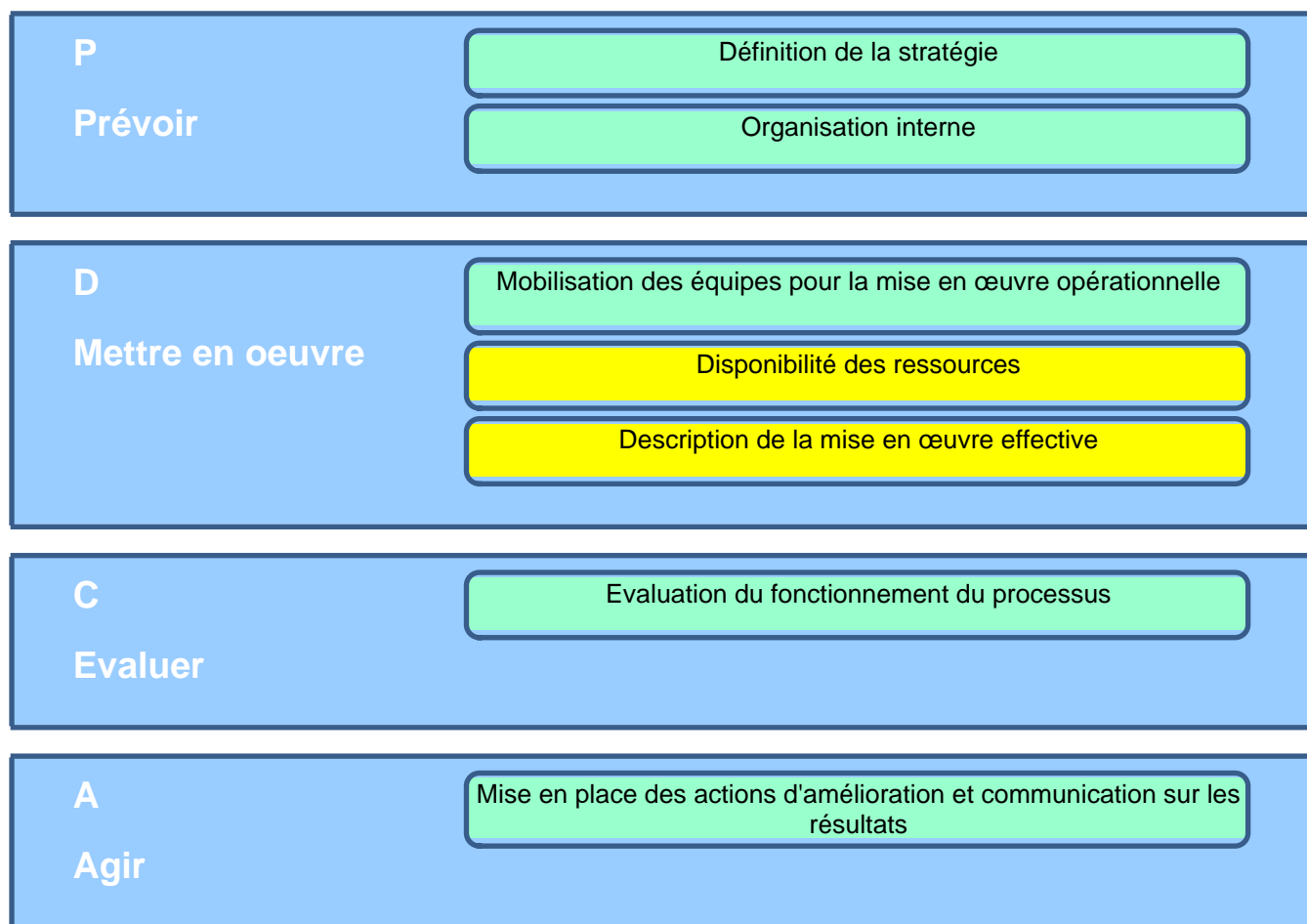
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRAIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité du bloc opératoire est réalisée dans 36 salles sur 10 sites opératoires identifiés avec 33 005 actes réalisés annuellement.

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement.

Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Ces axes prioritaires sont identifiés dans le projet stratégique 2015-2018 (Optimiser l'usage des blocs ; Développer les prise en charge ambulatoires; le Projet médical 2017-2020 (Chirurgie micro-invasive, Plateformes ambulatoires) et le PAQSS 2016-2020 (Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire).

L'identification des différents secteurs opératoires a été réalisée et un pilotage institutionnel commun défini dans un document stratégique validé et connu.

Un lien fonctionnel transversal, la Fédération des blocs, est en cours de finalisation.

Un projet architectural d'un bloc commun est le cœur du projet à moyen terme (2020), avec un financement COPERMO confirmé.

L'aide d'un consultant a été sollicitée pour une mission à maîtrise d'ouvrage pour la gouvernance, le management et le pilotage des blocs opératoires, comprenant un volet qualitatif (présentation du rapport 09/02/2017) et quantitatif (présentation du rapport du 27/03/2017).

Trois modalités de prises en charge chirurgicales ont été définies (identification de "parcours patients", chirurgie programmée en ambulatoire, chirurgie d'urgence et la chirurgie programmée en hospitalisation complète), avec pour objectif le décloisonnement des activités et le transfert envisagé dans un futur proche vers le bloc opératoire commun.

Un état des lieux a été réalisé par la Direction des blocs, précisant (04/04/2017)

- o Les liens fonctionnels de la Fédération avec les pôles, la stérilisation, la DSI, le biomédical et la logistique.
- o Les instances de pilotage (Conseils de bloc restreints et élargies, Assemblée générale des conseils de bloc).
- o La cartographie des 10 sites opératoires.
- o La construction d'outils de pilotage (tableaux de bord quantitatifs et qualitatifs).
- o Les actions réalisées et celles en cours ou en projet.

Une identification, une analyse et une hiérarchisation des processus à risques (interventionnels, supports,) constituent le socle de formalisation d'un programme d'actions préventives et de surveillance des blocs opératoires. Cette cartographie des risques au bloc opératoire a été réalisée de façon pluri-professionnelle et participative (2012) et actualisée (2016-2017). Sa dernière mise en jour date du 30/03/2017.

Six risques prioritaires ont été inscrits au compte qualité et au PAQSS l'établissement : 1 pour le risque opératoire, 3 pour les risques organisationnels et 2 pour les risques logistiques.

Cependant, certains risques identifiés au cours de la visite par les experts-visiteurs n'avaient pas été identifiés par l'établissement (risque lié aux contraintes architecturales des locaux : circulation des lits des patients, accès au bloc opératoire, circulation des professionnels, risque infectieux lié à la vétusté de certains locaux, risque lié à l'intimité des professionnels au bloc opératoire : vestiaires communs hommes et femmes dans 2 secteurs, risque professionnel lié à l'utilisation de cutters pour le décartonnage).

Le risque en lien avec la radioprotection des professionnels a été identifié dans le compte qualité transmis à la HAS en Octobre 2016, le risque dénommé « Exposition aux rayonnements ionisants des professionnels » (bloc de risques logistiques) a fait et fait l'objet d'actions d'amélioration.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation afin de piloter le processus.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans une lettre de mission.

Le pilotage est assuré par la direction des blocs, récemment renforcée, composée d'un directeur et de 5 pilotes de processus (2 médecins, 2 cadres, 1 ingénieur). Chacun a reçu une lettre de mission (30/01/2017).

La Direction des blocs assure ses missions en lien avec la Direction générale, le Directoire, les Conseils de bloc, la Direction de la qualité et de la prévention des risques.

Un soutien méthodologique a été apporté par l'ANAP avec l'adoption par la CME (2016) du principe d'une charte commune des blocs opératoires (en cours de finalisation), dont les annexes seront une déclinaison des organisations de chaque secteur opératoire.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation), matérielles (locaux, équipements, maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires.

Une adaptation aux évolutions des activités chirurgicales a conduit à une réorganisation de certains secteurs opératoires (4ème salle au bloc urgences, salle supplémentaire en chirurgie ambulatoire).

Une révision des maquettes organisationnelles, définissant les besoins en ressources humaines, et couvrant l'ensemble des secteurs opératoires a été réalisée (2015-2016).

