



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CLINIQUE TOULOUSE
LAUTREC**

2 rue jacques monod
Val de caussels
81035 ALBI



Validé par la HAS en Novembre 2023

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



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

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	19
Table des Annexes	24
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	25
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	26
Annexe 3. Programme de visite	30

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement.

Présentation

CLINIQUE TOULOUSE LAUTREC	
Adresse	2 rue jacques monod Val de caussels 81035 ALBI Cedex 9 FRANCE
Département / Région	Tarn / Occitanie
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	810101162	SA CLINIQUE TOULOUSE LAUTREC	2 rue jacques monod Val de caussels 81035 ALBI Cedex 9 FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

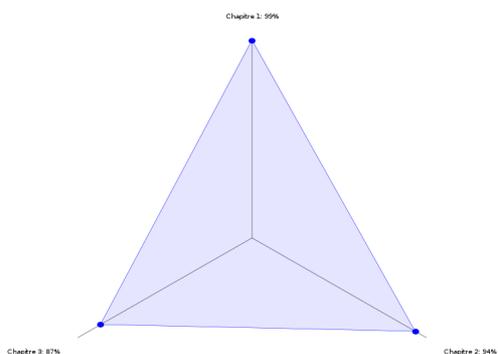
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

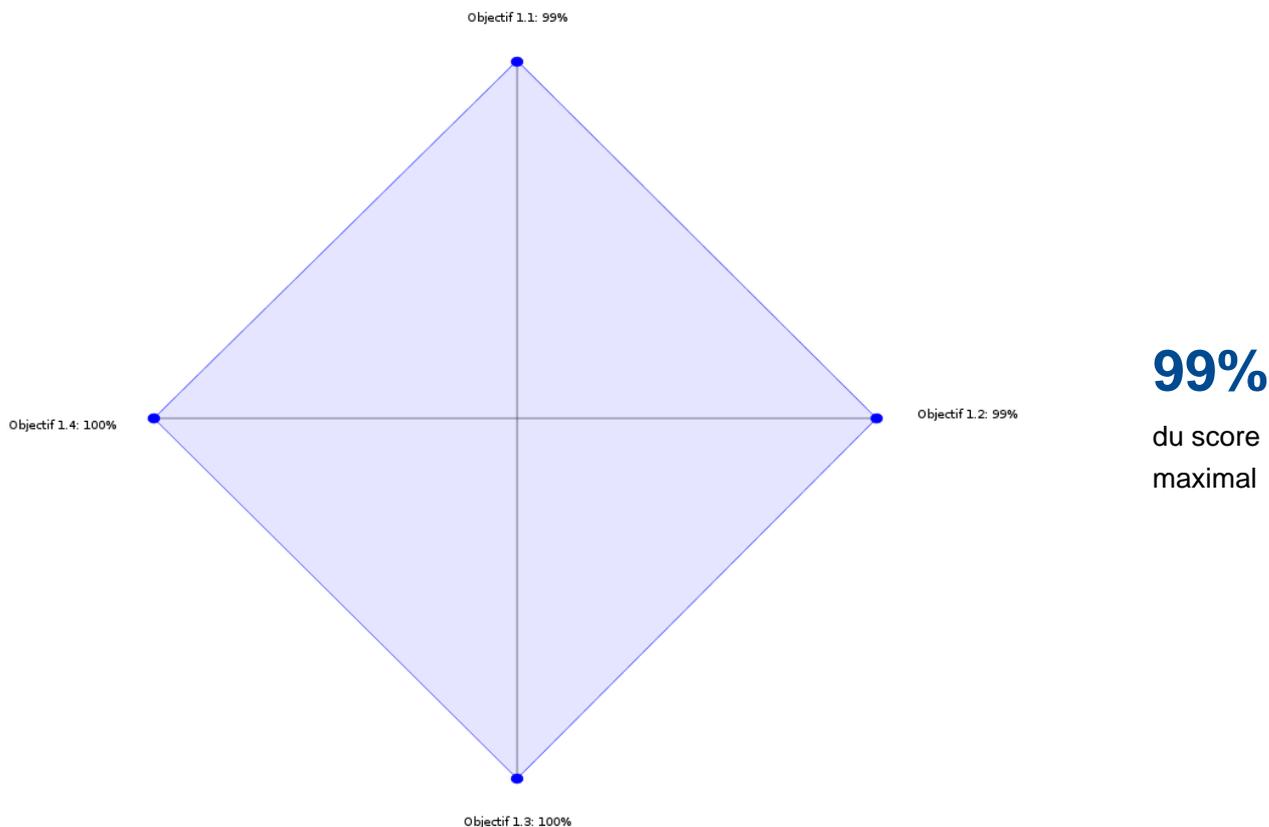
Au regard du profil de l'établissement, **110** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



