



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE - HOPITAL LUCHON

**5 cours des quinconces
31110 Bagneres-De-Luchon
JUN 2016**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	27
DOSSIER PATIENT	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	36

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.
Elément d'investigation obligatoire	Elément-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

CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE - HOPITAL LUCHON	
Adresse	5 cours des quinconces 31110 Bagneres-De-Luchon
Département / région	HAUTE-GARONNE / MIDI-PYRENEES/LANGUEDOC-ROUSSILLON
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens		GCS DES HOPITAUX DU COMMINGES	31 antichan de frontignes 31510 ANTICHAN DE FRONTIGNES
Entité juridique	310180013	LES HOPITAUX DE LUCHON	5 cours des quinconces Bp 88 31110 Bagneres-De-Luchon
Etablissement de santé	310000013	CENTRE DE CONVALESCENCE ET GERONTO DE LUCHON	4 avenue alexandre dumas 31110 Bagneres De Luchon
Etablissement de santé	310784558	CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE - HOPITAL LUCHON	5 cours des quinconces 31110 Bagneres-De-Luchon

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	116	7

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	/
---	---

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	OUI

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandation d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

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 n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité de santé.

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
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	CRF	/			SSR
2	Personne âgée	Centre de Convalescence	/			SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

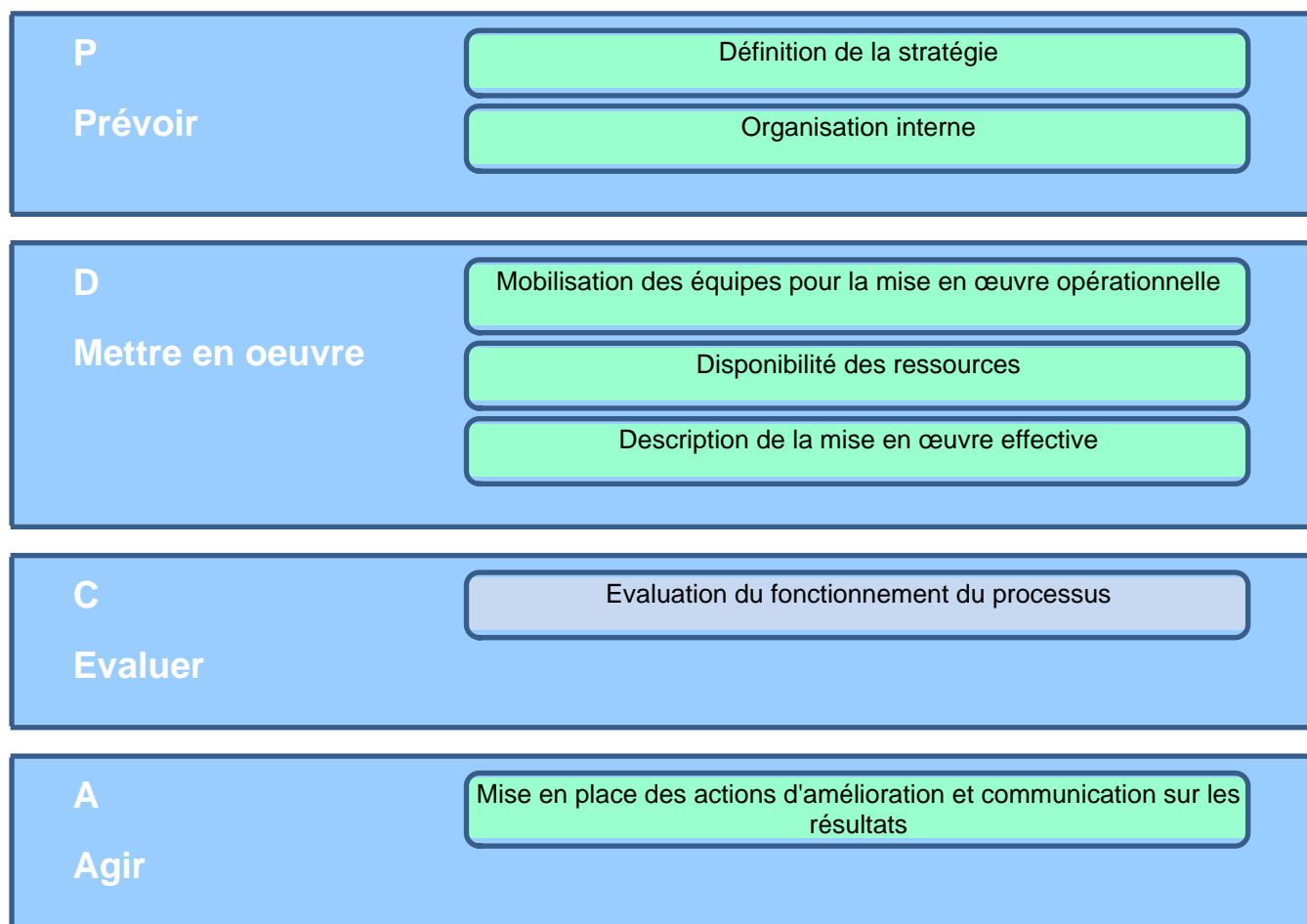
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La « politique de qualité et sécurité de la prise en charge » dont la « Politique d'Evaluation de Pratiques Professionnelles » sont les documents de référence actualisés et validés (dernières versions datant d'octobre 2013), ayant servi à la définition de la stratégie relative au management de la qualité et des risques.

La stratégie de l'établissement est adaptée aux pathologies des patient reçus : Affections de l'appareil locomoteur, affections du système nerveux, affections de la personne âgée poly pathologique dépendante ou à risque de dépendance.

L'élaboration de cette stratégie est le fruit d'un travail collectif et s'appuie sur les directives de l'ARS Midi Pyrénées (Objectif stratégique 11 du CPOM 2013 - 2017).

La stratégie repose sur une identification effective des besoins et sur l'analyse des risques propres à l'établissement (décisions V2010, IQSS, EPP, évaluations internes).

Pour l'élaboration du Compte qualité, les risques ont été identifiés, hiérarchisés, priorisés ; leur plans d'actions dans le PAQSS suivent la même logique.

La commission médicale d'établissement (CME) et la commission des soins infirmiers de rééducation et médico technique (CSIRMT) ont contribué à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en étudiant les risques liés à :

La lutte contre les infections associées aux soins, les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire, la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles, la prise en charge de la douleur, la prise en charge nutritionnelle, l'organisation et de l'amélioration des prises en charge, la formalisation du projet de soins, la tenue du dossier patient, le plan de développement professionnel continu.

L'analyse des risques a posteriori est organisée, en particulier par le croisement des événements indésirables et des réclamations, pour toutes les étapes de la prise en charge du patient, aux interfaces, au regard des différentes catégories de populations et de leur degré de vulnérabilité ou des différentes pathologies.

La Politique d'amélioration continue de la Qualité et de la Sécurité est formalisée au travers de 13 axes majeurs :

1. Poursuivre le déploiement de la démarche qualité
2. Faire vivre la culture qualité et favoriser la participation de tous les acteurs
3. Développer les actions de communication, de sensibilisation et de formation
4. Consolider la cartographie des risques
5. Recueillir et analyser les événements indésirables : faire vivre la politique du signalement et soutenir l'utilisation des fiches de signalements
6. Recueillir les événements indésirables graves
7. Maintenir et consolider les organisations pour faire face aux situations de crise
8. Promouvoir les bonnes pratiques professionnelles
9. Améliorer les soins de support
10. Développer une politique de juste prescription
11. Améliorer de la prise en charge des patients
12. Développer l'écoute et la promotion des droits des patients
13. Déployer les démarches de certification.

La politique est sourcée par des réunions pluri-professionnelles et les personnels sont associés à chaque étape de la démarche qualité et gestion des risques pour s'engager vers une amélioration systématique et continue de leur activité.

Elle couvre l'examen et la réponse aux obligations légales et réglementaires, la gestion de crise, le plan blanc.

Les hôpitaux de Luchon développent leur culture qualité et sécurité aux travers des démarches de certification, mais également par le travail en direction commune avec le centre hospitalier Comminges Pyrénées et notamment par la création d'une direction commune relative à la qualité et à la sécurité des soins. La volonté de cette démarche est de progresser dans la gestion des missions quotidiennes liées à l'activité de l'établissement, par les définitions de politiques spécifiques, ainsi que d'accroître l'efficacité afin de concilier les contraintes budgétaires et ressources tout en pérennisant la qualité des soins pour les patients. 4 axes sont définis (les soins, la qualité et la gestion des risques, les patients, le personnel).

Sur la base de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, il est proposé au directeur et à la CME le programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

L'implication et l'engagement de la direction, de la CME, du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ont été un préalable à la définition et à la mise en œuvre d'une politique structurée d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Ils valident la démarche, affirment les objectifs de l'établissement, contribuent à la mise en œuvre effective et à l'impulsion d'une dynamique de changement étendue à l'ensemble des acteurs de l'établissement. Les anciennes instances et commissions de la V2010 impliqués dans la démarche qualité ont été pérennisées, chargées du suivi des décisions de la certification V2010 et des projets qualité inscrits dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS).