L'organisation reste à ce jour basée sur chaque secteur opératoire avec 10 conseils de bloc distincts dont le plus récent a été installé en décembre 2016 (urgences) et 10 chartes de bloc (celle du bloc des urgences étant en cours de finalisation). Au moment de la visite de certification, cette charte est validée dans 9 des sites opératoires et en cours de finalisation pour le 10ème. Un travail (en cours de rédaction) a été initié par l'encadrement du bloc sur la formalisation d'un document commun aux blocs opératoires (1ère réunion le 06/02/2017). La charte contenant les principes généraux applicables à tous les blocs opératoires a été rédigée. Chaque secteur opératoire a en charge la rédaction d'une annexe précisant les spécificités de l'organisation du bloc. L'objectif est une finalisation du document (charte et annexes) pour le 3ème trimestre 2017.

La gestion documentaire institutionnelle, sous intranet (GEDI), a vocation à recueillir, valider et diffuser les modalités opératoires de tous les blocs opératoires. La démarche qualité, documentée et actualisée, assure la sécurité de la prise en charge du patient et organise la diffusion de la culture qualité / sécurité, en articulation avec le PAQSS de l'établissement. Toutefois le dispositif de gestion documentaire institutionnel (GEDI) n'est pas pleinement opérationnel dans les blocs opératoires. Les procédures relatives à la composition des boîtes d'instrument et à l'installation du patient en salle ne sont pas intégrés dans le GED de l'établissement, ni ne sont au format institutionnel défini.

La gestion du système d'information a pour objectif d'assurer la migration du DPA du format papier à une version électronique et d'assurer une planification informatisée.

Dans cette période de transition cohabitent des supports aux formats papier et électronique.

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

Le dossier d'anesthésie comporte les éléments de traçabilité des étapes pré, per et post opératoires.

L'organisation de l'activité chirurgicale est effective par site de bloc opératoire, en fonction du type de chirurgie (urgence, programmée) en lien avec les secrétariats médicaux.

Les outils permettant la gestion des interfaces sont pour partie informatisés et pour partie au format papier.

Les instances de l'établissement, dont la CME, sont destinataires des informations concernant la démarche de Qualité et de Gestion des risques des blocs opératoires.

L'accueil des nouveaux arrivants est organisé selon des modalités proposées par chaque secteur opératoire, un tutorat a été mis en place.

L'accueil est formalisé par l'établissement pour tout nouvel arrivant (une demi-journée).

Des supports ont été élaborés : « Le guide du nouvel arrivant ; « Livret d'accueil des étudiants en soins infirmiers » ; « Parcours d'intégration d'un nouvel arrivant au bloc PME ».

L'organisation est formalisée dans une charte de fonctionnement validée par un conseil de bloc opérationnel (modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, responsabilités, missions, rôle du chef de bloc) dans chaque secteur opératoire.

L'organisation des interfaces, permettant l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels sur la prise en charge péri-opératoire est opérationnelle sur des supports papier ou informatisé.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues (hygiène, tenue des professionnels, respect du patient, dimension équipe).

La formation des étudiants est organisée pour l'activité chirurgicale (chirurgie robotique, Centre d'enseignement par simulation). Après 2 ans d'interruption, les formations à la radioprotection sont à nouveau programmées.

La communication vers les professionnels est organisée mais non formalisée (courriels).

La communication par l'encadrement est organisée sous forme de réunions d'équipe ("Stand up meetings") dans deux blocs opératoires.

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, en objectifs et en plans d'action opérationnels.

Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels aux risques identifiés ou aux processus (actions de communication, informations régulières).

Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs), en particulier pour les EI identifiés et traités en CREX mensuels des blocs opératoires.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les tous les secteurs d'activité.

La permanence des soins est organisée y compris dans le cadre de l'urgence (prélèvements d'organe pour exemple).

L'activité d'urgence est principalement réalisée dans un bloc dédié.

L'organisation de la prise en charge en SSPI est effective pour la PDS : SSPI 24h/24h au 7ème étage, SSPI pédiatrique, SSPI bloc maternité niveau 3). Pour les patients lourds, des transferts sont organisés avec les Réanimations chirurgicales et SIPO.

La planification de la maintenance préventive est anticipée de façon différente selon les secteurs opératoires (pour le mois, le trimestre ou l'année à venir).

La matériel nécessaire à la prise en charge au bloc opératoire est généralement mis à disposition. La maintenance préventive et curative est mise en place.

Néanmoins, les procédures de surveillance du niveau de surpression de l'air dans les salles d'intervention ne permettent pas un recueil de cet indicateur en fonction de leur typologie ISO. Le contrôle des surpressions des salles d'intervention n'est pas réalisable, en l'absence du matériel nécessaire, pour 8 des 10 secteurs opératoires. De plus, les locaux ne sont pas totalement conformes. Ils ne permettent pas le respect du risque infectieux. Certains locaux sont vétustes (placards, sols) avec des réparations de fortunes (adhésifs sur les sols du bloc Urgences, datant de plus de 18 mois) sans suivi renforcé de l'EOH. Les accès au bloc opératoire ne sont pas tous sécurisés (salle d'anesthésie pouvant rester ouverte sur le couloir extérieur du 7° étage, SSPI d'urologie-viscéral en continuité avec le bloc et le couloir extérieur). Certains vestiaires des blocs opératoires (H/F) sont communs (UCA, PME) et ne permettent pas le respect de l'intimité des professionnels. Des travaux sont programmés pour le Bloc Urgences en 2017.

Le programme de prévention des risques en lien avec la radioprotection est organisé, mais il n'a concerné qu'une partie des professionnels (40% des infirmières et AS, 22% des IADE, 70% des chirurgiens).

La régulation des activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient (responsable, suivi, traitement des dysfonctionnements) est organisée et dans chaque secteur opératoire.

La planification est informatisée. Ses modalités peuvent différer d'un secteur à l'autre mais l'organisation est semblable.

Dans certains secteurs des professionnels identifiés « programmeurs » ont en charge cette activité.

La planification prévisionnelle est réalisée par la cellule de programmation en aval des secrétariats de consultation et des services, elle est validée soit en réunion, soit en réunion restreinte de bloc la semaine précédente et des ajustements sont prévus et organisés la veille de l'intervention.

Il existe une organisation pour fiabiliser l'identification du patient mais elle n'est pas totale. Elle ne permet pas une traçabilité des traits d'identité stricts à toutes les étapes de la prise en charge au bloc opératoire (planification murale, impression de la planification informatisée).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

La mise en œuvre de la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » pour toute intervention par l'équipe opératoire est organisée dans tous les secteurs opératoires. Néanmoins, l'utilisation de la check list n'est pas systématiquement conforme aux attendus de la HAS. Il a été constaté en parcours que les modalités de recueil sont non-conformes aux attendus de la HAS dans la moitié des cas (dont le renseignement anticipé des 3 volets), ce que confirment les résultats des audits réalisés par l'établissement.

L'utilisation du bracelet d'identification est généralisée à tous les blocs.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications (identito-vigilance, traçabilité des ouvertures de salle) est organisée et effective.

La traçabilité est organisée et effective dans tous les blocs opératoires sous un format papier et informatisé avec une traçabilité du DMI, des boîtes d'instrument et de la dose de rayons délivrée au patient (information présente dans le dossier patient).

Des cahiers d'ouverture de salle (infirmier et AS, IADE) ont été finalisés sur un modèle unique pour tous les blocs opératoires et présents dans chaque salle d'intervention. Leur renseignement journalier est fait pour les infirmières et les AS.

Toutefois, la traçabilité des vérifications n'est pas systématiquement réalisée pour le cahier d'ouverture de salle en anesthésie. La visite pré anesthésique n'est pas systématiquement renseignée. Ce constat est conforme aux résultats du recueil de l'indicateur DAN pour l'année 2015.

De plus, le respect des bonnes pratiques d'hygiène ne sont pas totalement respectées. La circulation des lits des patients permet leur introduction jusqu'à la salle d'intervention, le nettoyage des roues étant limité à un tapis adhésif ou un drap imbibé (Blocs Urgences, Urologie-viscéral, Gynéco-obstétrique). Les professionnels ne respectent pas systématiquement les bonnes pratiques en entrant ou sortant du bloc opératoire (pas de changement de sabot constaté sur un parcours).

Enfin, le risque professionnel lié à l'utilisation d'objets tranchants pour le décartonnage au bloc

opérateur n'a pas été pris en compte. Les déconditionnements au bloc sont réalisés avec un cutter (Urologie-viscéral, ORL) avec en ORL 3 cutters et un couteau posés à l'entrée du bloc sur un rebord de fenêtre.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions entreprises sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité), récemment actualisés (février 2017).

Le suivi des indicateurs nationaux est réalisé et suivi (DPA, DAN, TBIN).

Un CREX mensuel est organisé par l'encadrement des blocs, sous l'égide de l'UPRAS (Unité de prévention des risques associés aux soins).