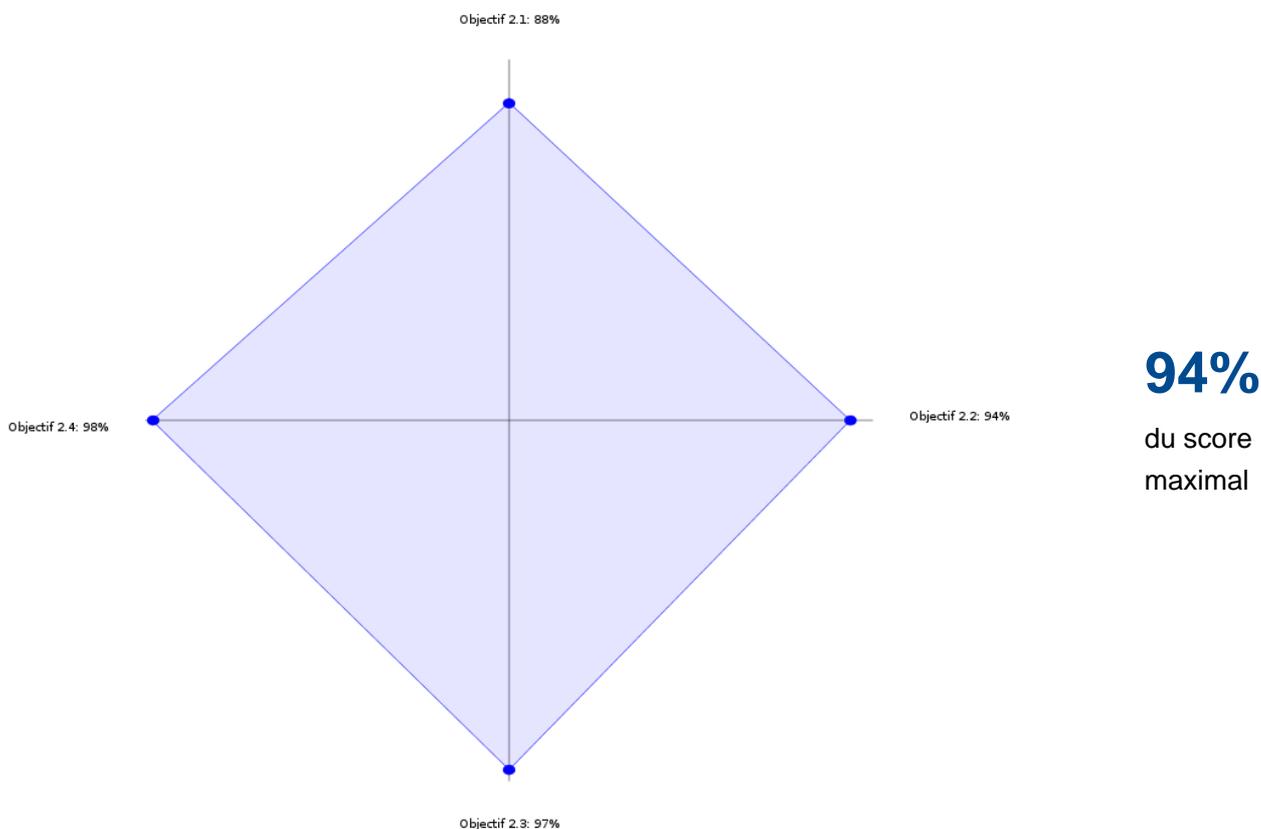
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	99%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Chapitre 1 - Le patient Synthèse du coordonnateur Le patient est informé et son implication est recherchée. Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques. Les documents d'information des sociétés savantes des différentes spécialités sont donnés aux patients, et le résumé des informations données au patient est retrouvé dans la lettre faite au médecin traitant, y compris les éventuelles complications de l'intervention. Des démarches d'information se combinent avec l'évaluation du bénéfice et des risques voire aboutissent à un projet de soins personnalisé. Ce PPS construit de façon pluridisciplinaire (bariatrique, cancérologie) peut déboucher sur un contrat de soins signé symboliquement par le patient qui s'engage, notamment dans la prise en charge de réhabilitation cancérologique en HDJ. L'évaluation bénéfique/risque pour sa prise en charge est détaillée en

particulier sur les alternatives thérapeutiques ou lorsque l'intervention sort des standards (adénoïdectomie d'un enfant de 13 ans). Cette décision prend en compte la volonté du patient (intervention pas indispensable médicalement, mais générant une gêne non supportée par le patient), quelle que soit la catégorie d'âge du patient (patients traceurs adulte, enfant, personne âgée). Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités, un document est signé. Les éléments ayant amené le patient à donner son consentement à la prise en charge sont tracés dans le dossier ou dans la lettre au médecin traitant. Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé, par des affichages de santé publique sur les addictions, la nutrition, l'exercice physique. Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur face à sa maladie ou sa prise en charge, par exemple grâce à l'équipe des professionnels du service d'Activité physique et éducation thérapeutique reconnu par l'ARS (cette équipe est composée d'une secrétaire, de deux IDE, un kiné, un enseignant en Éducation physique adapté, un médecin du sport) ou grâce à l'équipe des soins de support (composée d'une diététicienne, d'une psychologue, d'une IDE douleur, IDE tabacologie, qui interviennent sur l'établissement et sur demande dans le service). Ces équipes favorisent la mise en place du PPS et l'implication du patient dans sa réalisation : les experts visiteurs l'ont constaté en cancérologie et en SSR d'hospitalisation complète. Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix et la recherche de la personne de confiance est conforme à la réglementation avec confirmation de l'acceptation par signature. Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits de manière écrite pour les patients de SSR avec un bilan des médicaments à l'entrée et à la sortie. Pour la chirurgie, cette information orale n'est pas tracée dans le dossier : la lettre de liaison ne comporte pas le bilan thérapeutique des traitements à l'entrée et à la sortie et ne reprend pas toujours de façon structurée les éléments de la continuité des soins qui sont donnés au patient séparément. Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées, pour le patient d'ophtalmologie ou comme pour ceux d'orthopédie. Le patient est informé des produits sanguins labiles qui lui sont administrés et le suivi transfusionnel est réalisé. En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge par une IDE de programmation qui réalise l'appel de la veille et l'appel du lendemain. Cet appel de la veille est réalisé pour les patients arrivant le matin de l'intervention. Les informations sont tout d'abord écrites et données au patient lors des consultations dans son « passeport ambulatoire », puis orale lors de l'appel de la veille où l'IDE de programmation confirme la complétude du dossier du patient. Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées lors de la pré-admission avec une question sur l'existence ou non de Directives. Quand le patient fait son admission sans retour de cette fiche, un questionnaire de fin de vie lui est proposé, qu'il remplit et signe. Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs, l'établissement est en lien avec l'EMSP de l'hôpital. Une demande de lits dédiés est en cours de validation, et deux professionnels (un médecin et une IDE) sont en cours de formation pour compléter ce projet qui verra jour au deuxième trimestre 2023. Le patient est informé sur les deux représentants des usagers par affichage et livret d'accueil. Les professionnels de l'HDJ favorisent l'action des associations comme « Association tremplin, Dragon Ladies (aviron) » pour éviter les phénomènes de rupture lors de l'arrêt du programme de réhabilitation des patients pris en charge en cancérologie. Dans les services d'HC, les professionnels peuvent faire appel à l'assistante sociale pour mettre en place une APA ou la compléter. Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction par e-satis et par questionnaire de satisfaction papier pour prendre en compte l'exclusion numérique de la personne âgée, la précarité sociale et l'absence d'internet, et enfin l'isolement avec la non-couverture du réseau. L'information du patient pour déclarer un EIAS n'est pas réalisée, toutefois, le circuit des plaintes et des réclamations est expliqué dans le livret d'accueil. Le patient est respecté. Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité : les chambres doubles disposent de rideaux de séparation et de sanitaire en nombre suffisant. Les patients traceurs n'ont pas signalé de dysfonctionnement, les professionnels frappent aux portes des chambres et attendent l'autorisation d'entrée. Les mesures de lutte contre les épisodes caniculaires amènent les professionnels à laisser les portes et fenêtres ouvertes en l'absence de climatisation ou de ventilateurs en SSR