ORGANISATION INTERNE

L'engagement de la direction et de l'ensemble des acteurs s'inscrit dans les faits par la mise en place d'une organisation structurée et se décline à plusieurs niveaux :

Le comité de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins, la cellule d'analyse et de suivi des événements indésirables, la commission en charge de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le service de la qualité et des risques associés aux activités de soins, rattaché à la direction des soins est composé du Directeur qualité - directeur des soins, du président de la CME, pharmacien, responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et de l'assistante qualité.

Les cadres de santé ont été nommés « référents qualité » dans les services.

La CME et la CSIRMT contribuent à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment : la réflexion sur l'éthique, l'évaluation de la prise en charge des patients, le fonctionnement de la permanence des soins, l'organisation des parcours de soins.

Les missions principales sont définies, organisées et formalisées :

- Collaborer à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins avec le président de la CME et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins,
- Elaborer le programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi, et assurer son suivi,
- Mettre en place des outils de mesure, d'évaluation et définir des indicateurs pertinents,
- Mettre en œuvre, optimiser et évaluer la gestion documentaire,
- Informer, conseiller et sensibiliser les professionnels sur les enjeux de l'évaluation des pratiques professionnelles et l'apport des actions d'évaluation des pratiques professionnelles pour l'amélioration de la prise en charge du patient et de la qualité des soins,
- Apporter des conseils et un soutien méthodologique dans la réalisation et la formalisation des actions d'EPP,
- Soutenir le déploiement de la qualité et de la gestion des risques par la formation,
- Participer à la communication autour des démarches qualité et gestion des risques,
- Optimiser les circuits d'information alimentant le système de management de la qualité et de la gestion des risques,
- Coordonner les organisations pour la gestion de crise,
- Organiser la procédure de certification V2014.

Le principal objectif poursuivi par l'établissement est de rendre la démarche qualité accessible aux professionnels de l'établissement.

L'établissement a identifié les compétences des pilotes comme indispensables pour bâtir une stratégie de gestion de la qualité et des risques et une organisation cohérentes. Ces professionnels sont formés aux méthodes et outils de management de la qualité, de la gestion des risques et de l'évaluation.

Ils sont chargés de sélectionner les méthodes pertinentes pour l'identification et l'analyse des actions à mener. Le Directeur qualité a été recruté en juin 2014 pour diffuser une culture de la qualité et de la maîtrise de l'ensemble des risques dans l'établissement, mettre en œuvre une culture pérenne de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques professionnelles, former et informer les différents acteurs et animer le système mis en place.

Les pilotes ont reçu une formation continue (HAS, organismes extérieurs, congrès et organisations professionnelles) pour compléter leur formation initiale.

En outre un bureau a été créé à l'hôpital pour l'assistante qualité.

Les règles et procédures sont définies, formalisées et validées. Un dispositif structuré de gestion documentaire papier est organisé.

Un plan de formation pluri-annuel est défini pour les professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le déploiement des objectifs « Qualité et Sécurité des Soins » sur le terrain repose sur des référents :

L'ingénieur qualité et gestion des risques est chargé de l'animation des démarches qualité et gestion des risques sur les pôles. Il élabore avec le Directeur chargé de la qualité et des risques et la cadre supérieur de santé du service le programme qualité et gestion des risques du pôle en collaboration avec son exécutif, l'anime et en réalise une évaluation régulière.

La stratégie de l'établissement est communiquée aux professionnels qui participent à différents groupes

de travail :

CIV Cellule d'Identitovigilance

CAFC Commission d'Analyse des Fiches de déclaration de Chutes

DPA-IPAQSS Dossier du patient

Groupe Bientraitance Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

PEC Douleur Groupe Prise en charge de la douleur (émanation du CLUD commun)

ETHIQUE Groupe de réflexion sur les sujets éthiques en établissement hospitalier.

Le référent Revue morbi-mortalité (RMM), est chargé d'accompagner les services dans la mise en place de RMM avec l'assistance du Président de la CME et des médecins chefs de pôles ;

Dans chaque direction fonctionnelle les aspects relatifs à la qualité et à la gestion des risques sont pilotés par les directeurs adjoints

L'Assistante Qualité des hôpitaux de Luchon soutien le déploiement de la démarche.

De plus, les personnels de l'établissement identifiés comme ayant une expertise dans un domaine de risques (par exemple risques environnementaux), un domaine qualité (soins palliatifs, douleur...), dans une thématique, interviennent ponctuellement au sein de commissions ad hoc, ou sont détachés temporairement sur un projet.

Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins assure les missions d'organisation de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins tel que précisé dans le décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010.

Sont également impliqués dans la démarche qualité et gestion des risques :

- La direction des ressources humaines et le service de santé au travail pour la prévention des risques professionnels,
- Les professionnels impliqués dans la gestion des autres risques, associés ou non aux soins, dont ceux des domaines bio-médical, technique, environnemental, logistique,
- Le médecin responsable du département d'information médicale.

Les objectifs assignés aux secteurs sont de définir et de mettre en place des actions de maîtrise des risques critiques.

Les professionnels ont été sollicités pour l'identification des risques et le choix des plans d'actions prioritaires.

Ils sont informés des risques principaux et des priorités retenues.

Des actions périodiques d'évaluation et d'amélioration (notamment indicateurs, EPP, CREX, RMM, déclarations d'EI) ont été choisies par les secteurs d'activités.

L'hôpital a développé l'analyse des causes profondes touchant les EIG. Les professionnels ont été sensibilisés pour identifier des événements récurrents pour en réduire la fréquence et la gravité : L'analyse des événements indésirables en 2012 comparée à ceux de 2015 (fin d'année) montre une déclaration toujours importante des chutes par exemple. Cependant leur nombre a baissé. Le taux de déclaration d'événements indésirables autres que les chutes a augmenté.

Les professionnels sont informés des résultats de l'évaluation.

Au regard des résultats, les cadres de santé et les référents des groupes de travail identifient les actions correctives avec la participation des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence (effectifs, formations) sont disponibles :

- Les actions de formation à la qualité, et d'information sont intégrées dans le plan de sensibilisation global de l'établissement.
- Des journées de correspondants hygiène ont été proposées.
- Des actions de formations ont été menées par exemple sur la gestion des risques associés aux soins, l'erreur médicamenteuse, la prévention de l'incendie, l'AFGSU, l'hygiène de vie au travail, les risques psycho sociaux, la prévention des Troubles Musculo Squelettiques, la gestion du patient agressif, la manutention...
- Des modalités de recrutement et d'intégration des nouveaux arrivants et des intérimaires sont définies. Un système de doublon et de tutorat est prévu.
- Les outils de formation à l'analyse processus, à la priorisation des risques versus Compte qualité ont été utilisés.

Une sensibilisation a été faite sur la procédure de déclaration des événements indésirables.

Les ressources documentaires adaptées (veille réglementaire, bonnes pratiques, dispositions légales), sont disponibles grâce à un dispositif de gestion documentaire papier, actualisé en continu et accessible par tous les professionnels.

Le service qualité fournit aux professionnels une logistique adaptée et des documents utiles.

Ces outils ont été actualisés en 2013, 2014 et 2015.

L'établissement met à disposition des comités et des groupes de travail les ressources matérielles nécessaires.

La maintenance préventive et curative est déployée à l'échelle de l'établissement pour assurer notamment la sécurité des biens et des personnes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis

pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

L'hôpital continue sa démarche d'analyse a priori des risques. Il s'appuie sur manuel de certification des établissements de santé V2010. En vue de la V2014 il a repris l'analyse des risques par processus.

Il a défini une représentation graphique des processus et de la criticité attachée à chacun d'entre eux (cartographie des risques). Le document unique a décrit les risques au travail. Trois méthodes ont été plus particulièrement utilisées : HACCP, RABC et AMDEC.

Le dispositif de gestion des événements indésirables est connu et utilisé par l'ensemble des professionnels de l'établissement. Il permet leur déclaration et en facilite l'analyse, le retour, l'exploitation statistique et cinétique. A noter que le signalement est en augmentation régulière.

L'analyse par le service qualité permet de réajuster la fréquence et la gravité des éléments de la cartographie des risques.

Les EIG déclarés sont au nombre de 5 pour l'année 2014. Ils ont fait l'objet d'une analyse à l'échelle de l'établissement par la méthode CREX. Celle-ci est maîtrisée par les acteurs concernés par l'EIG et a donné lieu à des actions d'amélioration à l'échelle des services.

Les professionnels participent à l'élaboration des démarches d'EPP.

Les équipes rencontrées par les experts visiteurs ont montré leur connaissance des objectifs stratégiques définis par l'établissement ainsi que la mobilisation sur les risques inhérents aux pathologies des patients soignés par chaque service, aux spécificités de chaque prise en charge et aux risques particuliers qu'ils rencontrent.