La liste des EI déclarés est analysée chaque mois, 1 EI choisi pour une analyse approfondie vue lors du CREX suivant. Le recueil et l'analyse des événements indésirables avec implication des professionnels est assuré, un retour d'expérience organisé (CREX des blocs).

Il est attendu une mesure d'impact des actions engagées.

Le dispositif d'évaluation et le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience) et qualitatifs (événements indésirables, délais) sont assurés par la Direction des blocs, sans formalisation d'une synthèse des actions conduites pour les blocs opératoires.

La réalisation des actions d'EPP restent pour la plupart à l'initiative de chaque secteur d'activité.

Une plaquette "EPP" à l'usage des professionnels a été réalisée et diffusée (GED).

Des RMM sont organisées dans tous les secteurs opératoires selon des modalités définies par chacune des spécialités chirurgicales.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels, au regard des résultats obtenus, en particulier sur les organisations, les circuits et les travaux.

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

Des actions ont été identifiées pour les risques prioritaires inscrits au compte qualité de l'établissement.

Des supports et des modalités de diffusion sont établis.

La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

Une communication sur les audits « check-list » est réalisée en réunion d'équipe.

Des outils de communication internes et externes sont réalisés, le magazine du CHU « Échanges magazine » (Chirurgie ambulatoire, n°77) et le MAG' du patient (Chirurgie ambulatoire, n°6).

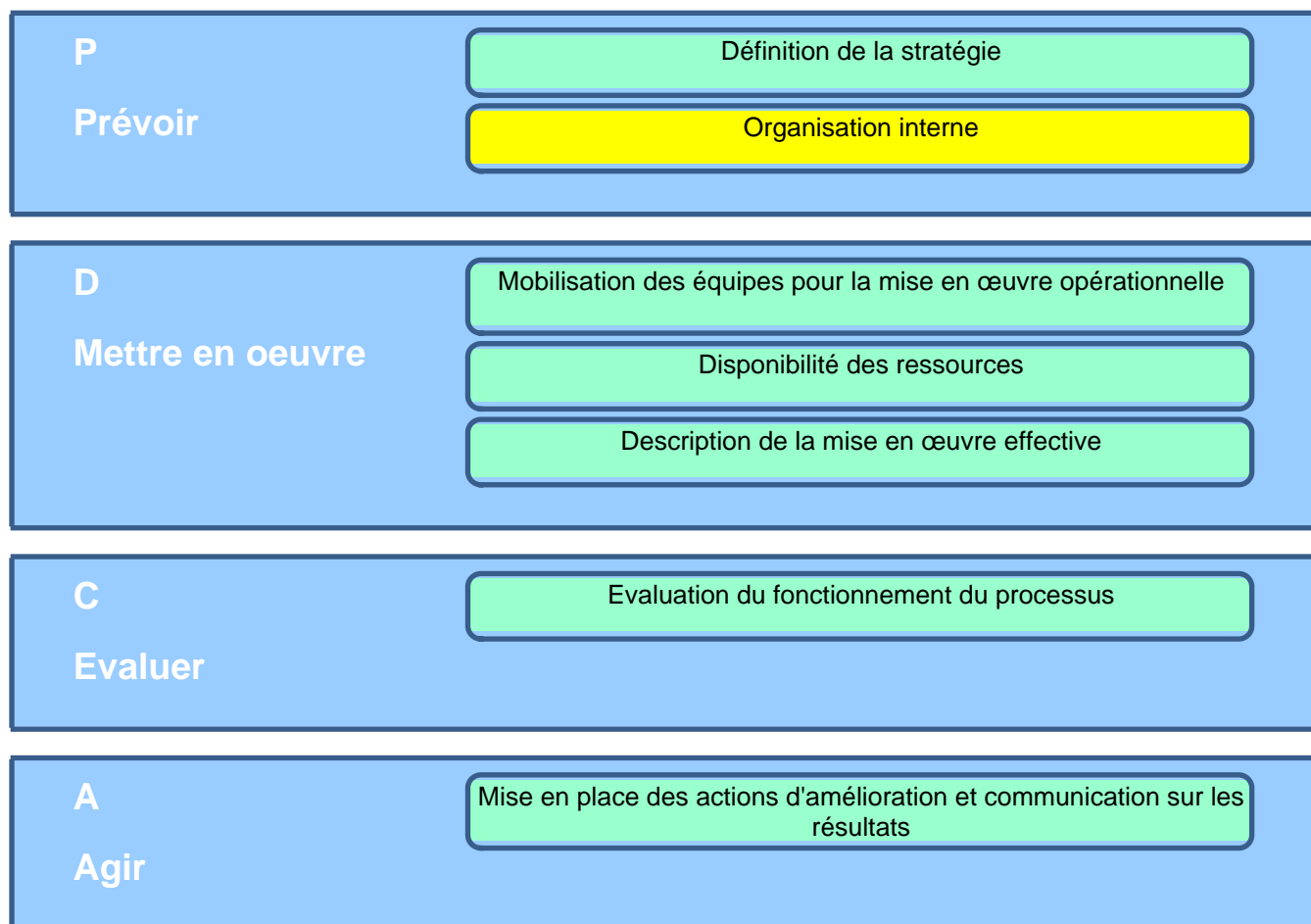
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

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

Au niveau du CHU de Rouen, les secteurs réalisant des actes interventionnels sous contrôle radiographique sont :

- Un secteur de radiologie interventionnelle (pôle Imagerie) qui comprend deux salles de radiologie interventionnelle (une biplan dédiée neuroradiologie interventionnelle) et une monoplan (dédiée à la radiologie interventionnelle périphérique) sur le site de Charles Nicolle,

- Un secteur de cardiologie interventionnelle (pôle Thorax Vaisseaux) qui comprend deux salles de coronarographie, une salle de rythmologie (deuxième salle en installation), et une salle hybride sur le site de Charles Nicolle,

- Un secteur de cathétérisme droit en pneumologie (pôle Thorax Vaisseaux) sur le site de Bois Guillaume.

La stratégie de la radiologie interventionnelle est définie dans le projet d'établissement et s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.

Les activités de Radiologie Interventionnelle sont identifiées et leur développement fait partie intégrante des axes stratégiques de l'établissement, à travers les contrats de pôle et les projets médicaux de l'Imagerie pour la Radiologie Vasculaire Interventionnelle, et Thorax vaisseaux pour la Cardiologie. Les Projets médicaux ont été initiés en 2016 et validés en CME.

Ces activités à risque majeur répondent :

- aux besoins spécifiques de la population vieillissante de la région Normandie ; l'un des objectifs étant de faire de la filière de Neuroradiologie un centre de Référence

- aux aspects réglementaires nationaux concernant la prise en charge de l'AVC et de l'Infarctus du myocarde.

Les activités de Radiologie Interventionnelle sous anesthésie générale peuvent être réalisées selon les besoins du patient dans l'ensemble des salles implantées à Charles Nicolle (équipées en matériel d'anesthésie).

Les autres activités sont réalisées, pour la Radiologie Vasculaire Interventionnelle dans deux salles situées au niveau de l'anneau central de Charles Nicolle, une salle bi-plan prioritairement dédiée à la Neuroradiologie, une salle polyvalente dédiée à la Radiologie Vasculaire Interventionnelle périphérique et pose de "Pic Lines". La Cardiologie dispose de deux salles de coronarographie et une salle de rythmologie, avec travaux de réaménagement en cours des locaux et mise à disposition prochainement d'une nouvelle salle de rythmologie. Certains actes de cathétérisme droit (huit à dix actes mensuels, lors de deux vacations hebdomadaires) ont lieu dans le service de Pneumologie du site de Bois-Guillaume.

La stratégie du CHU en matière d'imagerie interventionnelle repose sur le regroupement de certaines activités dans l'enceinte des futurs blocs opératoires, et la restructuration des locaux de cardiologie, avec un enjeu d'activités nouvelles selon les évolutions de la technicité, et mise à disposition d'une nouvelle salle de rythmologie.

La stratégie en matière de radioprotection est définie .

Chaque secteur d'activité, Radiologie Vasculaire Interventionnelle et la Cardiologie Interventionnelle, a identifié ses risques au travers de cartographies des risques spécifiques, issues des recommandations de l'ASN, de la HAS, des événements indésirables de l'établissement, en particulier des événements indésirables de radioprotection personnel et patient.

Les risques sont hiérarchisés selon leur fréquence, leur gravité, et niveau de maîtrise, selon une méthodologie définie, les risques prioritaires inclus dans le compte qualité donnent lieu à des plans d'actions préventives et de surveillance intégrés au PAQSS validé par les instances, avec des objectifs, pilotes, cibles, et suivi des actions par des indicateurs.