; il est demandé oralement l'accord du patient, mais il n'y a pas de traçabilité de cet accord, ni de procédure dédiée. Le patient mineur ne bénéficie pas toujours d'un environnement adapté. Il n'existe pas de secteur dédié identifié en SSPI, ni de chambre dans les services receveurs. Le médicament pédiatrique (paracétamol sirop) est rangé dans l'armoire adulte dans un bac ouvert identifié pédiatrique. Les éléments de l'urgence vitale interne pédiatrique sont retrouvés dans le chariot d'urgence adulte. Le travail en cours sur la chaîne de survie par un anesthésiste et un IADE a été finalisé pendant la visite. En hospitalisation complète, une auxiliaire puéricultrice fait partie de l'équipe soignante, et en ambulatoire un secteur dédié est en place avec des documents à disposition et un affichage adapté à l'enfant notamment sur la prise en charge de la douleur. L'activité pédiatrique est essentiellement ambulatoire et l'hospitalisation concerne une moyenne annuelle de cinquante enfants, dont une grande partie viennent de l'Aveyron en carence de spécialité ORL. L'établissement a donc finalisé le processus de la prise en charge pédiatrique notamment sur le circuit du médicament et l'accueil dans les services receveurs pendant la visite. Il reste à évaluer le plan d'action mis en place. Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour pour les handicaps moteur, auditifs, mentaux. Les ascenseurs ne disposent pas de boutons identifiés en Braille. Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour et les Aides-Soignantes renseignent sur le dossier patient les diagrammes d'autonomie. Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant, les logiciels disposent de mot de passe et d'un temps restreint de login. Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale, mais les experts visiteurs n'ont pas rencontré de patients ayant bénéficié d'une contention lors de la visite. La contention est en effet considérée par les professionnels comme une maltraitance : cela est ressorti au cours des échanges lors des traceurs. Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité, tout en essayant de préserver l'autonomie notamment de la personne âgée ou vulnérable. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur dont l'évaluation est tracée à l'entrée dans les constantes, avec une périodicité définie par secteur et en cible lors des évaluations après traitement. En HDJ, l'évaluation de la douleur est réalisée à chaque début de cession, la prescription d'antalgique n'est pas systématique volontairement. Il est demandé au patient s'il veut réaliser son parcours, des moyens antalgiques non médicamenteux lui sont proposés et il commence sa séance. L'équipe témoigne de la disparition de la douleur à l'effort, ce qui est confirmé par les patients rencontrés. Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient. Avec l'accord du patient, les proches et les aidants peuvent s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins, notamment pour les personnes âgées, ou les situations difficiles comme la fin de vie. La présence des proches est facilitée en dehors des heures de visites, notamment pour les enfants pour lesquels la présence des parents est facilitée en ambulatoire comme en hospitalisation complète. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge. Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement facilité par la présence d'une assistante sociale. Les professionnels prennent en compte les carences en soins des patients précaires et vulnérables, mais aussi les difficultés des patients isolés ou sous chimiothérapie pour s'inscrire dans des consultations de spécialité ou des soins dentaires. Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie. L'absence de possibilité de prise en charge (kinésithérapie de ville par exemple) fait partie des éléments conditionnant le type de sortie.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	88%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	94%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	98%

Chapitre 2 - Les équipes de soins Synthèse du coordonnateur 2.1- La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein des différentes équipes quels que soient les modes d'hospitalisation (HC, HDJ, Ambulatoire). Les données du patient comme l'isolement, l'accès aux professionnels de ville ou de campagne sont prises en compte, notamment pour les prises en charges complexes. Des secteurs réalisent des RCP comme la cancérologie et la chirurgie bariatrique ; le projet de soins est construit de manière pluridisciplinaire en SSR. La RAAC est en place, notamment en orthopédie. La pertinence des décisions tient compte de la présence des proches ou des aidants pour construire le projet de soins et le devenir du patient (retour au domicile). La pertinence de l'admission et du séjour en SSR est argumentée lors de la réception de la demande

via trajectoire. Elle est réévaluée au sein de l'équipe lors des staffs hebdomadaires du mardi qui associent les Aides-Soignantes, l'ergothérapeute, la Diététicienne, l'APA, la psychologue, l'Assistante Sociale, le médecin, l'Aide Médico Psychologique référente du service. Les Kinésithérapeutes libéraux présents l'après-midi ne participent pas aux staffs, mais marquent leur observation dans le dossier informatisé. En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD peut être envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée, mais n'est pas toujours réévaluée entre la 24 et la 72h en SSR. Le médecin infectiologue de Rodez est sollicité lors de demandes d'informations supplémentaires. Il existe des correspondants en hygiène dans les unités de soins pour la surveillance des ISO. Outre la formation des praticiens à l'utilisation des antibiotiques dans leur cursus professionnels, un projet de formation des professionnels est mené par le pharmacien conjointement avec l'infectiologue de Rodez. La prescription de produits sanguins labiles (PSL) respecte les recommandations de bonne pratique, la réflexion bénéfique risque est tracée dans le dossier, mais la pertinence des transfusions n'est pas évaluée.

2.2- Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge. Le dossier du patient est complet et accessible par tous les professionnels de l'établissement : une connexion VPN est en place pour les prescriptions distantes et la consultation du dossier. Le dossier anesthésique, le per opératoire et la surveillance en SSPI sont encore en format papier. Des login et mot de passe sont attribués à chaque professionnel avec ses droits de lecture et d'écriture spécifiques. Le temps de login est paramétré. La procédure dégradée est en place. Les éléments papiers du dossier se retrouvent dans le passeport ambulatoire (recherche des personnes de confiance et directives anticipées, consignes péri opératoires). Chaque professionnel trace l'activité dans son onglet du dossier, comme les aides-soignantes pour le diagramme d'autonomie. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins dans chaque secteur, en chirurgie pour la RAAC, le bariatrique ou la cancérologie. En SSR, quel que soit le mode d'hospitalisation (HC, HDJ), le projet de soins est construit avec l'ensemble de l'équipe. Des staffs de service sont en place en SSR pour la réévaluation du PPS et, en chirurgie, les professionnels tracent leur passage. L'établissement dispose des autorisations pour l'éducation thérapeutique du patient (pour 3 programmes BPCO, stomie et chirurgie bariatrique). La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux, ouverte à tous les patients du SSR : Médecin, infirmière de l'unité SSR et pharmacien y participent. Une montée en charge est prévue en octobre sur les services de chirurgie en particulier pour les patients porteurs d'infection rénale, les immunodéprimés et les personnes âgées. Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité, néanmoins le suivi en SSR de patient post opératoire hébergés n'est pas toujours adapté au niveau des constantes et des cibles. Un travail est programmé sur le sujet. L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise notamment en antibiothérapie avec le correspondant d'hygiène et d'antibiothérapie hospitalier, l'équipe d'EMSP pour les fins de vie, mais il n'y pas de recours à la télésanté. Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et les circuits de programmation sont connus des professionnels. Une IDE de programmation vérifie l'ensemble des dossiers des patients arrivant le matin d'une intervention (HC, ambulatoire) limitant les déprogrammations en rappelant les consignes lors de l'appel de la veille. La charte de bloc est en place, connue et respectée. Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient ; une checklist de départ au bloc opératoire est renseignée, ainsi qu'une checklist de brancardage. Des fiches de liaison et le logiciel du dossier permettent le suivi dans les services et facilitent les transmissions. Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace et adaptée au secteur comme l'endoscopie. Chaque checklist des patients traceur était renseignée. Les checklists sont évaluées. Le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé, sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins, le carnet de santé des enfants n'est pas demandé et n'est renseigné que lorsque la famille le demande. Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie, avec l'aide de l'EMSP hospitalière. Une Demande a été accordée en soins palliatifs. Elle entrera en vigueur au

deuxième semestre, après la formation qualifiante en soins palliatifs d'un médecin et d'une IDE, une IDE en poste de jour est détentrice d'un DU de SP. Une lettre de sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant, cependant l'ensemble des éléments donnés au patient n'intègre pas toujours la lettre de liaison, et ne sont pas toujours retrouvés en particulier les doses de GRAY lors des radios effectuées en SSPI pour les prothèses, le bilan thérapeutique des patients vulnérables en ambulatoire.