La participation des représentants d'usagers à la mise en œuvre de la politique a été recherchée, notamment par un rapport complet transmis à la CRU.

Les objectifs poursuivis par chaque action du PAQSS sont suivis par les professionnels qui participent à des groupes de travail, commissions et EPP qui les concernent.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des audits et des enquêtes ont été diligentés. Pour la qualité de la prise en charge médicamenteuse, l'outil ARCHIMED a été utilisé.

Des indicateurs ont été définis en cohérence avec les risques identifiés.

Les résultats sont suivis par le service qualité et permettent d'alerter l'établissement et les professionnels sur les seuils des points critiques quand ils sont atteints.

Leur présentation sous la forme de tableaux de bord est à fréquence semestrielle (indicateurs qualité) et annuelle (indicateurs de satisfaction du patient).

Les tableaux de bords sont présentés en instance et analysés.

A cette occasion ils sont discutés et donnent lieu à des éventuelles actions ou consignes données aux équipes.

Les chefs des services et les cadres sont chargés de les expliquer dans les services, ils sont portés à la connaissance des professionnels.

La CME est chargée des actions d'évaluations des pratiques professionnelles. L'établissement a procédé au déploiement de 7 démarches d'EPP en routine, en cours ou réactivées, avec l'engagement effectif des professionnels.

1. PEC nutritionnelle du sujet âgé
2. Prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé
3. Pertinence des prescriptions des contentions physiques passives
4. Pertinence de l'organisation de la sortie du patient
5. PEC des troubles du comportement perturbateurs chez la personne âgée
6. Gestion des armoires à pharmacie dans les unités de soins
7. PEC du patient qui présente une escarre constituée dans les unités de soins.

L'exploitation des plaintes et des réclamations est conforme aux attendus et permet une réponse dans les délais aux patients insatisfaits. Elle implique les professionnels et représentants des usagers et contribue à l'élaboration du PAQSS.

Le plan de formation pluri-annuel par les professionnels de santé pour la qualité de la PEC des patients est évalué annuellement et systématiquement présenté en CRUQPC.

Les indicateurs nationaux sont publiés à l'attention des tutelles et du grand public.

Le système de management de la Qualité et la Gestion des Risques est ainsi évalué avec des indicateurs de qualité, d'activité et de ressources adaptés.

D'autres indicateurs d'activité (tableaux de bords financiers), de ressources humaines et de gestions des emplois et des compétences sont suivis.

A / AGIR

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

L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins non totalement satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque.

L'ensemble de cette analyse statistique et cinétique est présentée lors des réunions de CRUQPC.

Le programme d'amélioration associé est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations, de nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints.

Le réajustement du programme et de la politique qualité / gestion des risques est décidé en CME.

La politique est révisée et validée chaque début d'année après bilan du programme de l'année précédente.

Le bilan annuel présente les résultats de l'ensemble des actions menées, il fait l'objet d'une diffusion à l'échelle de l'établissement.

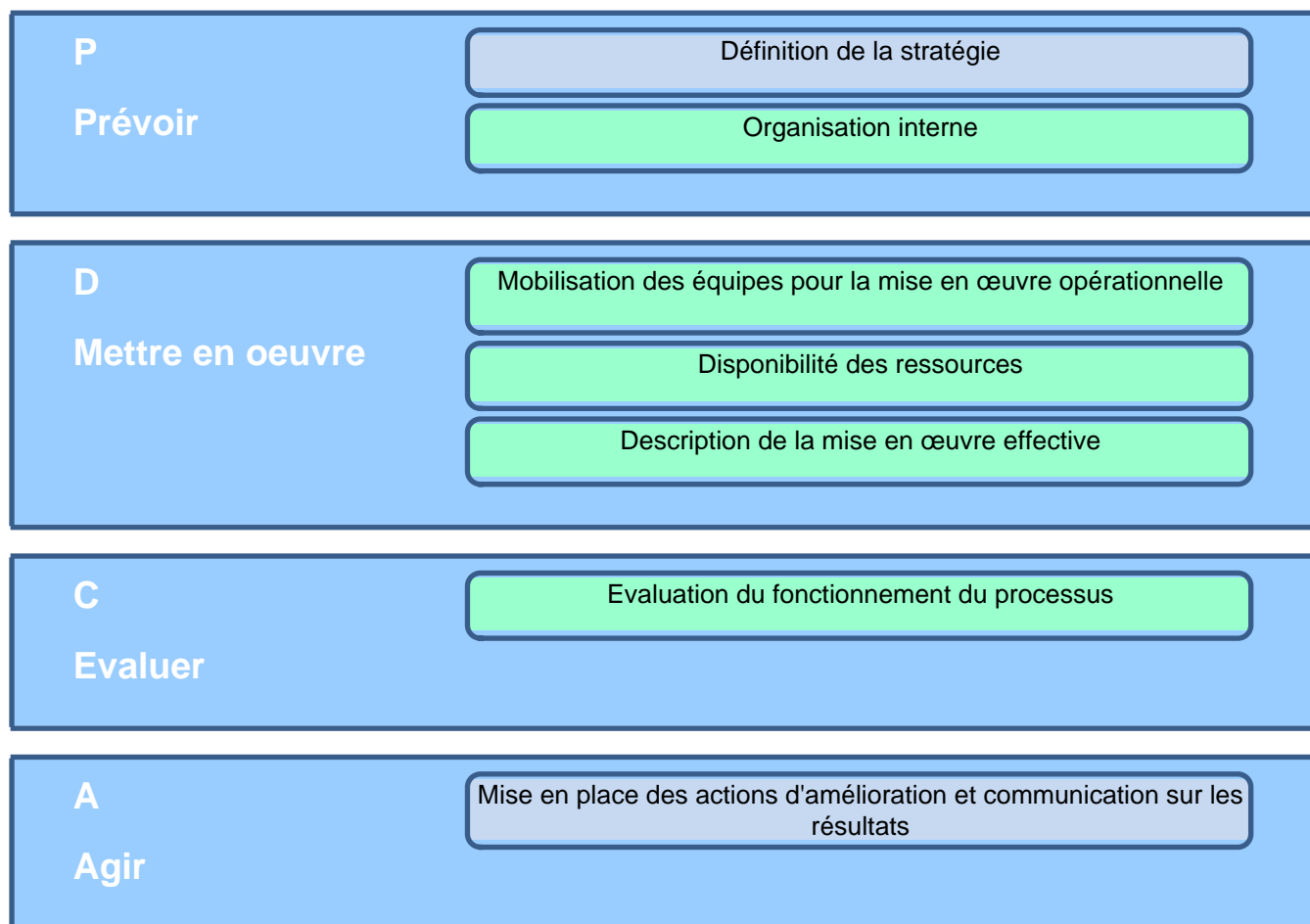
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie de maîtrise du risque infectieux, élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques. Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques. Le CLIN du centre hospitalier de Luchon est le responsable de la définition et de la mise en oeuvre de cette politique sur les 2 sites.

Le président du CLIN est également pharmacien et président de la CME.

Clairement définie dans le projet d'établissement, la politique de surveillance et de prévention du risque infectieux est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé qui prévoit les ressources et modalités de suivi.

Le CLIN élabore chaque année un rapport d'activité et un plan d'actions pour l'année à venir.

Un projet de regroupement du CLIN du centre hospitalier de Luchon avec celui du centre hospitalier de Saint Gaudens est en cours (en 2015 un seul CLIN s'est tenu à Saint Gaudens).

La stratégie est intégrée dans le projet d'établissement 2015-2020. Il y est décrit l'organisation et les moyens adaptés à la mise en oeuvre, en concertation avec la CME, le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH).

Cette stratégie a été révisée début 2014 et validée par les différentes instances.

Son élaboration est institutionnelle et multidisciplinaire, elle comporte trois objectifs principaux : développer une politique globale de gestion des infections liées aux soins conformément à la réglementation, mobiliser et former les acteurs de la prise en charge du patient à la prévention et à la maîtrise du risque infectieux, agir sur les déterminants du risque infectieux.

Elle cible les points de contrôle du risque infectieux depuis la consultation du praticien jusqu'à la sortie en passant par l'accueil, la prise en charge médicale et paramédicale, les actes interventionnels et leur suivi.

Les éléments de cette stratégie se déclinent en termes de surveillance et de signalement des infections liées aux soins, de mesures de prévention, d'actions de formation et d'information, d'évaluation et de suivi d'indicateurs.

L'ensemble de ces actions est inscrit dans le Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) 2015-2020.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Un CLIN est en place avec une équipe opérationnelle d'hygiène qui utilise un réseau de correspondants en hygiène.

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

Au niveau de l'établissement on identifie 1 IDE, 3 AS au niveau du centre de rééducation, et 1 IDE et 1 AS au niveau du centre de convalescence.

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

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

Toutefois, les ressources matérielles ne sont pas totalement prévues : Il n'est pas prévu de matériel adapté pour assurer le nettoyage des laves bassins (sacs de protection type "carebag"), réduire ainsi le risque de contamination par les excréta.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment aux procédures de signalement des infections nosocomiales.