L'activité de cathétérisme droit en pneumologie réalisée à Bois-Guillaume, tout récemment identifiée en tant que processus à risque (février 2017) a donné lieu à une actualisation de la cartographie des risques en cardiologie et la définition du programme d'actions.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation de la Radiologie Vasculaire Interventionnelle est formalisée. Le document écrit (charte) finalisé en mars 2017 est en attente de validation par les instances. Cette charte fait office de règlement intérieur et décrit les éléments organisationnels stables et les ajustements possibles en lien avec l'évolution de l'activité. La charte est rédigée collégialement et revue par le conseil de radiologie vasculaire et interventionnelle nommé pour trois ans et se réunissant mensuellement.

Cependant, il n'y a pas de pilotage institutionnel opérationnel associant les différentes spécialités de Radiologie Interventionnelle. L'organisation de la radiologie Vasculaire Interventionnelle n'est pas étendue aux autres secteurs d'activité de Radiologie Interventionnelle. Seul, un pilotage stratégique et opérationnel de la Radioprotection est mis en œuvre par le PCR sur l'ensemble des activités. Il n'y a pas de document formalisé d'organisation des activités de cardiologie interventionnelle.

La cellule de programmation réunie tous les vendredi valide les programmes opératoires de la semaine

N+1. Elle permet d'avoir une vision globale et transversale des activités, et coordonne ainsi tous les acteurs des salles.

Les cadres et médecins régulateurs de la Radiologie Vasculaire interventionnelle disposent de fiches de missions. Des fiches de poste décrivent les rôles et responsabilités des manipulateurs radio, et des infirmier(e)s. Un parcours d'intégration permet une habilitation aux différentes tâches, avec tutorat par des personnels expérimentés.

Cependant, les responsabilités des médecins définies par des fiches de fonction (Chef de service, PH, PUPH, ...) ne sont pas formalisées dans des fiches de poste spécifiques à l'activité de Radiologie Interventionnelle.

La continuité des soins est assurée 24h sur 24, sept jours sur sept dans tous les secteurs, avec astreinte opérationnelle des médecins et des manipulateurs.

Les circuits de prise en charge des patients sont définis sur le site de l'hôpital Charles Nicolle, les urgences vitales (hémostase par embolisation, thrombectomie) prises sans délai, les urgences non vitales, intégrées dans la programmation en fonction du degré de l'urgence et des disponibilités, régulées par un cadre régulateur, pouvant faire appel à un médecin régulateur si besoin.

Cependant, les circuits de prise en charge des patients ne sont pas toujours définis. Le circuit de prise en charge des patients devant bénéficier d'un cathétérisme droit en Pneumologie sur le site de Bois-Guillaume n'est pas défini. Un plan d'organisation de la radiophysique médicale décrit l'organisation de la radioprotection personnel et patient, avec en particulier :

- la définition des Niveaux de Référence Diagnostique (NRD),
- les seuils de notification et d'alerte dosimétrique,
- les modalités de déclaration d'un événement de radioprotection suite au dépassement d'un seuil d'alerte,
- la mise en place d'un guide de bonnes pratiques en radioprotection.

La Personne en Charge de la Radioprotection (PCR) dispose d'une fiche de mission et coordonne l'activité avec des personnes référentes en Imagerie et des personnes relais au bloc opératoire. Une réflexion est en cours afin de résoudre une situation temporaire, de non remplacement à ce jour du PCR lors de ses congés. Des fiches d'exposition au risque sont établies pour chaque poste, y compris pour le service de pneumologie du site de Bois-Guillaume, afin d'adapter les équipements de protection nécessaires.

Un organigramme de déclaration d'un événement de radioprotection suite au dépassement d'un seuil d'alerte est formalisé dans le plan d'organisation de la radiophysique médicale, conformément à la réglementation en vigueur. La maintenance préventive des dispositifs médicaux "sensibles" fait l'objet d'une maintenance préventive régulière sous la responsabilité du service biomédical en collaboration avec l'équipe opérationnelle d'hygiène si besoin. Le plan de maintenance préventive est organisé en concertation avec les industriels et la cellule de régulation.

Le plan de formation institutionnel propose des formations réglementaires en radioprotection, à la prévention des incendies, des formations concernant l'acquisition et le maintien des compétences, des formations institutionnelles à l'identité-vigilance, la formation aux gestes d'urgence, à l'hygiène.

La gestion documentaire est en cours de structuration, les procédures et protocoles intégrant au fur et à mesure le système de gestion documentaire électronique.

Les interfaces sont organisées :

- en particulier avec le service de brancardage des patients à l'aide d'un logiciel nouvellement mis en place,
- pour l'approvisionnement en médicaments, matériel avec la pharmacie,
- avec le service biomédical pour les équipements,
- avec l'administration, la logistique, les services économiques, l'EOH.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle de la qualité dans les secteurs de Radiologie Interventionnelle est réalisée essentiellement au décours de réunions d'encadrement de service, des réunions annuelles de la commission de radiovigilance, des réunions techniques des référents en radioprotection patients et personnel, des actions de formation à la radioprotection, des réunions hebdomadaires de service et de coordination biomédicale, des réunions des commissions qualité des pôles Imagerie et Thorax-Vaisseaux.

Les médecins participent par ailleurs selon les cas aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), conseils de bloc, COPIL Qualité, commissions qualité et CME."

Les pilotes pour la plupart participent aux commissions de qualité des pôles.

Les personnels déclarent les événements indésirables. Des RMM sont organisées aussi souvent que nécessaire (reprise récente de l'organisation des RMM en 2017), et donnent lieu à des actions d'amélioration qualité en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les locaux et les équipements en Radiologie Vasculaire Interventionnelle répondent aux besoins des activités. Différents logiciels sont mis à disposition des personnels, en particulier un logiciel métier permettant la traçabilité des différents actes réalisés. Un autre logiciel permet le recueil et l'extraction des indicateurs de performance et d'activité.

Le système documentaire qualité met à la disposition des personnels de nombreux protocoles et procédures validés, ainsi que différentes fiches de radioprotection spécifique aux déclarations concernées :

- fiche de recueil des données d'exposition,
- fiche de dépassement des Niveaux de Référence Diagnostiques pour un patient,
- fiche d'évènement concernant la radioprotection des personnels.

Cependant, les documents qualité assurant la sécurité de la prise en charge ne sont pas toujours validés et actualisés. Des protocoles manuscrits non validés ni actualisés sont à la disposition des manipulateurs en Radiologie Vasculaire Interventionnelle.

Les personnels, en particulier les manipulateurs, sont formés selon un parcours d'intégration, avec évaluation des compétences.

Les internes sont formés aux différents actes, au fur et à mesure de leur parcours.

L'ensemble du personnel paramédical (8 manipulateurs) a reçu la formation à la radioprotection du patient et du personnel. Seuls les chirurgiens vasculaires interviennent en radiologie vasculaire interventionnelle et 5 praticiens sur 6 (83%) ont reçu l'enseignement à la radioprotection.

Les personnels disposent des équipements individuels et collectifs de protection contre les radiations.

Cependant, les locaux du secteur de Cardiologie Interventionnelle ne sont pas totalement conformes aux exigences réglementaires. Le secteur de cardiologie interventionnelle dispose de deux salles de coronarographie et d'une salle de rythmologie, avec entre les salles un espace qui sert à la fois à l'accueil des patients et à leur surveillance après l'acte interventionnel, au décartonnage, à l'entreposage des tabliers de protection et zone d'apport des matériels venant de la pharmacie, à l'évacuation des déchets.

Des travaux d'aménagement et de mise en conformité des locaux, avec aménagement d'une nouvelle salle ont débuté en février 2017.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures le plus souvent actualisées, validées et issues des bonnes pratiques reconnues.

La traçabilité des différents actes réalisés dans tous les secteurs d'activité est opérationnelle :

- traçabilité des actes, des salles d'intervention, des professionnels réalisant l'acte,
- traçabilité de la check list reproduite par scanner dans le dossier du patient,
- traçabilité des dispositifs médicaux implantables enregistrée dans le dossier du patient, et fiche transmise par ailleurs à la pharmacie,
- traçabilité des différents actes de maintenance préventive et curative des équipements,
- traçabilité des dysfonctionnements en temps réel,
- traçabilité des actes de bionettoyage, désinfection des équipements et des salles.

La dosimétrie opérationnelle et passive fait l'objet d'enregistrements, et le personnel est suivi par le service de la médecine du travail.