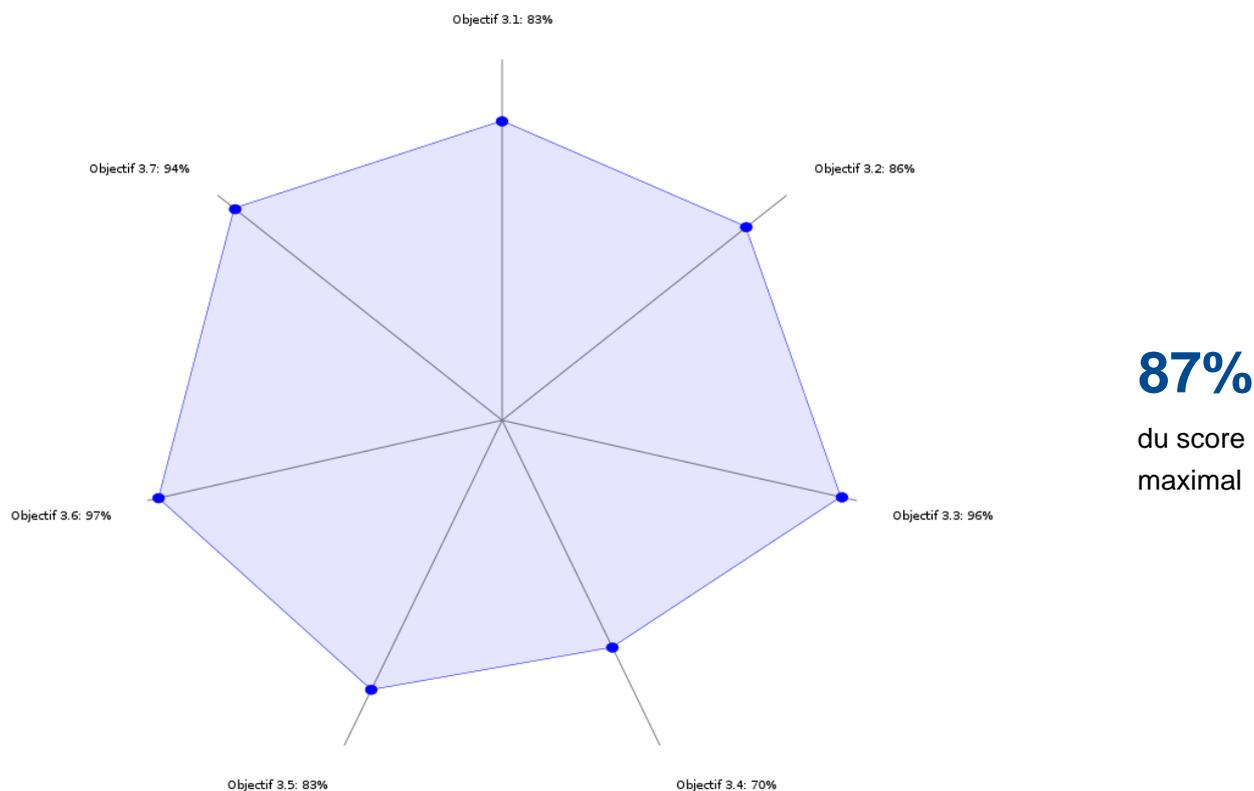
2.3- Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques

Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Une charte d'identification du patient est en place. La pose du bracelet d'identification, le recueil d'un document de vérification de l'identité, le questionnement ouvert sont connus des professionnels. Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires, les alertes ascendantes et descendantes sont gérées par la pharmacie le jour et le secteur de surveillance continue la nuit et le week-end qui prévient l'administrateur de garde. Les professionnels connaissent les correspondants des vigilances. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments. Un stock tampon (y compris thermosensible), est retrouvé dans le sas de la pharmacie dans un réfrigérateur et une armoire sécurisée. La dispensation en attente du transport dans les étages dans le SAS de la pharmacie a été sécurisée par une fermeture par badge pendant la visite, la porte du SAS de la pharmacie n'étant fermée que la nuit, la dotation en attente des étages n'étant pas hermétique. Cette dotation est transférée dans les bacs hermétiques partant de la pharmacie vers les services. La dispensation respecte la chaîne du froid et la législation des toxiques. Les IDE des services conservent la clé des toxiques sur elle. En SSR, la préparation des piluliers est réalisée pour une semaine de traitement par patient. Ces piluliers sont préparés par la préparatrice en pharmacie. Nous avons fait le constat de porte de salle de soins ouverte sans présence de professionnels. Les prescriptions sont informatisées et reprennent après validation le traitement personnel du patient. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments connaissent la règle des 5B, renseigne les motifs de non-administration du médicament qui est identifié jusqu'à son administration. Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque, dont la liste est spécifique à chaque service, les médicaments sont identifiés et sécurisés. Il en est de même pour les médicaments thermosensibles à risque. Les professionnels sont formés, connaissent les médicaments et appliquent le double contrôle notamment lors des dilutions. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques en dehors des produits des enfants se trouvant dans l'armoire adulte (ce qui a été corrigé pendant la visite) et de certains rangements d'unité de soins continu où l'étiquette de médicament se retrouve au fond de l'armoire sans être accessible à la vue (ce qui a été corrigé pendant la visite). Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie en hospitalisation complète, ce qui n'est pas systématique en ambulatoire. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle. La prescription de transfusion est effectuée dans le dossier patient informatisé, par le médecin anesthésiste, dans un onglet spécifique. Le protocole de transfusion est connu, consultable dans la gestion documentaire. La journée de formation Qualité et sécurité des soins IDE & AS (septembre 2022) inclut un volet Hémovigilance dispensé par les deux correspondants en hémovigilance (IDE). Un médecin est identifié et connu, responsable hémovigilance. L'EFS est situé à Albi. L'acheminement sécurisé des concentrés est assuré par une société d'ambulance ayant une autorisation de transport. Un bilan biologique de suivi est effectué à J+1 par le prescripteur. L'équipe hémovigilance assiste au congrès Hémovigilance Occitanie une fois par an. Un logiciel spécifique est utilisé pour le bilan qui n'évalue pas la pertinence de l'utilisation des PSL. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains et les précautions adéquates, standard et complémentaires. Le CLIN est actif sur l'établissement. Le président est un urologue. L'équipe opérationnelle d'hygiène est composée du président du CLIN, de l'IDE hygiéniste, de la directrice adjointe (coordinatrice de la gestion des risques) et des correspondants en hygiène infirmière référente de différents secteurs et aides-soignantes. Un rapport annuel est établi par le CLIN. Les solutions hydroalcooliques sont présentes dans les services et les professionnels rencontrés ne portent pas de bijoux ou de montre et se frictionnent en entrant et sortant d'une chambre par exemple. Des audits sont réalisés auprès des personnels des services : Pulp Friction, suivi quotidien de la mise