Les correspondants en Hygiène formés par l'IDE Hygiéniste assurent le relais dans les services de soins auprès des professionnels du centre de rééducation et du centre de convalescence.

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin. Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels. Les résultats en sont communiqués aux équipes par les instances et l'encadrement.

La formation des professionnels à la prévention du risque infectieux fait l'objet d'une inscription spécifique dans le plan de formation institutionnel (formation aux précautions standard notamment).

Les résultats de la surveillance de la consommation des antibiotiques sont présentés en CLIN.

<p>La surveillance des infections associées aux soins se fait au travers des différents réseaux régionaux ou nationaux (ATB-BMR, AES,).</p> <p>L'information des professionnels est réalisée sur le terrain par l'EOH, lors des réunions de services ou des réunions des référents en hygiène, au moment de la campagne annuelle hygiène des mains ou de la semaine sécurité des patients.</p> <p>Les services techniques participent à la maîtrise de l'environnement (gestion de la qualité de l'air et de l'eau) en collaboration avec l'EOH et les prestataires externes.</p>
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
<p>L'établissement dispose d'effectifs formés, de ressources en compétences EOH, ainsi que de matériel (hygiène, bionettoyage, etc.) en adéquation avec ses besoins.</p> <p>Les ressources documentaires sont disponibles dans les secteurs d'activité.</p>
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
<p>Le secteur d'activité met en oeuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Le projet de service/secteur traduit les objectifs institutionnels en plans d'actions d'amélioration spécifiques au secteur. Les acteurs sont associés (équipes, instances, usagers, patients). La traçabilité des actes réalisés est assurée.</p> <p>En effet, une procédure est en place pour faciliter la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure. La prescription des antibiotiques est nominative ; elle est transmise au pharmacien sous la forme d'une fiche de signalement.</p> <p>Un livret d'antibiothérapie a été élaboré, il est à la disposition des médecins dans le but de limiter au maximum l'utilisation irrationnelle de certains antibiotiques, et donc de réduire l'apparition de résistances.</p> <p>Cependant, la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure n'est pas systématique : sur le terrain, l'analyse de plusieurs dossiers sur les 2 sites de l'établissement a montré que cette traçabilité n'était pas effective.</p> <p>L'établissement a mis en place diverses procédures de signalement et des prise en charge des AES.</p> <p>Le suivi des réseaux d'eau chaude est assuré par un prestataire avec des prélèvements réguliers sur les zones à risque (bras morts, ballons d'eau chaude, etc) ; des mesures correctives sont prises en cas de résultats positifs.</p> <p>Les patients porteurs de BMR sont identifiés au niveau de la planification murale ainsi que sur le dossier de soins ; une affiche est apposée sur la porte de la chambre indiquant les consignes pour les visiteurs ; un portique avec le matériel nécessaire pour les soins se trouve devant la porte de la chambre.</p>

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
<p>L'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre du plan d'actions du processus sont assurés régulièrement par l'IDE hygiéniste sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, etc.). Les indicateurs ICATB.2 et ICALIN 2 sont mesurés en continu. Les résultats sont présentés au CLIN.</p> <p>Un suivi des BMR est assuré par le Pharmacien (président du CLIN) au travers de signalement des infections et par le suivi des BMR assuré par le laboratoire de biologie de ville. Un suivi des infections à Clostridium Difficile est actuellement en cours ; l'établissement assure aussi le suivi des infections urinaires sur sonde.</p> <p>Une enquête de prévalence annuelle est faite au sein des 2 sites de l'établissement.</p>

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
<p>Les actions et évaluations mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le programme qualité de l'établissement.</p> <p>Des EPP en lien avec des soins techniques ont contribué à des plans d'actions sources d'améliorations sensibles.</p> <p>Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.</p> <p>Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers très présents dans ce processus.</p> <p>Les actions et évaluations mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions</p>

institutionnel et inscrites dans le PAQSS 2015-2020 (réévaluation de l'antibiothérapie entre 24 et 72 heures, consommation des antibiotiques, suivi des BMR). Des actions sont programmées pour l'année 2015. Les rencontres entre le CLIN de l'établissement et celui du centre hospitalier de Saint Gaudens sont un partage d'expérience et une mise en commun d'outils et de procédures.

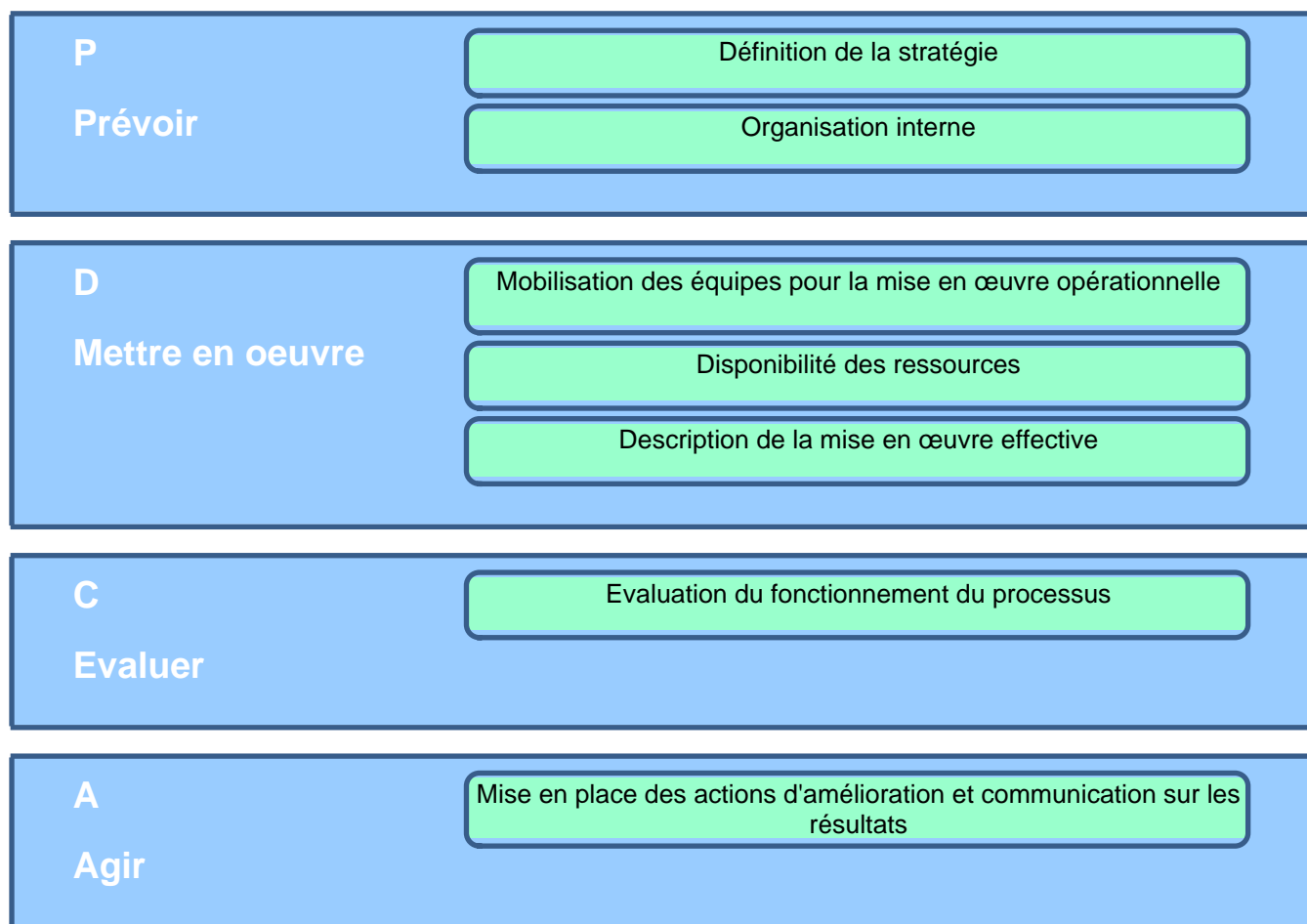
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La stratégie de respect des « Droits des Patients » incluant les « Droits des patients en fin de vie » est inscrite dans les orientations stratégiques et le projet d'établissement 2015/2019 en association avec la CRUQPC.

Elle est en lien avec des objectifs de l'ARS Midi Pyrénées (Objectif stratégique n°12 du CPOM 2013 - 2017) et s'articule autour d'axes majeurs : restructuration des locaux, augmentation du confort hôtelier pour diminuer le nombre de chambres doubles (respect de l'intimité, de la confidentialité et de la dignité), identification de chambres spécialisées par pathologie, information des usagers, communication, réponses aux réclamations.

Les orientations stratégiques correspondent aux pathologies des patients soignés aux Hôpitaux de Luchon (Centre de rééducation fonctionnelle et Centre de convalescence et de gérontologie) : affections de l'appareil locomoteur, affections du système nerveux, affections de la personne âgée poly pathologique dépendante ou à risque de dépendance.