La dosimétrie patient est tracée dans le compte rendu des actes. La recherche des doses minimales est effective.

La formation à la radioprotection des personnels est assurée, en fonction du risque encouru et de la classification des personnes exposées, tant pour les médecins que pour les manipulateurs. Des fiches d'étude de risques au poste sont élaborées et suivies par le service de médecine du travail, y compris sur le site de Pneumologie de l'hôpital de Bois-Guillaume.

Tout incident ou déclaration d'incident en radioprotection est déclaré selon l'organigramme de déclaration en vigueur. Un suivi de l'impact clinique chez le patient est assuré en cas de dépassement d'un seuil d'alerte.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les indicateurs IQSS appliqués à la radiologie interventionnelle sont suivis.

Le processus est par ailleurs évalué à l'aide d'indicateurs propres à l'établissement :

- indicateurs d'activité par extraction à partir d'un logiciel récemment mis à disposition, taux d'activités programmées et non programmées,
- taux de report d'activité, déprogrammation, report d'activité de pose de "Pic Lines" en faveur d'actes urgents,
- taux de déclaration des incidents ou presque incidents, selon la qualification des personnels déclarant, la nature des EI déclarés (erreur ou retard de prise en charge, déprogrammation, risque infectieux, risque professionnel non infectieux, complication pendant le geste, nombre de signalements avec dommage

patient),
- taux de conformité de la check-list,
- taux de personnel médical et para médical formé à la radioprotection et bilan des autres formations : transfusion, AFGSU, incendie,
L'organisation de la radiophysique est évaluée par le comité stratégique lors des réunions de radiovigilance, avec suivi des événements indésirables déclarés selon la réglementation, et suivi des niveaux de référence observés au CHU de Nice.

A / AGIR

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

Des mesures d'amélioration sont mises en œuvre avec les personnels, au regard des résultats et intégrés dans le PAQSS :

- amélioration d'ordre structurel, avec aménagement des locaux de cardiologie interventionnelle,
- amélioration d'ordre organisationnel, avec mise à disposition récemment d'un nouveau logiciel permettant la programmation de patients en hospitalisation,
- amélioration et adaptation de la check-list tant en radiologie interventionnelle qu'en cardiologie avec la check-list "Sécurité du patient en Radiologie Interventionnelle".

La poursuite de la formalisation des documents qualité, procédures et protocoles est en cours dans tous les secteurs.

Les recommandations issues du rapport de l'ASN donnent lieu à des mesures d'amélioration.

La communication des résultats des audits, le suivi des indicateurs et les mesures d'amélioration mises en œuvre font l'objet d'une communication aux personnels.

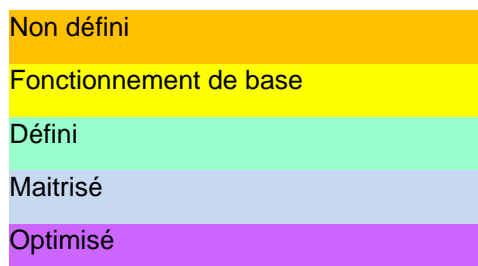
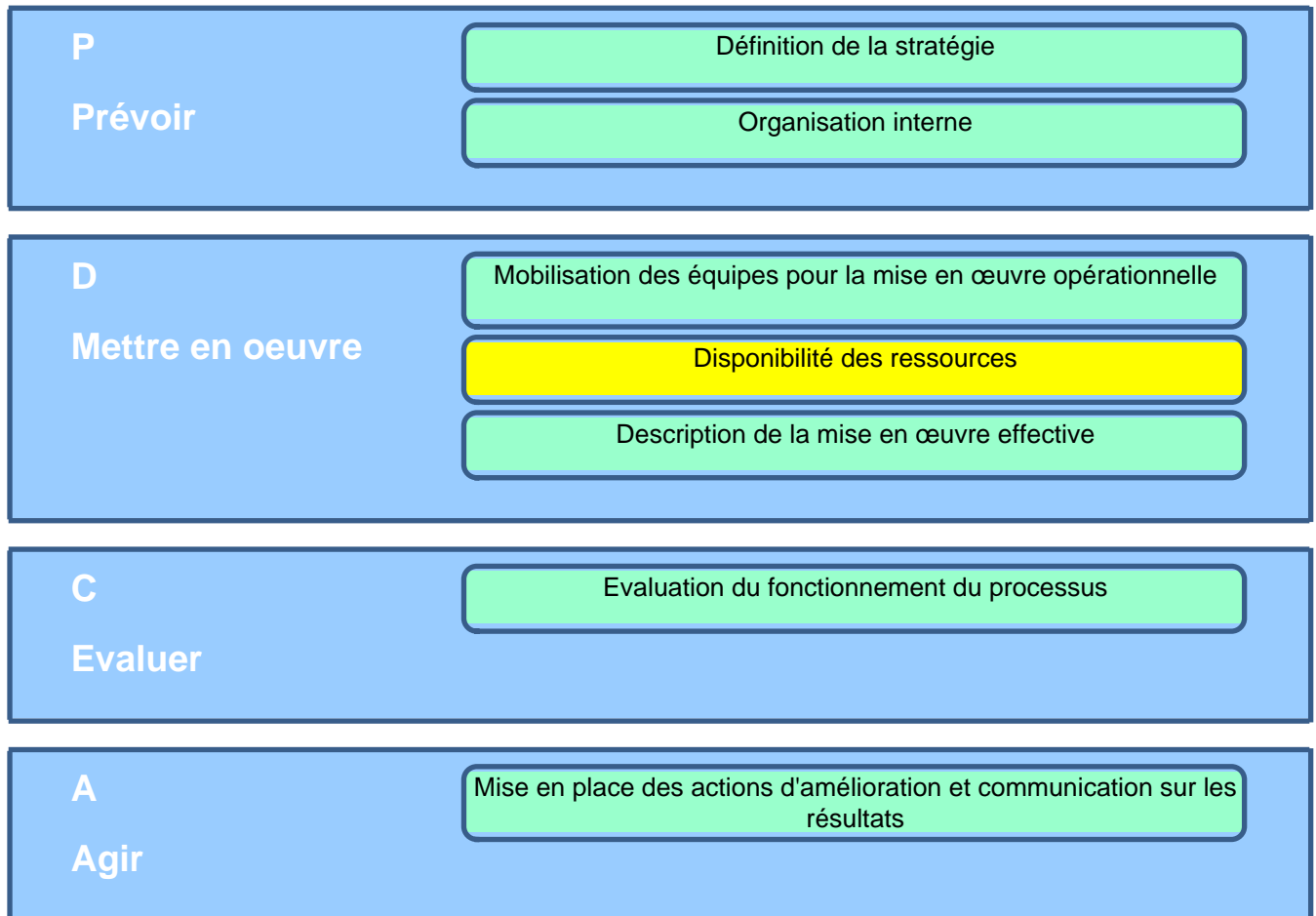
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement réalise une activité d'endoscopie diagnostique et interventionnelle sur 12 sites. 15 219 actes d'endoscopie ont été réalisés en 2016.

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement.

Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Les axes prioritaires pour l'endoscopie sont identifiés dans le Projet stratégique 2015-2018 (Créer des plateaux ambulatoires multidisciplinaires ; Optimiser l'usage des plateaux techniques), le Projet médical 2017-2020 (Chirurgie endoscopie micro-invasive, le PAQSS 2016-2020, actualisé le 30/03/2017 (Sécuriser la PEC du patient en endoscopie).

Des points critiques ont été identifiés en 2016 :

- o Le manque de formalisation de pilotage institutionnel commun avec politique écrite et plan d'actions annuel,
- o Le risque d'achat de matériel sans anticipation de moyens d'entretien,
- o L'absence d'organisation de la maintenance préventive,
- o L'absence de formation des professionnels à l'activité spécifique « endoscopie »,
- o La nécessité d'harmoniser l'utilisation de l'outil « check-list ».

Les différents secteurs réalisant des endoscopies sont identifiés et un pilotage institutionnel commun est défini.

L'identification, l'analyse et la hiérarchisation des processus à risques (processus interventionnels, supports) ont été réalisés. Un support de formalisation d'un programme d'actions préventives et de surveillance a été rédigé.

Une cartographie des risques a été réalisée en 2012 et actualisée en 2016-2017. Sa dernière mise à jour date du 30/03/2017. Elle a été réalisée de façon pluri professionnelle et participative. Sept risques ont été identifiés et priorités pour intégrer le CQ (1 pour la pneumologie, 3 pour l'ORL, 1 pour les services de réanimations, 1 pour l'urologie, 1 pour la pédiatrie médicale).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Un pilotage a été mis en place le 09/02/2015 (COPIL Qualité, Risques et Certification). Ce pilotage a été modifié en mars 2017 (remplacement d'un des 2 médecins). Il comprend 3 professionnels (2 médecins, 1 ingénieur qualité).