en place des précautions complémentaires, Quick audit "0 Bijou" prévu en fin d'année ou préparation de l'opéré au bloc opératoire (1 fois par semestre). Les patients disposent de distributeurs de SHA, et connaissent son utilisation. L'environnement du patient est propre. Le personnel soignant est formé aux précautions standards et complémentaires, et a à disposition des outils d'identification lors de précautions complémentaires à prendre (Affiche et pastilles autocollantes (de couleur selon le type) à apposer sur la porte de la chambre, chariot et équipements de projection, protocoles...). Les protocoles d'antibioprophylaxie par spécialité sont disponibles et consultables sur le logiciel de gestion documentaire interne. Un audit a été réalisé en mars 2023 sur 4 indicateurs : présence de la prescription effective, conformité de la molécule, conformité du moment de l'antibioprophylaxie, molécule, conformité de la durée. Cet audit a été restitué auprès des chirurgien et des médecins anesthésistes, en réunion de direction en présence du Directeur, Président de CME et de médecins anesthésistes. Un encart spécifique permet la prescription dans la feuille de consultation pré anesthésie : on y retrouve antibioprophylaxie oui / non, l'antibiotique, le dosage et l'heure. Un audit flash a montré une légère amélioration des scores. Les IDE sont formées à la prévention des risques infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs. Le matériel d'anesthésie est à usage unique. Au bloc opératoire, le personnel est formé à l'utilisation des dispositifs médicaux invasifs réutilisables et à sa décontamination /stockage. L'utilisation d'un tel dispositif est tracée dans le logiciel du bloc (OPTIM) qui alimente le dossier patient informatisé. Toute pose ou retrait d'un dispositif invasif est notifié dans le dossier du patient. Il existe des correspondants en hygiène dans les unités de soins. Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires, les circuits des patients et des professionnels, le port des tenues et des protections, l'absence de bijoux. La préparation de l'opéré est connue des professionnels et évaluée. La douche préopératoire fait l'objet d'une prescription dont l'observance est contrôlée à l'entrée en Ambulatoire ou en HC avec arrivée le matin de l'intervention. Le secteur d'admission des HC le matin est organisé avec des personnels dédiés. Le personnel d'endoscopie est formé en interne par les laboratoires à la décontamination et au stockage (endoscopes de gastroentérologie et fibroscopes en urologie par exemple), mais cette formation n'est pas qualifiante. L'utilisation des dispositifs est tracée dans le logiciel du bloc (OPTIM) qui alimente le dossier patient informatisé, et le matériel utilisé (endoscope, N° de série) est tracé dans le CRO. Chaque endoscope est recensé par type de dispositif dans un cahier de vie. Le risque ATNC est tracé et la checklist endoscopie est utilisée. La marche en avant n'est pas réalisable structurellement, le local de décontamination n'ayant qu'une seule porte. Toutefois, les pratiques professionnelles assurent la sécurité et la prévention du risques associés aux soins (bacs hermétiques pour transport du dispositif de couleur différente selon qu'il a été utilisé ou est en attente d'utilisation), absence de croisement non protégé des endoscopes propres et sales, le tout palliant l'absence de marche en avant architecturale. Le risque de dépendance iatrogène de la personne âgée est pris en compte à l'entrée, lors de la construction du projet de soins, le recueil des données et des besoins du patient. Un diagramme d'autonomie est réalisé à l'entrée et pendant le séjour en SSR et les professionnels rencontrés expriment leur volonté de rechercher l'autonomie du patient âgée en restant bien traitant. Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé. La promotion est réalisée par l'encadrement, et l'accès à la vaccination est facilité par la gratuité au sein de l'établissement. Les obligations vaccinales sont vérifiées à l'embauche. Le service d'imagerie est en système RIS et PACS, et les actes de radiologie sont effectués par des personnels habilités. Les comptes rendus de radiologie comprennent : la justification de l'acte et la procédure réalisée, le matériel utilisé et la quantité de dose reçue par le patient au cours de la procédure. Le système en place permet d'avoir les doses cumulées notamment lors d'utilisation des amplificateurs de brillance. Les doses de Grays délivrées au patient sont marquées sur les comptes rendus qui sont donnés à la sortie, mais ne sont pas toujours retrouvées sur la lettre de liaison ou le compte rendu opératoire, et le compte rendu des radios faites en salle de réveil ne comporte pas ces éléments. L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée, par le score de Chung et le passage d'un médecin. Le tout tracé dans le dossier. Le transport des patients respecte l'ensemble des éléments demandés. Les professionnels sont attentifs aux besoins des malades ; une checklist de transport est utilisée par les professionnels, et renseignée.