Les objectifs de la stratégie de respect des droits des patients sont adaptés aux données issues de la cartographie des risques a priori, des IQSS, des EPP et des évaluations internes. Ils ont été choisis en réunion de CRUQPC, en association avec les professionnels siégeant dans cette instance. Des réunions proposées aux professionnels ont permis d'identifier certains cas possibles de maltraitance institutionnelle, passive ou active.

Les risques sont hiérarchisés. Certains de ces risques ont été intégrés dans le compte qualité, outil choisi comme support de suivi du PAQSS dorénavant.

Pour chaque risque identifié a été calculé une gravité, une fréquence et un dispositif de maîtrise (criticité). Cette analyse, réalisée avec les professionnels, a permis de prioriser des actions.

Le Compte qualité reprend les risques et les actions de maîtrise qualifiées comme prioritaires par l'analyse de la criticité.

L'établissement a mis en place ce système notamment pour les risques issus de la conformité à la réglementation.

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques en impliquant la CRUQPC et notamment les représentants des usagers qui ont validé la stratégie.

L'analyse des risques a posteriori est réalisée, en particulier par le croisement des événements indésirables et des réclamations, pour toutes les étapes de la prise en charge du patient, aux interfaces, au regard des différentes catégories de populations et de leur degré de vulnérabilité ou des différentes pathologies.

Un état des lieux a permis d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance.

La mise en œuvre de la stratégie des droits des patients est déclinée en un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement, porté notamment par le Directeur qualité et les référents.

Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi (responsabilités pour chacune des actions ; planification des actions dans des délais fixés, suivi des actions, clôture et communication des résultats).

Le programme d'actions est centralisé, priorisé et validé par la CRUQPC.

Elle assure le suivi du programme d'amélioration, la poursuite ou la clôture des actions, la désignation des référents, le recueil des indicateurs, l'analyse des résultats et leur communication.

Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement, pour concertation.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter la thématique du respect des Droits des Patients. La CRUQPC est l'instance choisie pour ce faire. Son règlement intérieur a été actualisé en février 2015.

Au regard des besoins et risques identifiés, le Directeur délégué a été choisi comme pilote responsable du respect des droits des patients.

Les rôles et responsabilités du pilote, sa mission sont formalisés dans le règlement intérieur.

Les rôles et responsabilités des professionnels concernés ou impliqués dans la stratégie de respect des droits du patient et sa mise en œuvre sont définis et précisés dans les fiches de mission.

Un référent chargé des relations avec les usagers est nommé depuis 2013. Il intervient pour analyser et traiter les dysfonctionnements relevés dans le cadre des transports des patients, en cas de réclamations relatives à l'hôtellerie ou pour toute doléance formulée par un patient auprès de l'accueil, du service ou de la Direction.

Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation.

Elles sont prévues en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.

Dans ses projets l'hôpital a identifié la nécessité d'augmenter le temps de la psychologue et de l'assistante sociale.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés, un plan de formation annuel est défini.

L'établissement s'est organisé pour favoriser le témoignage, la prise de parole par les personnes et leurs proches.

Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont identifiées.

L'information des patients sur leurs droits est prévue dans le livret d'accueil patient ainsi que par l'affichage de la charte du patient hospitalisé.

Les missions, la composition et le mode de fonctionnement de la CRUQPC sont définis. La fréquence de ses réunions est conforme à la réglementation.

Le règlement intérieur de la CRUQPC, ainsi que les noms et coordonnées des représentants des usagers et médiateurs médecins et non médecins.

Dans ses projets, l'établissement a identifié la nécessité de réduire le nombre de chambres doubles, pour permettre aux patients d'être hébergés dans des conditions qui permettent un respect de l'intimité et de la confidentialité des informations. Un programme de travaux a été établi ainsi qu'un plan de maintenance préventive et curative.

Les ressources documentaires concernant les droits des patients sont structurées en fonction du référentiel de la V2010. L'assistante qualité est chargée de faire vivre le dispositif de gestion documentaire papier qui est en fonction dans l'établissement.

Un registre des plaintes et des réclamations est en place.

Le système d'information est structuré à partir d'une gestion documentaire papier (classeurs dans les services). Son adaptation sous format numérique est prévue.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La CRUQPC est chargée du déploiement opérationnel de la démarche institutionnelle et du programme dans les secteurs.

La composition, le nombre de réunions, le rapport annuel et le fonctionnement effectif de la CRUQPC sont conformes à la réglementation.

En préparant le compte qualité, les professionnels ont été interrogés pour repérer les risques concernant le droit des patients dans l'établissement.

Compte tenu des risques identifiés et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. Les groupes de travail constitués ont des référents dans chaque secteur d'activité. Ceux-ci sont le relais entre la démarche institutionnelle et les professionnels.

Par le système de déclaration des événements indésirables, les professionnels ont été sollicités pour l'identification des risques et le choix des plans d'actions prioritaires.

Les cadres de santé ont informé les professionnels des risques principaux et des priorités retenues. Par l'intermédiaire de la politique de prévention de la maltraitance, les professionnels sont informés du dispositif de signalement prévu par l'établissement (systèmes d'informations Prismes et Plaintes).

Au cours de la visite, les experts ont pu vérifier que ces derniers avaient identifié les risques concernant les droits des patients et les actions d'amélioration dans leur secteur d'activité (l'hôpital organise la mobilité des professionnels dans les services aux différents étages).

Le management et les chefs de service s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.).

Des actions correctives immédiates sont mises en place en cas de besoin. Elles sont issues des groupes de travail avec la participation des professionnels. Les résultats en sont communiqués aux équipes via les chefs de services et les cadres.

Des actions périodiques d'évaluation et d'amélioration par le secteur d'activité sont notamment prévues grâce au recueil des indicateurs, aux EPP, aux CREX, aux RMM, à la déclaration d'événements indésirables.

Un tableau de bord des réclamations, de communication du dossier patient, des témoignages de satisfaction est exploité.

Les professionnels sont informés de leurs résultats. Un tableau affiché dans tous les secteurs présente les taux de satisfaction des patients suite à l'analyse des questionnaires de sortie.

Les professionnels sont mobilisés par les cadres et la CRUQPC pour proposer des actions correctives au regard de l'avancée des actions.

Par exemple, une aide soignante a proposé l'abandon de la signalisation nominative des chambres des patients suite à une fiche d'événements indésirables qu'elle a rédigé.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et les compétences sont disponibles dans les secteurs.

Les actions de formation et d'information sont intégrées dans le plan de sensibilisation global de l'établissement.

L'établissement a déployé par exemple des formations sur la bientraitance, les droits des usagers, la collaboration avec les usagers, la médiation, l'accueil des personnes en situation de handicap, l'accueil des personnes en situation de précarité sociale, l'accueil des accompagnants des patients.

Des modalités de recrutement et d'intégration des nouveaux arrivants et des intérimaires sont définies. Un système de doublon et de tutorat est prévu.

Le service qualité fourni aux professionnels une logistique adaptée et des documents utiles. Les procédures sont adaptées à la taille de l'établissement et intégrées au dispositif de gestion documentaire, elles concernent : elles concernent : les modalités de signalement des cas de maltraitance, les modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage, l'organisation relative à l'information donnée au patient, l'organisation permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soin, le processus d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, l'accès du patient à son dossier, de recueil du consentement, de désignation de la personne de confiance, de recueil des directives anticipées, de délivrance d'information médicale, d'annonce du diagnostic, de mise en place de contention, d'accueil des proches, de recueil de l'expression des usagers (notamment plaintes et réclamations) et de leur traitement.

La procédure de gestion des plaintes et des réclamations est connue par les professionnels et diffusée à l'ensemble des services.

Le livret d'accueil du patient (actualisé récemment), différents éléments du dossier du patient (dont le document de recueil de la désignation de la personne de confiance), les procédures de gestion des plaintes et des réclamations et de droit d'accès du patient à son dossier sont les ressources documentaires utilisées par les professionnels. La politique de prévention de la maltraitance est un des documents supports des professionnels pour s'informer sur cette thématique. Une affiche « votre santé vos droits » est disponible dans les lieux de soins. Les membres de la CRUQPC participent à leur élaboration.

La documentation est accessible, actualisée et diffusée aux professionnels.

Un programme de maintenance préventive et curative est déployé à l'échelle de l'établissement pour assurer notamment la sécurité des biens et des personnes, l'intimité des patients et la confidentialité des données

Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.

Les locaux sont conformes, adaptés et entretenus pour la réalisation de l'activité. On note la présence de 6 chambres doubles au centre de rééducation et de 2 chambres doubles au centre de convalescence.

L'établissement propose aux patients des matériels adaptés et disponibles.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les projets de prise en charge, l'organisation et les pratiques permettent le respect des libertés individuelles.

L'exploitation des réclamations des patients et proches au sein de chaque secteur d'activité est réalisée. Les résultats des enquêtes sont mis à leur disposition.