En sus du pilotage par les 3 professionnels identifiés, il a été fait le choix de la mise en place d'une Commission institutionnelle de l'endoscopie qui a pour vocation de fédérer tous les secteurs de cette activité. La proposition de constitution d'une structure de pilotage des secteurs « endoscopie » a été présentée et validée en bureau de la CME (07/03/2016) et en COPIL Qualité, Risques et Certification (07/02/2017) pour sa nouvelle organisation. Le comité institutionnel d'endoscopie s'est réuni à 2 reprises (30/09/2016 et 03/02/2017). Sa composition comprend 2 référents par site identifié (référents médical et paramédical) et un groupe d'experts et de personnes ressources (17 membres).

Les rôles et responsabilités sont identifiés. Seul l'ingénieur qualité a fait état d'une lettre de mission.

Le compte-rendu du 03/02/2017 du comité précise qu'un charte de fonctionnement du comité a été validée. Sa mise en ligne dans le GED de l'établissement est datée du 30/03/2017.

Cette charte fait l'inventaire des sites d'endoscopie identifiés, la composition du comité et en précise les missions :

- o Identifier les risques sur ce secteur d'activité à toutes les étapes de la prise en charge.
- o Établir une priorisation des risques.
- o Engager des actions en regard de ces risques prioritaires.
- o Assurer le suivi des actions engagées.
- o Identifier les problèmes spécifiques par la déclaration d'EI.
- o Procéder à l'analyse des causes profondes.
- o Faire un retour régulier auprès de la commission de l'avancée du plan d'actions.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation), matérielles (locaux, équipements, maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires.

La gestion documentaire relative à l'endoscopie est généralement intégrée dans la GED de l'établissement. Néanmoins, les documents affichés dans les salles de traitement des endoscopes (protocoles et logigrammes) ne sont pas, pour la plupart, au format qualité.

La gestion du système d'information a pour objectif d'assurer la migration du DPA du format papier à une version électronique et d'assurer une planification informatisée.

Le matériel nécessaire est prévu pour la réalisation des examens d'endoscopie et pour la décontamination.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. L'organisation de ces interfaces permet l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et les professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de chaque secteur d'endoscopie organise, compte tenu de ses risques et besoins, la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières).

Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs).

L'accueil des nouveaux arrivants est organisé selon des modalités proposées par chaque secteur d'endoscopie, un tutorat est mis en place. Un accueil général est organisé par l'établissement pour tout nouvel arrivant (une demi-journée).

La formation des professionnels en charge du traitement des endoscopes est réalisée par compagnonnage.

Des formations d'une journée ont été proposées aux professionnels des secteurs d'endoscopie.

L'organisation (modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, responsabilités, missions) permet la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires (humaines, matérielles, documentaires).

La prise en charge de l'urgence endoscopique (digestive, pulmonaire, pédiatrique) est organisée (lieu, professionnels d'astreintes, matériel réutilisable ou à usage unique) et effective selon des modalités définies et connues des professionnels.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues.

Des protocoles au format de la GED précisent, pour les endoscopies digestives, la CAT en cas de difficultés per opératoires.

Le recueil et l'analyse des événements indésirables avec implication des professionnels sont organisés en endoscopie.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité.

La permanence des soins est organisée y compris dans le cadre de l'urgence, sans formalisation des modalités de prises en charge endoscopiques en urgence.

La gestion documentaire relative à l'endoscopie actualisée est accessible dans la GED de l'établissement.

La formation des professionnels à la radioprotection est assurée. L'ensemble des personnels paramédicaux a été formé. Toutefois, une partie des médecins n'est pas formé (50%).

La régulation des activités garantissant le respect de la programmation et la sécurité du patient (responsables, suivis, traitements des dysfonctionnements) est définie et opérationnelle.

La planification est informatisée pour la plupart des secteurs d'endoscopie. Ces modalités peuvent différer d'un secteur à l'autre mais l'organisation est semblable.

Dans certains secteurs des professionnels identifiés « régulateurs » ont en charge cette activité.

La planification prévisionnelle est réalisée habituellement soit en réunion générale, soit en réunion restreinte de bloc la semaine précédente et des ajustements prévus la veille de l'intervention.

Cependant, dans le secteur d'endoscopie pulmonaire à Bois Guillaume, la planification est manuscrite et comporte nom et prénom sans la date de naissance.

De plus, la bonne qualité de l'air n'est pas garantie dans toutes les salles de traitement des endoscopes. Certaines salles de traitement des endoscopes ne sont pas conformes (ventilation des locaux inadaptée, émanation d'acide peracétique). Ce point est connu de l'établissement (médecine du travail, EOH) et a été évoqué en CHSCT (2014, 2015).

Un programme de travaux a été planifié. Les travaux sont réalisés (Urologie), en cours (Gynécologie, livrable fin avril 2016) ou planifiés (Pédiatrie, livrable mai 2017).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

La traçabilité est organisée et opérationnelle. Elle inclue les vérifications effectuées (acte, matériel, nettoyage/désinfection, maintenance, contrôles).

La traçabilité est organisée et effective dans tous les blocs d'endoscopie sous un format papier et informatisé avec une traçabilité du DMI et de la dose délivrée au patient dans le dossier du patient.

En l'absence de pose de DMI, certains secteurs assurent la traçabilité du traitement des endoscopes sur

un support papier (main courante).
Des cahiers d'ouverture de salles sont présents dans chaque salle d'endoscopie avec anesthésie. Il a été constaté la conformité de leur tenue pour la partie relevant des infirmières et des aide-soignantes.
La traçabilité des vérifications n'est pas systématiquement réalisée pour le cahier d'ouverture de salle en anesthésie.
Pour ce qui est des activités délocalisées (endoscopie pulmonaire au bloc ORL...) le matériel est acheminé depuis le secteur d'endoscopie de référence où il retournera après usage pour traitement, selon des modalités définies et connues des professionnels.
Une check-list « endoscopie » est en place dans tous les secteurs d'endoscopie selon des modalités qui peuvent différer d'un secteur à l'autre. Elle comporte un item précisant le risque EST éventuel. Son remplissage est conforme aux attendus de l'établissement.
Les modalités du port du bracelet sont définies et appliquées en endoscopie.
Le personnel utilise le matériel de protection pour la réalisation des décontaminations et respecte les bonnes pratiques définies dans les procédures.
Pour ce qui est des actes avec endoscopie, la visite pré anesthésique n'est pas systématiquement renseignée.
Ce constat est conforme aux résultats du recueil de l'indicateur DAN pour l'année 2015.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité).
Le recueil des indicateurs nationaux est organisé et suivi (ICALIN, DAN).
Un suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité) est organisé.
Il n'existe pas de dispositif d'évaluation structuré pour l'activité d'endoscopie. Aucune action d'EPP n'a été inscrite au compte qualité de l'établissement. L'endoscopie n'a pas fait l'objet d'une identification particulière dans les démarches d'EPP des différents secteurs concernés.
Peu d'EI relatifs à l'endoscopie ont été déclarés en 2016 (27 EI). Il n'existe pas de comité de retour d'expérience spécifique à l'endoscopie.
Cependant les secteurs d'endoscopie bénéficient de l'existence de démarche d'EPP non spécifiques déployées dans tout l'établissement. Ainsi tout signalement d'EIAS de criticité élevée fait l'objet d'une analyse de causes profondes dans le cadre d'une RMM ou d'un CREX de service. Des RMM concernant l'activité d'endoscopie ont ainsi été réalisées en digestif (1 en 2016), en pédiatrie (1 en 2016), en réanimation médicale (2 en 2015 et 1 en 2016). Les services concernés participent à la réalisation de patients traceurs. Des audits périodiques sont également mis en œuvre (check list en 2016/ audit nettoyage et désinfection des endoscopes souples mené par le DPIAS)."
Les secteurs d'activité d'endoscopie n'ont pas mis en place de REX. La démarche de RMM a été initiée et des RMM ont été réalisées dans certains secteurs.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été identifiées pour faire face aux risques prioritaires inscrits au compte qualité de l'établissement. Toutefois, cette identification est récente.
Ces actions d'amélioration ont été mises en œuvre avec les professionnels, au regard des priorités définies, dont les travaux de mise en conformité, en lien avec le programme d'actions institutionnel.
La communication des résultats pour l'activité d'endoscopie, auprès des professionnels et des usagers, est initiée mais non structurée. La communication auprès des professionnels est organisée par voie ascendante et descendante par les cadres, les référents médicaux et paramédicaux d'endoscopie. Les comptes rendus des comités d'endoscopie sont publiés sur la GED et sont envoyés à tous les référents, les cadres, les cadres supérieurs, les chefs de service, les chefs de pôle. Les résultats des audits font l'objet de retour auprès des professionnels de chaque secteur d'endoscopie.
Le prochain magazine du CHU « Échanges magazine », rédigé mais non encore diffusé, aborde le thème de l'endoscopie.