Les patients traceurs étaient renseignés de leur mouvement au sein de l'établissement. Les agents ont bénéficié de formations en adéquation avec leurs activités. 2.4- Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle. La plupart des équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques, notamment en chirurgie prothétique sur le pourcentage d'ISO ou d'événement thromboembolique, mais aussi en urologie dont les praticiens sont accrédités en équipe. Les résultats cliniques peuvent faire l'objet de publication en ophtalmologie. Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction et l'expérience de leurs patients, notamment des résultats d'e-satis et des questionnaires de satisfaction qui ont été conservés en raison de l'exclusion numérique de la personne âgée ou la non-couverture des réseaux due à l'isolement de certaines zones d'habitation. Les deux RU sont impliqués dans l'établissement. Ils participent aux audits, au livret d'accueil et aux instances. Ils ont les informations sur les indicateurs de qualité présentés en CDU, les plaintes et réclamations et le traitement des événements indésirables. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins, sont affichés dans les services, et sont majoritairement connus des professionnels. Les plans d'actions d'amélioration intègrent le PAQSS de l'établissement comme l'amélioration de l'item lettre de liaison à la sortie. Tout professionnel possède un accès sécurisé sur le logiciel qualité, avec en première page la possibilité de déclarer un événement indésirable. Le personnel est formé à la déclaration des EI lors des journées d'intégration (nouvel arrivant), info flash (rencontre des équipes au sein du service). Des documents sont remis au personnel lors des journées d'information : Protocole de circuit des EI, Flyer EI, charte de bonne pratique de signalement. Un bilan des déclarations est effectué par la cellule qualité avec le directeur de l'établissement, et la coordonnatrice de la gestion des risques, une fois par semaine. Lors d'un EIAS, les professionnels concernés (déclarant, cellule qualité, responsable de service...) ainsi que les professionnels entrant dans la boucle de la déclaration de cet EI participent à l'analyse sous la méthode ALARM, qui débouche sur un plan d'action. Par exemple, un CREX a permis des échanges et des plans d'action entre l'établissement CH Albi et la clinique. Un bilan annuel par thématique et par fonction de déclarant est communiqué aux réunions COPIL. Dans les unités, le bilan annuel est affiché par thématique et nombre de déclarations des EI du service, un suivi du nombre de déclarations et du nombre de réponses apportées est réalisé mensuellement et publié annuellement. La checklist a été systématiquement retrouvée dans les dossiers des patients traceurs. Elle est spécifique à chaque secteur (endoscopie par exemple), elle est analysée. Le Go/ No Go est en place. Les demandes d'examens de biologie médicale et d'anatomopathologie contiennent les renseignements cliniques et les motivations de la demande tracés sur le bon. Le laboratoire est en certification COFRAC. Les demandes d'examens d'imagerie médicale contiennent les renseignements cliniques du patient. L'établissement n'a pas de demande urgente en dehors des soins continus. Les radiologues participent aux RCP de cancérologie. Une information sur les activités de prélèvements et de greffes d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques est réalisée pour les professionnels et le public. L'établissement n'a pas d'habilitation aux soins critiques.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	83%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	86%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	96%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	70%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	83%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	97%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	94%

Chapitre 3 - L'établissement Synthèse du coordonnateur 3.1- L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. Il participe aux projets territoriaux de parcours, est intégré, au regard de son activité aux organisations territoriales permettant de fluidifier et sécuriser les prises en charge. Le ROR est actualisé chaque semaine. Il n'y a pas de télé médecine. Des conventions sont en place comme avec

la réanimation pour le transfert de patient vers le CH et les patients en situation palliatives peuvent être adressés par le CH pour une prise en charge urologique. Des partenariats sont en place entre la Clinique Claude Bernard en oncologie pour les situations d'oncogériatrie et le SSR Toulouse Lautrec. L'établissement s'intègre dans le développement des CPTS avec Albi et Gaillac. Il est aussi Membre du COPIL départemental ICOPE. L'établissement est en cours de réflexion pour le recrutement commun de praticiens en exercice partagé entre le CH d'Albi et la Clinique Toulouse Lautrec. L'équipe d'Urologie de l'établissement réalise une consultation secondaire dans la ville de Castres. Les résultats de l'IQSS lettre de liaison à la sortie sont suivis. Le plan d'action mis en place a permis d'atteindre un taux de conformité de 93% en SSR, la chirurgie progressant à 50% et l'ambulatoire à 29%. L'établissement ne dispose pas d'urgences générales, il hospitalise les personnes âgées directement dans les services après acceptation de la prise en charge par le médecin receveur. Pour les patients consultants au SMPS par un médecin généraliste qui accueille les patients du lundi au vendredi, les personnes âgées ne restent à l'accueil du SMPS que le temps de réaliser l'évaluation d'entrée et les éventuels bilans complémentaires. L'établissement favorise le maintien des lits l'été en gérant sa politique des ressources humaines par un Pool de vacataires de médecin sur le SSR par exemple, la loi Harispe est appliquée. Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément. Un standard téléphonique de la clinique est joignable 24 h / 24 h et chaque service de soins dispose d'une ligne directe. Lors de la sortie, les patients disposent des coordonnées téléphoniques leur permettant de joindre les professionnels en cas de nécessité. L'utilisation d'une messagerie sécurisée est généralisée. Les résultats d'analyses biologiques sont intégrés numériquement au dossier patient. Le cabinet d'imagerie est équipé d'un système d'information RI/PACS. La référente « BedManager » (mise en place pendant le covid) est en lien avec l'ensemble des établissements du territoire. Les praticiens alimentent le DMP, mais la consultation du dossier pharmaceutique n'est pas réalisée. L'établissement, n'est pas investi de missions universitaires, ne promeut pas la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire, en revanche certains praticiens peuvent intervenir dans les congrès. 3.2- L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient par e-satis, mais aussi par des questionnaires de satisfaction spécifique à chaque service. Des questionnaires de satisfaction spécifiques aux prises en charge ou par type d'hospitalisation sont donnés aux patients. Un questionnaire bientraitance est recueilli par les RU chaque année. Les résultats sont présentés en CDU et affichés dans les services. L'établissement doit relancer la mobilisation des actions d'expertise des patients, notamment dans les programmes d'ETP (BPCO, stomie et bariatrique), en commençant par la stomie. L'action est inscrite au PAQSS. L'établissement développe une communication centrée sur le patient basée sur l'annonce d'un dommage lié aux soins, le suivi des plaintes et réclamations. Des formations sont réalisées (bientraitance de la personne âgée, sensibilisation par les RU aux droits du patient), ou programmée sur l'écoute active, le tutorat ou la médiation. Les professionnels sont reconnaissables par leur tenue de couleur spécifique (IDE, AS, etc.). L'établissement intègre la bientraitance au projet de soins. Les professionnels sont sensibilisés par les RU chaque année. Une formation a été réalisée sur la bientraitance en 2023. Les procédures, guide et charte concernant le droit des patients sont formalisés. Les protocoles de repérage et la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients sont formalisés et les circuits de déclaration sont connus des professionnels. La lutte contre la maltraitance est inscrite au projet de soins et d'établissement. Une assistante sociale et deux psychologues sont disponibles au sein de l'établissement. Les professionnels rencontrés connaissent les signes de dépistage des situations de maltraitance comme les violences faites aux femmes et aux personnes vulnérables. Les professionnels sont sensibilisés par l'encadrement sur le terrain et annuellement par les RU. Une formation sur la gestion du stress permet de sensibiliser et de prévenir les situations de maltraitance dans les soins. Un questionnaire satisfaction des patients évalue la bientraitance et la prévention de la maltraitance. Ce processus n'est pas évalué, il n'existe pas de bilan annuel formalisé et les déclarations PMSI ne sont pas toujours réalisées. L'accessibilité des locaux aux personnes vivant avec un handicap est assurée, une rampe d'accès permet d'éviter les escaliers à l'entrée, certaines chambres et sanitaires sont adaptés aux handicaps moteurs. L'ascenseur patient

n'est pas équipé de bouton d'appel en braille. L'accès aux soins des personnes vulnérables est assuré, et le dépistage des carences en soins est réalisé lors de l'entrée (dénutrition, soins dentaire). Une assistante sociale, présente dans l'établissement, est sollicité par l'équipe de soins en cas de besoin. L'accès du patient à son dossier est organisé, une procédure est en place, définissant les délais et les circuits (secrétariat de direction). Les délais sont analysés et présenté en CDU L'établissement n'a pas encore favorisé l'inclusion dans des essais cliniques de patients éligibles. Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement, au nombre de deux, ils participent aux audits, au livret d'accueil, aux instances, et ont les informations sur les indicateurs qualités présentées en CDU.