L'organisation et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

Des paravents et des rideaux sont utilisés dans les chambres doubles, les noms des patients ne sont pas visibles depuis les couloirs.

Pour respecter l'intimité des patients accueillis en chambre double et la confidentialité des informations transmises, les professionnels peuvent soit demander au deuxième patient de s'éloigner temporairement soit procéder à l'entretien pendant la prise charge de kinésithérapie.

Le livret d'accueil est conforme à la réglementation. Il contient l'information des patients sur leurs droits et les missions de la CRU. Il est donné à tous les patients.

En ordre du jour de CRUQPC, le respect des droits des patients et les moyens déployés pour les préserver sont systématiquement abordés.

Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont déployées.

Les fiches d'événements indésirables concernant le droit des patients sont analysées immédiatement et font l'objet d'un retour auprès des professionnels déclarants. Les résultats des questionnaires de satisfaction ou les indicateurs en déclin sont analysés par le service qualité à fréquence semestrielle.

Le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins est déployé.

L'établissement ne procède pas à l'hospitalisation sans consentement. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées. Elles ont été mises en œuvre.

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

Le dispositif de gestion des événements indésirables est connu et utilisé par l'ensemble des professionnels de l'établissement, il est articulé avec le dispositif de gestion des plaintes et des réclamations.

L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients est mis en œuvre dans les situations qui le nécessitent.
 La participation du patient au projet de soins personnalisé et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est effective.
 Il existe une fiche dédiée à la nomination de la personne de confiance. Celle-ci permet aussi de spécifier que le patient ne souhaite pas la désigner ou n'est pas en capacité de le faire.
 La traçabilité des activités est retrouvée dans le dossier patient.
 Les Représentants des Usagers ont accès s'ils le souhaitent aux plaintes in extenso.
 Le Rapport annuel de la CRUQPC est systématiquement transmis à l'ARS.
 Les comptes rendus de la CRUQPC sont établis et diffusés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les questionnaires de satisfaction permettent d'évaluer le respect des droits des patients.
 7 plaintes écrites ont été reçues en 2014, 38 réclamations ont été recueillies au moyen du questionnaire de sortie, 54 témoignages de satisfaction ou d'éloges. Il n'a pas été organisé de médiation en 2014, ni de procédure judiciaire.
 La commission des menus permet de prendre en compte les attentes des patients sur l'hôtellerie et la restauration.
 L'établissement évalue différents indicateurs : le taux de satisfaction concernant l'accueil, la confidentialité des informations échangées, les informations du livret d'accueil, l'accueil dans les services de soins, les explications fournies par les médecins, l'écoute et la disponibilité du personnel soignant, l'écoute et la disponibilité du personnel de rééducation, le respect de l'intimité, la prise en charge de la douleur.
 Le séjour est évalué par des questions concernant l'amabilité du personnel hôtelier, la qualité et la température des repas, l'écoute et la disponibilité de la diététicienne, l'hygiène, le niveau de bruit et la température des locaux.
 De même, les impressions des patients sur l'organisation du départ, l'écoute et la disponibilité de l'assistante sociale sont étudiés.
 Par ailleurs, l'établissement organise le recensement des situations de dommages liés aux soins.
 D'autres indicateurs sont suivis par l'établissement pour l'évaluation du respect des droits du patient : Taux de retour des questionnaires de sortie ; nombre de demandes d'accès aux dossiers médicaux ; taux moyen de communication des dossiers dans les délais ; nombre de plaintes et de réclamations ; délai moyen de réponse aux plaintes et aux réclamations (en jours) ; taux moyen de courriers de fin d'hospitalisation envoyés sous 8 jours.
 L'ensemble de cette analyse statistique et cinétique est présentée lors des réunions de CRUQPC.
 Les représentants des usagers sont invités à s'exprimer sur les résultats et sont sollicités pour participer à la réflexion. Les actions qu'ils ont proposé ont été suivies (par exemple, actions proposées en 2014 et 2015 : restructurer les locaux pour permettre une configuration des unités de réadaptation en adéquation avec plus d'espace et d'intimité pour le patient, renforcer le retour des enquêtes de satisfaction vers les usagers, améliorer le délai de programmation des réunions institutionnelles, sécurisation des abords du Centre de rééducation, améliorer l'accessibilité du CRF pour les personnes à mobilité réduite améliorer la configuration des toilettes du rez de chaussée, promouvoir la bientraitance, améliorer l'information du patient sur les soins, améliorer le respect de l'intimité du patient pendant les soins de rééducation).
 Le bilan standardisé de la CRUQPC et les rapports d'activités annuels permettent d'évaluer l'ensemble de la thématique « droit des patients ».
 C'est cette instance qui s'assure de la mise en œuvre des plans d'actions. De même elle suit la mise en œuvre du programme d'actions institutionnel (tableau de bord, suivi d'indicateurs, mode, fréquence, analyse des résultats).
 Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.
 Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

A / AGIR

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

Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur la bientraitance.
 Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.
 Des supports et modalités de diffusion sont établis. Une charte de Bientraitance a été prévue dans l'établissement pour promouvoir cette pratique auprès des professionnels, elle est en cours de validation.

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

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

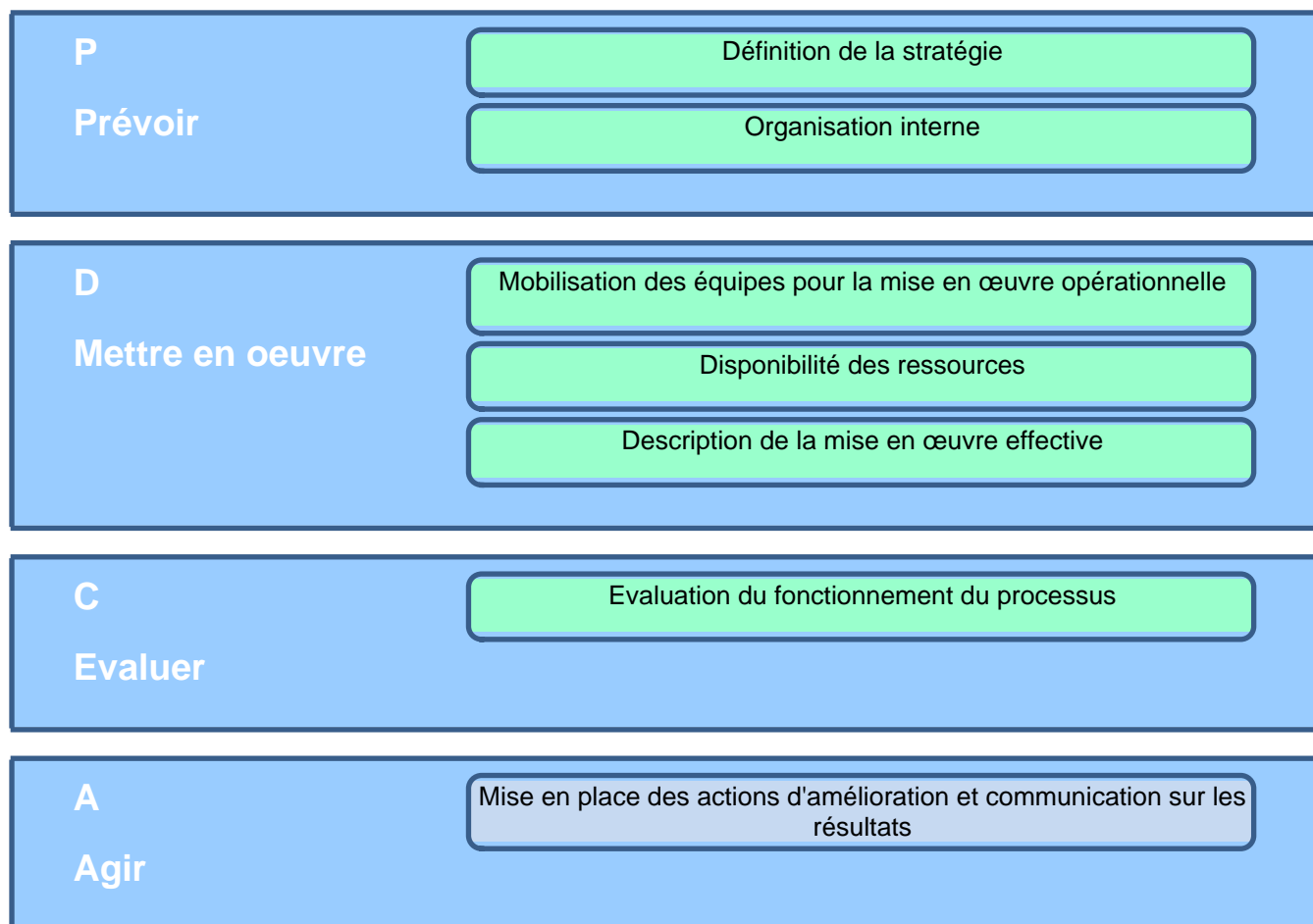
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maîtrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La stratégie du parcours patient, validée par les instances, est élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques. Elle est déclinée dans le projet d'établissement et adaptée aux différentes prises en charge. Une cartographie des processus a été établie. Une analyse des risques a été faite pour les parcours patients en SSR.