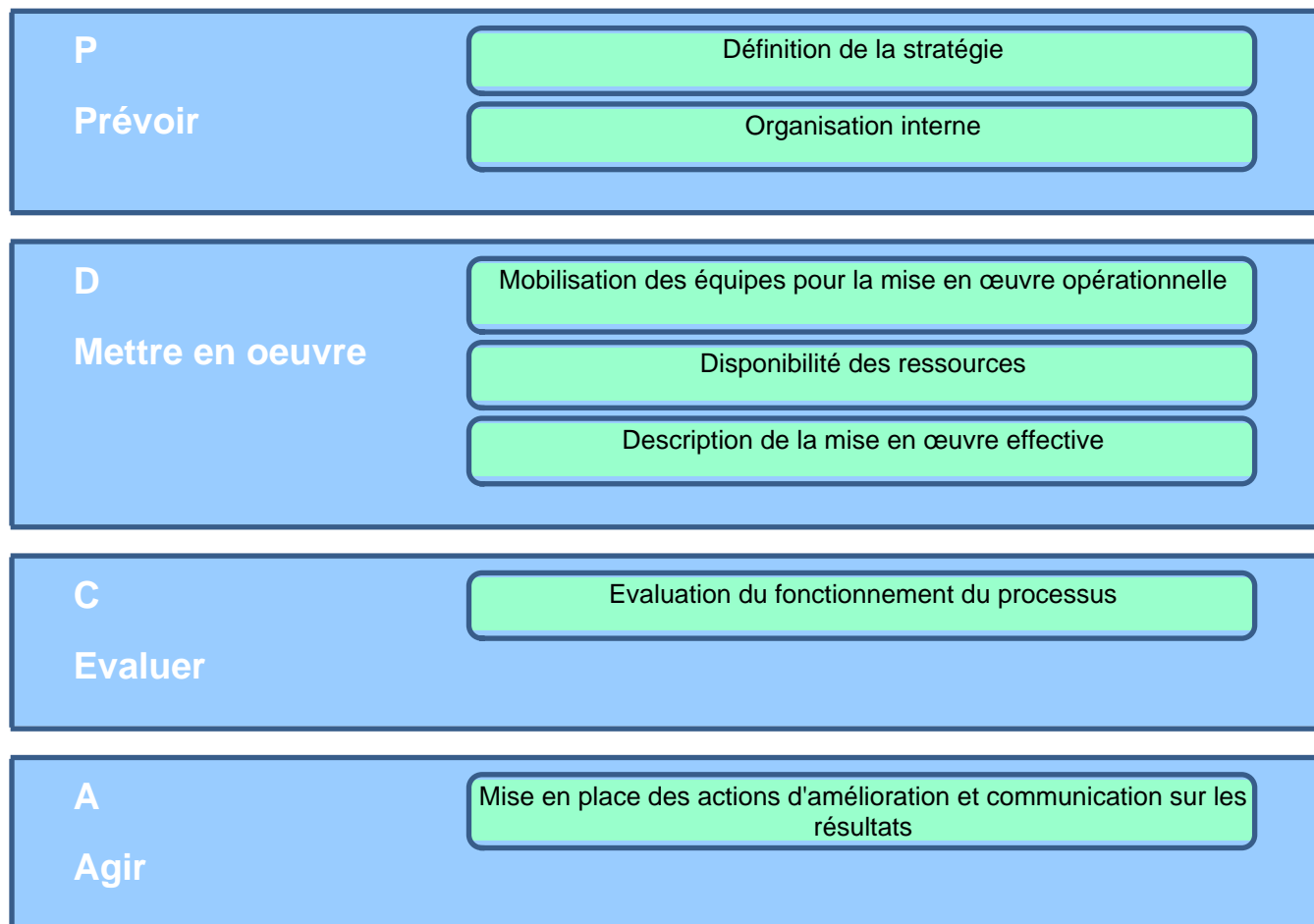
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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

Le service de gynécologie-obstétrique du CHU de Rouen réalise 2750 accouchements, 611 césariennes, et fonctionne 24 heures sur 24 heures et 365 jours sur 365. Il s'agit d'une maternité de niveau 3 qui a une mission d'ordre régional en particulier pour les grossesses hautement pathologiques. C'est aussi un service de chirurgie gynécologique avancée faisant référence en coelioscopie, en statique pelvienne féminine et en cancérologie gynécologique avancée.

91 lits sont installés dont un lit pour l'hospitalisation de jour.

Le service possède : une unité d'urgences gynécologiques et obstétricales, une unité d'assistance médicale à la procréation, un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, un centre d'orthogénie, un centre d'expertise pour les agressions sexuelles, un centre d'expertise pour l'endométriose.

Le bloc obstétrical comporte 3 salles de pré-travail dont 2 dites « nature » qui permettent à la maman d'accoucher dans des conditions moins médicalisées, 6 salles d'accouchement et une salle de réanimation nouveau-né de 4 berceaux. Il est à proximité immédiate du bloc opératoire de gynéco-obstétrique qui comporte 3 salles dont une est toujours libre pour la césarienne en urgence.

La stratégie du Centre Hospitalo-Universitaire de Rouen en matière de sécurité et de management de la prise en charge en salle de naissance repose sur une évaluation des risques, des besoins, des évolutions et du contexte de l'établissement. Elle prend en compte le niveau de risque foeto-maternel, est validée par les instances, et déclinée dans le compte qualité, dans le PAQSS.

Les risques ont été identifiés par rapport aux différentes prises en charge selon le parcours des parturientes et des nouveau-nés avec les professionnels concernés.

Les orientations stratégiques prennent en compte le niveau de risque foeto-maternel, l'amélioration du dispositif de dépistage des risques médicaux, sociaux, psychologiques pendant la grossesse et les besoins locaux et régionaux.

Le projet médical identifie 3 axes :

- mettre en place d'un parcours patient pour le suivi de la grossesse,
- développer les activités d'excellence et d'expertise,
- poursuivre le développement des activités d'assistance médicale à la procréation et de chirurgie carcinologique gynécologique et mammaire.

Le projet médical et le plan d'action qualité ont été présentés et validés en CME. Les actions retenues dans le Compte qualité sont celles qui semblaient les plus significatives ou dont le niveau de criticité était le plus important. De plus, la participation au réseau Périnatalité de haute normandie formalise la collaboration inter-établissement dont le service de maternité du CHU est une ressource pour les différents autres établissements qui y participent, ce dernier apportant toutes ses compétences.

ORGANISATION INTERNE

Le processus d'amélioration de la qualité est piloté par le responsable médical du service de gynéco-obstétrique et la sage-femme cadre supérieur coordinatrice de la maïeutique. La direction qualité accompagne les acteurs de la maternité dans le développement de la qualité.

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

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Elles sont en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.

L'organisation permet la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires en effectifs et en compétences. Les gynécologues et les sages femmes travaillent sur des procédures communes, réactualisées qui recouvrent la majorité des besoins de la spécificité du secteur.

Des tableaux de gardes des sages-femmes, obstétriciens et anesthésistes sont élaborés pour assurer la continuité de la prise en charge et diffusés. Le bloc opératoire possède un personnel dédié (IADE, IBODE, AS et ASH) et le fonctionnement est assuré pour une salle d'opération 24h sur 24h, la nuit et les jours fériés et pour un nombre de salles adapté à l'activité les autres jours de la semaine.

La cadre sage femme est responsable du suivi des lits sous la responsabilité du chef de service.

Le plan de formation est construit après évaluation des compétences des professionnels, de leurs demandes personnelles, mais aussi en fonction des évolutions des prises en charge du service. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés. Le plan de formation est centralisé par la sage femme cadre coordinateur en maïeutique, les formations ciblent l'amélioration des compétences mais également d'autres approches telles l'acupuncture, l'hypnose thérapeutique, les massages bébé, le peau à peau, etc.

Une démarche qualité documentée et actualisée est en place. Elle correspond aux besoins, assurant la sécurité de la prise en charge des patientes et des bébés et organisant la diffusion de la culture qualité-sécurité. Plusieurs de ces documents sont récents.