3.3- La gouvernance fait preuve de leadership

La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Cette politique qualité est déclinée en 5 objectifs au sein du projet d'établissement, objectifs validés en CME. Le COPIL qualité gestion des risques se réunit chaque mois pour suivre l'avancée du programme d'action en cours. Les évènements indésirables sont analysés chaque semaine par la cellule de gestion des risques et un gestionnaire de risque associé aux soins est identifié. Un des deux pharmaciens est RSMQ. Les professionnels sont informés des démarches qualités et des réunions sont organisées avec fiches de présences sur les démarches des secteurs. Les équipes s'approprient les démarches, mais cette appropriation est inégale suivant les équipes de nuit.

L'établissement soutient une culture de sécurité des soins qui se coordonne autour de la cellule qualité gestion des risques qui décline le PAQSS par secteur d'activité, relayés par les comités et commissions. L'engagement de l'établissement dans une démarche volontariste et dynamique de la gouvernance pour déployer la culture qualité, par le suivi des groupes de travail identifiés dans le PAQSS, le suivi régulier des IQSS, des formations pour l'encadrement sur le management de la qualité (2j), des réunions de service avec l'encadrement et la responsable qualité, des points systématiques sont faits en début de toutes les instances. Les professionnels participent à la campagne nationale FORAP HAS de mesure de la culture de sécurité des soins et l'organisation chaque année de la semaine de la sécurité des patients. Le PAQSS est accessible aux professionnels, en lecture sur l'intranet. L'affichage qualité et les résultats des indicateurs sont visibles dans chaque service. L'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge est effective. Le planning des gardes et astreintes est affiché et connu des professionnels. La PDES concerne les urologues et les anesthésistes. Le planning des professionnels est disponible tous les 15 du mois, et la prise des congés est organisée. Le management favorise le travail en binôme, avec un pool de circulants permettant d'adapter les ressources humaines à la charge de soins. Un pool de vacataires est favorisé pour le remplacement des absences non prévues. La gestion des ressources humaines de l'unité est réalisée par l'encadrement. L'absentéisme est géré en interne (heures supplémentaires), sur l'établissement (échange de poste en fonction des compétences) ou en externe (recours à l'intérim). Les nouveaux arrivés suivent un plan de formation interne assuré par l'équipe en place. Le remplaçant travaille avec un CDI et dispose d'un livret d'accueil et de son code d'accès au logiciel dossier patient. Il peut arriver ponctuellement qu'un remplaçant recruté dans l'urgence n'ait pas ses codes d'accès et travaille la première journée avec le code de sa collègue (traceur ciblé). L'astreinte administrative est en place. Les responsables d'équipe disposent de formations qualifiantes en management, mais aussi à la certification et la gestion des risques, au coaching en 2020, à la gestion des incidents lors des gardes et astreintes de direction. Ces éléments sont partagés en équipe lors des réunions de Direction, puis lors des staffs d'encadrement avec les responsables d'unité.

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

Le recours au questionnement éthique par l'ensemble des professionnels intègre la réflexion bénéfique risque, le projet de soins, le respect de l'avis du patient et se retrouve dans chaque entretien patient traceur. Dans le cadre de la fin de vie cette réflexion est structurée avec l'aide de l'EMSP du CH d'Albi. Cette démarche individuelle n'est pas structurée de façon collective : on note l'absence de comité éthique, l'absence d'état des lieux des questionnements éthiques auquel l'établissement est confronté. Le questionnement éthique était traité au sein de la CDU avec les usagers, cette organisation n'a pas encore été relancée. Une demande d'adhésion à l'ERE (Espace de Réflexion Éthique) d'Occitanie est en cours. Le plan d'action est inscrit au PAQSS deuxième semestre 2023. La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe en mettant en place des soirées à

thème sur des sujets comme « plaie et cicatrisation », de communication sur l'activité d'urologie. Le management se réunit en CODIR, les commissions, réunions de service, sont des espaces d'échange complétés par la mise en place de groupe de parole. Des temps de transmission et des supports de transmission au changement d'équipe ou au transfert d'un patient d'un secteur à l'autre (bloc/hospitalisation) favorisent le travail en équipe. Les RCP, les projets de soins pluridisciplinaires sont en place dans chaque secteur. Les professionnels participent au traitement des évènements indésirables quand c'est nécessaire, mais ont un retour par le biais du logiciel de traitement. Le groupe d'urologie est accrédité en équipe et six médecins individuellement. Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont vérifiées à l'embauche, par une vérification des diplômes et de l'adéquation des compétences à la fiche de poste. Un entretien annuel d'évaluation est formalisé. Le plan de formation annuel intègre les formations réglementaires (AFGSU sécurité incendie). Des formations diplômantes sont proposées aux professionnels dont certaines ont été réalisées, DU plaie et cicatrisation, douleur, stomathérapie, soins palliatifs, VAE agent de stérilisation. Des formations sont en cours sur les soins palliatifs (un médecin, une IDE) en vue de l'attribution de lits dédiés.

3.5- Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance. La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail, un projet social et une QVT intégrée au projet d'établissement. Un référent QVT est en cours de formation. Un groupe de travail sur le thème se réunit régulièrement. Une enquête de satisfaction annuel des personnels a été réalisée en 2021 et 2023. Une journée « bien-être » est organisée chaque trimestre. Les indicateurs RH prennent en compte la base de données économiques et sociales (BDES). Le suivi des Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) est réalisé. La gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits est réalisée en proximité par l'encadrement puis si nécessaire par la Direction. Les psychologues de l'établissement peuvent intervenir en soutien et l'équipe peut faire appel à un psychologue extérieur. Il n'y a pas de médiateur formé à la gestion des conflits. Les professionnels peuvent solliciter la psychologue du service (3 séances sont prises en charge par l'établissement).

3.6- L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté. Les tensions hospitalières et les situations sanitaires exceptionnelles concernant l'établissement sont identifiées (pandémie grippale, risques NRBC) en tant qu'établissement de troisième ligne (conformes au plan ORSAN élaboré par l'ARS). Un plan blanc est formalisé et mis à jour annuellement. Il prend en compte l'accueil et la prise en charge des patients hors NRBC. Chaque membre de la cellule de crise (formation en 2022) est mobilisable en 45mn et possède sa fiche action. Un exercice de déclenchement de la cellule de crise est réalisé annuellement mais ne fait pas l'objet de RETEX. Les procédures sur les vigilances ont été élaborées et chaque vigilance à un référent identifié. La vaccination grippale est recommandée et facilitée au sein de l'ETS. Le responsable de la sécurité des systèmes d'information est identifié au niveau du groupe. Le schéma directeur du système d'information SDSI est intégré au projet d'établissement. Une charte Administrateur-Helpdesk est mise en place, le protocole de signalement des incidents grave de sécurité et des systèmes d'information est formalisé. La charte informatique à destination des professionnels est intégrée dans le livret d'accueil du nouvel arrivant. Les professionnels disposent de login et de mot de passe dont la modification est mensuelle. Les login et mot de passe sont attribués à chaque professionnel avec ses droits de lecture et d'écriture spécifiques. Le temps de login est paramétré. La procédure dégradée est en place. L'établissement est inscrit au programme HOP'EN et suit les indicateurs HOP'EN et SUN-ES. L'établissement réalise des exercices de simulation de « Phishing », et de déclenchement de mode dégradé. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens, intégrant la convention « santé-sécurité-justice » est formalisée et assurée par un référent en lien avec le service de police. La référente sécurité est titulaire d'un SSIAP3. La formation annuelle incendie est inscrite au plan de formation et est réalisée par un prestataire habilité. Le personnel technique dispose d'une habilitation électricité. Les systèmes de « sécurité incendie » et de vidéoprotection sont en place. La procédure de fugue d'un patient est formalisée. Il en est de même pour le risque suicidaire. La sécurisation des objets personnels des patients est possible par la dépose au coffre de l'établissement. Les conduites à tenir face à une agression sont connues des professionnels rencontrés. Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont pris en

compte par l'établissement. Un référent est identifié et un groupe de travail est en place. L'autodiagnostic « développement durable » a été réalisé en mai 2023. La réalisation d'un plan d'action est inscrite au PAQSS de l'établissement. La consommation d'eau et d'énergie est connue et un plan de maîtrise est en place. Le tri des déchets est réalisé, les locaux sont conformes aux règles d'hygiène. Lors des observations, un certain nombre de digicode limitant l'accès aux locaux DASRI n'étaient pas fermés. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement, les professionnels disposent de chariots d'urgence scellés, dont la vérification est tracée. L'urgence vitale des enfants fait l'objet d'action d'amélioration (finalisation pendant la visite) en séparant le matériel enfant et adulte. Le numéro d'appel unique est connu des professionnels et affiché dans les services. Les numéros des scellés à usage unique des chariots ne correspondent pas toujours à la traçabilité des cahiers de vérification. Le plan de formation comprend la programmation de l'AFGSU des professionnels, complété par des formations interne par un médecin et une IADE.

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

La gouvernance organise la veille réglementaire et diffuse les alertes des vigilances. Les recommandations des sociétés savantes et de la HAS sont accessibles et diffusée pour s'assurer des bonnes pratiques des professionnels. La cellule qualité avec les professionnels concernés met à jour les protocoles, les procédures et les audits de pratique. Les professionnels ont accès aux abonnements pris par l'établissement, (HAS, ANSM, Légifrance, Hospimedia, SFAR, FHP, REPIAS, OMEDIT) et aux revues professionnelles. La pertinence des admissions avec définition d'indicateur d'alerte n'est pas en place. L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité à travers l'implication des usagers dans les instances, dans certains projets comme la prise en compte du handicap dans l'établissement ou à la semaine sécurité. Les résultats des questionnaires de satisfaction et d'e-satis présenté en CDU génèrent un plan d'action intégrant le PAQSS. Des questionnaires de qualité de vie sont exploités en RDJ. L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins, par affichage dans les services des résultats des IQSS et des différents indicateurs qualité gestion des risques, personnalisé pour chaque service. Le suivi du tableau de bord des indicateurs est réalisé par le COPIL, qui suit l'avancée des actions d'amélioration des résultats, par exemple sensibilisation des cabinets médicaux sur la lettre de liaison à la sortie. Les indicateurs qualités sont présentés en CDU aux représentants des usagers. La procédure du circuit de déclaration et de traitement des événements indésirables est formalisée. Le logiciel de signalement des événements indésirables est connu et accessible à tous les professionnels. Le coordonnateur de la gestion des risques, le directeur et une assistante qualité suivent et évaluent de façon hebdomadaire les déclarations. Les événements indésirables graves font l'objet d'une analyse des causes profondes selon la méthode ALARM ; les actions issus des CREX sont intégrées au PAQSS. Le bilan annuel des événements indésirables est présenté dans les différentes instances et la CDU. Une affiche reprend le bilan qui est affiché dans chaque secteur. L'accréditation des médecins concerne 6 médecins et des équipes médicales concerne l'équipe d'urologie (6 médecins). Le suivi de l'accréditation des médecins est inscrit au PAQSS. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :

- Evaluer les corrections apportées en visite sur les problématiques des mineurs ;
- Réévaluer de manière systématique l'antibiothérapie ;
- Maintenir la sécurisation du sas de la pharmacie dans lequel se trouve le stock tampon ;
- Impliquer l'ensemble des professionnels dans le PAQSS.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	810101162	SA CLINIQUE TOULOUSE LAUTREC	2 rue jacques monod Val de caussels 81035 ALBI Cedex 9 FRANCE
Établissement principal	810101170	CLINIQUE TOULOUSE LAUTREC	2 rue jacques monod Val de caussels 81035 ALBI Cedex 9 FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	6
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	100
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	15
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	377
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	53
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	10
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
2	Audit système			
3	Traceur ciblé			Médicament à risque injectable : Prescription à administration
4	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
5	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
6	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Chirurgie et interventionnel	

7	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
8	Audit système			
9	Traceur ciblé			transport couché : chambre > bloc > chambre
10	Audit système			
11	Traceur ciblé			Désinfection des endoscopes
12	Audit système			
13	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie + Per opératoire
14	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
15	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p>	

16			Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
17	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins critiques	
18	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
19	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
20	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
21	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé	

			Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
22	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
23	Traceur ciblé			Médicament à risque Per Os : Prescription à administration
24	Traceur ciblé			Antibiotique injectable : Prescription à administration
25	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
26	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation Chirurgie et interventionnel	
27	Audit système			
28	Audit système			
29	Audit système			
30	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
	Patient		Tout l'établissement	

31	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
32	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
33	Traceur ciblé			PSL
34	Audit système			
35	Audit système			
36	Audit système			
37	Audit système			
38	Audit système			
39	Audit système			

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