Les locaux ont été rénovés pour partie comme les salles de consultation.

Le dimensionnement du secteur obstétrical dont les salles de naissance correspond à l'activité. La gestion des équipements lourds est organisée en matière de contrôle et de maintenance. La proximité géographique de la salle de naissance immédiatement attenante au bloc opératoire sécurise les prises en charge.

La gestion des circuits et des interfaces urgences / salles de naissance / unité (pharmacie, stérilisation, laboratoires, EOH, services logistiques : linge, déchets et équipe qualité) est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et avec le service de maternité-gynécologie.

Les ressources nécessaires humaines, matérielles et documentaires sont identifiées

Les dossiers de la parturiente et du nouveau-né sont sur des supports en papier (anté et post natal). Le dossier de la salle de travail est informatisé.

Les informations sont partagées grâce à la traçabilité papier et aux réunions sur les EPP pluri-professionnels quotidiennes.

La réunion d'équipe quotidienne procède à la revue des activités obstétricales des dernières 24 heures et des cas difficiles.

Cependant, le règlement intérieur régissant le fonctionnement de la salle de naissance n'a pas encore été finalisé. Le service réfléchit actuellement à une "charte de fonctionnement de la salle de naissance", en cours de finalisation, qui précise les circuits des prise en charges programmées ou urgentes, les règles de présence, les règles d'hygiène et de comportement. Il établit aussi les responsabilités et les modalités de régulation des activités.

De plus, la traçabilité des dispositifs médicaux incluant les vérifications effectuées n'est pas encore réalisée sur un document unique dans les salles de naissance. Les chariots de matériels sont contrôlés à chaque changement d'équipe et entre chaque accouchement par les sages femmes. Cependant, il n'existe pas de document centralisant le contrôle de tous les matériels de la salle de naissance (traçabilité retrouvée sur différents documents obsolètes non uniformisés). Les professionnels réfléchissent actuellement à ce document de traçabilité d'ouverture des salles de naissance. Les IADE disposent de leur propre document de traçabilité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de leurs risques et besoins, les responsables des salles de naissance organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels :

- mettre en place un service de rendez vous efficace,
- améliorer l'accès aux consultations,
- mieux communiquer sur les compétences et les pratiques,
- organiser une consultation personnalisée et organisée,
- améliorer l'accompagnement au cours de la grossesse,
- favoriser l'accès à l'échographie obstétricale,
- mettre en place un réseau ville-hôpital permettant de suivre conjointement les grossesses,
- pérenniser un centre d'expertise et de dépistage de l'endométriome en Normandie,
- créer un centre d'expertise de pelvipérinéologie,
- maintenir et développer une activité d'excellence dans le domaine de la médecine fœtale.
- poursuivre le développement de l'assistance médicale à la procréation,
- poursuivre le développement de la chirurgie carcinologique et mammaire,

Ces projets sont inscrits dans les axes du projet stratégique du CHU, ils identifient les besoins, les blocages éventuels et la durée et période de la mise en œuvre. Les pilotes en sont les responsables médicaux et la coordinatrice de la maïeutique.

Les professionnels accompagnés des cadres et d'autres professionnels si besoin, s'impliquent dans les projets d'amélioration du service. L'identitovigilance est un élément essentiel dans la sécurisation de la prise en charge. Ces éléments sont rappelés dans le livret d'accueil de la maternité. Les bracelets d'identité des patientes sont mis en place et vérifiés. La vérification de l'identité de la patiente est effectuée à chaque étape critique de son parcours. La patiente reçoit une information sur les soins. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. La traçabilité des actes est aussi un point de surveillance de la part des cadres.

En 2015, plusieurs évaluations des pratiques professionnelles concernent le secteur de la naissance, tel l'audit du partogramme.

10 CREX ont été menées ainsi qu'une RMM associant 3 dossiers, 29 fiches d'évènements indésirables ont été rédigées. Les fiches d'évènements indésirables (FEI) et les dysfonctionnements sont débattus en équipe médico-soignantes.

Le management des salles de naissance est sous la responsabilité de la cadre sage-femme en lien avec le cadre coordonnateur en maïeutique et le chef de service. Il s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en effectifs et compétences, en matériel et documentation sont disponibles en temps utile, dans ce secteur interventionnel.

Quatre sages-femmes assurent l'activité de jour et trois sages femmes assurent l'activité de nuit. Toutes sont mobiles sur les secteurs d'activité de la maternité : consultations, salles de naissance, suites de couches, grossesses pathologiques. Les tableaux de garde sont élaborés et diffusés pour assurer la continuité des prises en charge.

Un plan de formation élaboré et suivi chaque année est mis en oeuvre. En 2017, les sages-femmes de la maternité ont été formés sur la prise en charge anténatale et le suivi postnatal, l'échographie cardiaque, la médecine fœtale, le cadre juridique de la profession de sage femme et les règles de bonnes pratiques, le yoga pré natal. Des professionnels suivent le DU acupuncture et le DIU d'échographie.

Les équipements sont maintenus, un inventaire biomédical est tenu à jour.

Au bloc obstétrical, les organisations pallient les défauts architecturaux. Les organisations décrivent et respectent le bon fonctionnement, les équipes passent par le SAS de déshabillage.

Les chariots d'urgence sont disponibles.

De nombreux protocoles et procédures actualisées sont à la disposition des équipes : hémorragie du post partum (hypotonie utérine), réanimation du nouveau-né, pré-éclampsie sévère et éclampsie, conduite à tenir devant une suspicion d'embolie pulmonaire pendant la grossesse, protocole d'anesthésie pour geste sur le fœtus in utero, utilisation en obstétrique du MEOPA, traitement de l'atonie utérine (délivrance) etc.

Les cadres de santé s'assurent de la diffusion et de l'appropriation par les professionnels concernés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes de la salle de naissance connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues.

La traçabilité est organisée et opérationnelle, incluant les vérifications effectuées : acte, surveillance, matériel de nettoyage/désinfection, maintenance, contrôle, en liaison avec l'EOH.

Une feuille de surveillance de l'hémorragie du post-partum est en place.

Le suivi de certains équipements fait l'objet d'une check-list, comme le matériel d'anesthésie.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Une réunion de revue des dossiers difficiles est tenue. Des comptes rendus sont réalisés. Une fois par an, une réunion est organisée en maternité pour présenter et valoriser les travaux méritants. Des réunions hebdomadaires entre cadres et des réunions régulières dans chaque unité permettent la communication au sein des équipes. La transmission des informations est organisée.

La régulation de l'activité est assurée par les cadres.

Les contrôles de l'air, de l'eau, des surfaces sont réalisés régulièrement et leurs résultats transmis à l'encadrement.

La fonction transport est assurée.

Lors de l'admission, l'équipe remet à la parturiente un livret d'accueil présentant la maternité. Des cours sont organisés pour les parturientes. Des plaquettes spécifiques d'information médicale sont également remises par les sages-femmes lors des entretiens de suivi et de soins. Une plaquette présente 'La césarienne'. La parturiente reçoit une information sur les soins donnés incluant une présentation objective du rapport bénéfique/risques. Assistantes sociales et psychologues sont disponibles si besoin pour les situations anté et post natales.

Comme le bloc gynéco-obstétrical est à proximité immédiate, le transfert est rapide. Le code rouge (organisation entre les salles de naissance et le bloc obstétrical en cas de césarienne en urgence) est protocolisé et mis en oeuvre, il a été évalué et donne satisfaction. Au bloc obstétrical, le bon respect des organisations définies pallient les défauts architecturaux.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation se développe au sein du secteur. Le service de maternité dispose d'évaluations et d'un système de suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs, les déclarations d'événements indésirables et/ou événements significatifs, les questionnaires de satisfaction. Le service recueille l'indicateur IQSS "Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum".

Le recueil et l'analyse des événements indésirables est en place, avec implication des professionnels. Dix CREX sont réalisés par an, ainsi qu'une RMM annuelle en associant les professionnels. Un audit sur le partogramme (deuxième version) a été réalisé, en 2016. Le service participe aussi aux évaluations institutionnelles.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration définies au vu des résultats obtenus sont intégrées et articulées avec le PAQSS institutionnel et le compte qualité. Elles sont mises en œuvre : centralisation des rendez-vous dans le secteur des consultations externes, infirmière programmiste pour les interventions au bloc opératoire d'

obstétrique, audit du partogramme, etc.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels via les réunions, l'affichage, l'intranet et des usagers dans le cadre de la CDU.