La stratégie comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de ces analyses, qui comprennent notamment un suivi par indicateurs. Elle est également adaptée aux contextes et aux spécificités de l'établissement (types de populations : adultes, personnes âgées, etc.); elle prend en compte les besoins de la population, définis dans les schémas de planification sanitaire.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités des pilotes sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

L'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. Les besoins en formation spécifique à chaque prise en charge sont identifiés.

Un plan de formation est établi, il comprend notamment des thématiques sur la prise en charge des urgences vitales, la douleur, le médicament, la nutrition, l'éducation thérapeutique. La formation des nouveaux arrivants est assurée.

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

D / METTRE EN OEUVRE**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

L'encadrement de chaque secteur d'activité a organisé la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Ces plans d'actions sont affichés et connus par les équipes.

L'établissement a réfléchi en équipe pluridisciplinaire à une adaptation de son organisation aux contraintes amont et aval du séjour du patient.

Les personnels d'encadrement informent les professionnels en continu sur les différentes actions mises en oeuvre telles que le dépistage des troubles nutritionnels, les escarres, la prévention du risque suicidaire ou la problématique de santé mentale.

L'encadrement infirmier s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, notamment par l'application des procédures et des protocoles. Des actions de communication sont réalisées : réunion, affichage des plans d'actions qualité de secteur dans toutes les unités. Ils permettent de sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés et les objectifs d'amélioration.

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Elles sont identifiées par les pilotes des processus et les responsables d'unité avec la participation des professionnels. Les résultats en sont communiqués aux équipes lors de réunions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont disponibles : les personnels sont formés et organisés pour la prise en charge des urgences vitales dans les services.

Les compétences complémentaires (kinésithérapeute, diététicienne, psychologue) contribuent à fluidifier et sécuriser le parcours du patient et participent à l'organisation des suites hospitalières.

Une diététicienne est titulaire d'un DU d'Education Thérapeutique ; une IDE a le DU "Plaies et Cicatrisation".

L'établissement s'est organisé matériellement et humainement pour prévenir le risque suicidaire

Les ressources documentaires (accessible pour l'ensemble des professionnels, actualisée et connue) sont également disponibles dans les différents secteurs d'activité de l'établissement. Des protocoles sont mis en oeuvre pour les population spécifiques (personnes handicapées) afin de structurer la prise en charge autour des besoins du patient.

Une procédure pour l'accueil des patients démunis est en place en lien avec les services sociaux du département.

Les ressources en matériel sont disponibles : locaux, des chariots d'urgence présents dans toutes les unités des 2 sites, y compris en balnéothérapie.

Des consultations par télémedecine avec le centre hospitalier de Saint Gaudens ont lieu pour les patients

porteurs de plaies complexes. L'Equipe Mobile de Gériatrie du centre hospitalier de Saint Gaudens peut intervenir à la demande ainsi que divers spécialistes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les médecins et les cadres des santé coordonnent le parcours du patient en anticipant le séjour d'aval, puis en organisant la prise en charge, et dès l'entrée en préparant la sortie en collaboration avec le patient.

Au Centre de convalescence gériatrique, les réunions pluridisciplinaires ont lieu les mardis. Au cours de ces réunions, les dossiers des 26 patients du service sont examinés et selon l'évolution de l'état de santé des patients, le projet de prise en charge est réévalué et les dates de sortie sont planifiées.

Au Centre de rééducation fonctionnelle, le patient est vu tous les 15 jours par l'équipe pluridisciplinaire. Des réunions de service ont lieu les lundi et mardi avec les rééducateurs et l'assistante sociale, sans le patient.

Une réunion psychosociale a lieu tous les vendredis matin avec l'assistante sociale, la psychologue et le Médecin.

Le projet de soins personnalisé appelé P3I (Plan d'Intervention Individualisé Interdisciplinaire, en cours d'informatisation) est constitué au travers des informations pluriprofessionnelles contenues dans le dossier. Ces réunions se font en présence du patient et de sa famille et ne concernent que les patients pour lesquels il existe une difficulté dans l'élaboration du projet de devenir.

Le patient bénéficie dès son arrivée d'une évaluation pluridisciplinaire aboutissant à l'élaboration du projet individualisé réévalué chaque semaine au cours d'une réunion pluriprofessionnelle.

L'organisation permet entre autres le dépistage des troubles nutritionnels du patient et l'intervention de professionnels, internes et externes : les observations réalisées lors des patients traceurs confirment l'effectivité de la mise en oeuvre.

La prise en charge des troubles nutritionnels est effective malgré l'absence de la diététicienne en arrêt de travail. Le poids et la taille et l'IMC sont notés dès l'admission, les patients sont pesés chaque semaine. Si besoin des régimes sont mis en place par le médecin ainsi que des compléments nutritionnels oraux.

Au CCG un Mini MNA (Mini Nutritional Assessment) est effectué à l'admission pour dépister les patients âgés à risque de dénutrition.

Une orthophoniste assure la surveillance des patients porteurs de pathologies neurologiques avec risques de fausses routes et assiste au repas de ces patients.

Chaque patient a un kinésithérapeute référent qui va assurer sa prise en charge durant tout son séjour.

La réflexion bénéfices-risques est tracée dans tous les projets individualisés de prise en charge aussi bien au CRF qu'au CCG.

La coordination des soins est également assurée par le dossier patient qui recense les actes de tous les professionnels mobilisée autour du patient.

Un système de gardes et d'astreintes permet de garantir la continuité des soins.

Les contentions font l'objet d'une prescription médicale systématique.

La prévention et la prise en charge des escarres font l'objet d'une procédure formalisée impliquant l'ergothérapeute et les aides soignantes ; l'échelle de Braden est utilisée pour les dépistage des patients à risque d'escarres.

La prise en charge des urgences vitales internes est opérationnelle et les professionnels sont formés et disposent de matériel adapté au niveau des 2 sites et également en balnéothérapie.

La prise en charge de la douleur est effective dans les 2 sites ; des protocoles antalgiques sont en place et connus des professionnels y compris pour la prise en charge des douleurs induites par les soins (les professionnels sont formés à l'utilisation du MEOPA).

La sortie du patient est organisée en collaboration avec le patient lui-même.

La continuité des soins est assurée à la sortie par les services de soins et le service social.

Le jour de la sortie, le patient dispose de toutes les ordonnances nécessaires à sa prise en charge, ainsi que du courrier pour le médecin traitant.

Le déploiement de l'ETP est organisé avec le réseau d'ETP départemental.

Des actions ont été engagées sur les médicaments anticoagulants et sur les régimes sans sel dans la prise en charge des maladies cardiovasculaires.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre du parcours patient sont assurés régulièrement par le pilote du processus, sur la base d'indicateurs. L'évaluation concerne l'ensemble du parcours dont l'organisation de la sortie du patient et la mesure d'écart sur la continuité des soins.

Une EPP a été conduite en 2015 sur la pertinence de l'organisation de la sortie au CRF.

Des expériences de patient traceur menées dans l'établissement ont permis d'évaluer le fonctionnement du parcours au sein de l'établissement.

Des CREX et des RMM ainsi que le recueil des IQSS permettent une évaluation précise du dispositif.

Un groupe "chutes" se réunit mensuellement pour analyser toutes les déclarations de chute du mois précédent et pour proposer des axes d'amélioration. Ce groupe a réalisé une RMM sur les chutes.

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

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont validées par le comité gestion des risques puis intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Les évaluations des conventions avec les établissements de suites ont permis d'adapter les propositions de parcours selon les pathologies et les expertises des SSR concernées et de signer de nouvelles conventions avec des structures complémentaires ou des équipes mobiles ou professionnels libéraux.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Un PAQ par service a été élaboré, il est suivi par chaque responsable de secteur et les pilotes de processus. Il est communiqué aux professionnels et est affiché dans les services concernés. Les actions et évaluations mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers

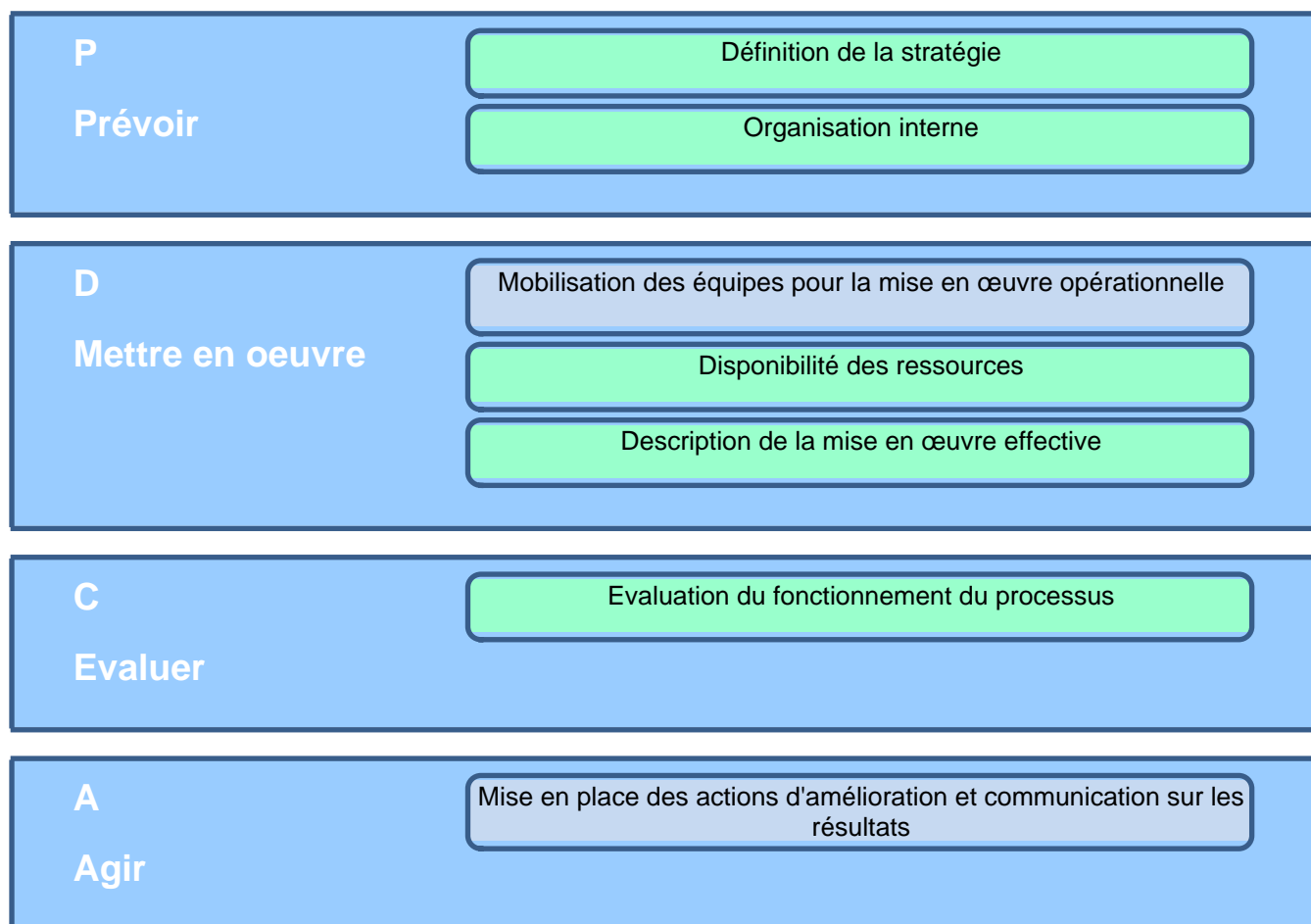
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie du dossier patient est définie, intégrée au projet d'établissement et au programme qualité et gestion des risques. Elle est présentée aux instances : CME, cellule qualité et gestion des risques et à la CRU.

Le programme repose sur les données des différentes évaluations issues des certifications, des IQSS et de l'identification des risques du compte qualité qui sont associés à un plan d'action.

Un des axes prioritaires du programme est le déploiement de l'informatisation, avec une échéance fin du premier semestre 2016. L'informatisation concernera le dossier médical dans un premier temps. La politique validée, est diffusée à l'échelle de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés. Le groupe "IQSS" est chargé de la mise en oeuvre du programme. Il est composé d'une cadre de santé, d'un médecin, d'une infirmière, de la diététicienne, de la secrétaire du département d'information médicale, de la référente douleur et de l'assistante qualité chargée de la coordination des IQSS. Les membres de la CRU et le médecin DIM sont associés à certaines réunions avec avis lors de modifications apportées au dossier patient. Pour chaque réunion, un compte rendu est rédigé.

Les règles d'utilisation du dossier sont définies ; les principes organisationnels du dossier patient sont les suivants :

- informatisation de la partie administrative (logiciel PASTEL) avec attribution d'un numéro unique par dossier pour faciliter l'accessibilité lors de l'archivage,
- dossier médical,
- dossier de soins infirmier,
- dossier de rééducation.

Une organisation est en place pour faciliter la coordination des soins. Une version réactualisée du guide d'utilisation du dossier est disponible dans chaque unité de soins. Le dossier contient les éléments constitutifs utiles à la transmission des informations, retraçant le parcours du patient durant son hospitalisation.

Les interfaces sont organisées entre les différents acteurs : le département de l'information médicale, les intervenants extérieurs, les secrétaires médicales et les professionnels des secteurs d'activité.

L'accès du patient à son dossier est organisé conformément à la réglementation. Les modalités d'accès standard et spécifiques d'accès au dossier sont définies. L'information des patients sur leurs droits d'accès à leur dossier est retrouvée dans le livret d'accueil.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison de la démarche institutionnelle du dossier patient est déclinée et assurée par les cadres des unités de soins. Des informations et sensibilisations sont réalisées régulièrement par les cadres qui portent la démarche au sein de leur service. Ils s'assurent de la conformité de la tenue du dossier (respect des consignes et autres mesures...) et mettent en place des actions correctives en cas de non-maîtrise des pratiques ou de non-atteinte des objectifs fixés.

Un audit a été réalisé pour mesurer le niveau d'appropriation du guide dossier patient.

Les nouveaux professionnels sont accompagnés et formés à la bonne utilisation du dossier. Des audits sur la traçabilité (douleur, escarres, poids, IMC) sont menés par des professionnels terrain avec une restitution programmée. Les résultats des IQSS sont communiqués avec identification des risques et définition d'objectifs. Une EPP " sortie du patient" a permis une première série d'évaluations sur la conformité des pratiques en matière d'organisation.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation de l'établissement. Une formation aux transmissions ciblées a été dispensée aux infirmières.

Tous les nouveaux professionnels bénéficient d'une formation au logiciel de prescription médicamenteuse.

Les règles d'utilisation du dossier sont présentées. Le guide prend en compte les responsabilités des différents professionnels, les règles de confidentialité, la composition du dossier et les modalités de classement des différents éléments, les règles d'utilisation, les règles de circulation et les règles d'archivage.

Les professionnels disposent des ressources matérielles répondant à leurs besoins : ordinateurs disponibles dans les salles de soins et sur les chariots IDE, classeurs souples pour le dossier infirmier, pochettes cartonnées pour les dossiers médicaux et de rééducation, le tout rangé dans des chariots sécurisés.

Des sauvegardes informatiques et un PRA (Plan de Reprise de l'Activité) assurent la continuité de l'activité pour la partie informatisée.

L'établissement a identifié et organisé des locaux d'archivage pour permettre d'assurer la conservation et l'accessibilité des anciens dossiers.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier est nominatif, personnalisé pour chaque patient, et regroupe l'ensemble des informations utiles en vue d'organiser les soins, leur continuité et la coordination des actions. Les informations administratives, médicales et paramédicales sont recueillies et actualisées. La lecture permet de suivre le parcours du patient. Les échanges "patient traceur" le confirment.

Les professionnels connaissent l'organisation et la structuration du dossier patient : chaque document inséré dans le dossier est identifié et daté. La traçabilité des données du patient sont assurées en temps utile. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les transmissions sont assurées entre les unités de soins et les salles techniques de rééducation.

La communication des informations contenues dans le dossier est réalisée par courrier, notamment en cas de consultations externes et de transfert.

Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation. La conformité des délais d'accès au dossier est évaluée. Dans le dernier rapport de la CRU on note que le délai d'envoi moyen est respecté.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation du processus par le recueil des indicateurs IQSS ainsi que des audits internes : traçabilité poids/taille/IMC, évaluation du risque d'escarres, traçabilité de la réévaluation de la douleur. L'EPP "Sortie du patient" dont un des objectifs est la transmission des informations nécessaires à la continuité des soins a débouché sur une première phase d'évaluation permettant d'identifier les points à améliorer. Les résultats sont synthétisés dans des tableaux de bord puis communiqués aux professionnels par voie d'affichage et par retransmissions orales suivies de compte-rendus, notes de service ou procédures.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. On retrouve ainsi dans le PAQSS des actions d'amélioration concernant le dossier qui sont identifiées, avec les responsables nominatifs de l'action, une échéance et l'état d'avancement.

L'amélioration des réponses aux besoins met en exergue l'efficacité des actions mises en oeuvre.

Le cas échéant, l'analyse permet d'identifier les points et dysfonctionnements nécessitant une surveillance particulière et les mesures complémentaires à prendre. Les actions d'amélioration à poursuivre sont : le projet thérapeutique à renseigner, l'accord du patient à son projet, la traçabilité des réunions pluriprofessionnelles, la compréhension des informations données au patient au moment de sa sortie. L'analyse des risques a conduit également à la nécessité de déployer l'informatisation à tous les secteurs d'activité.

Les résultats et les objectifs sont diffusés aux professionnels concernés.

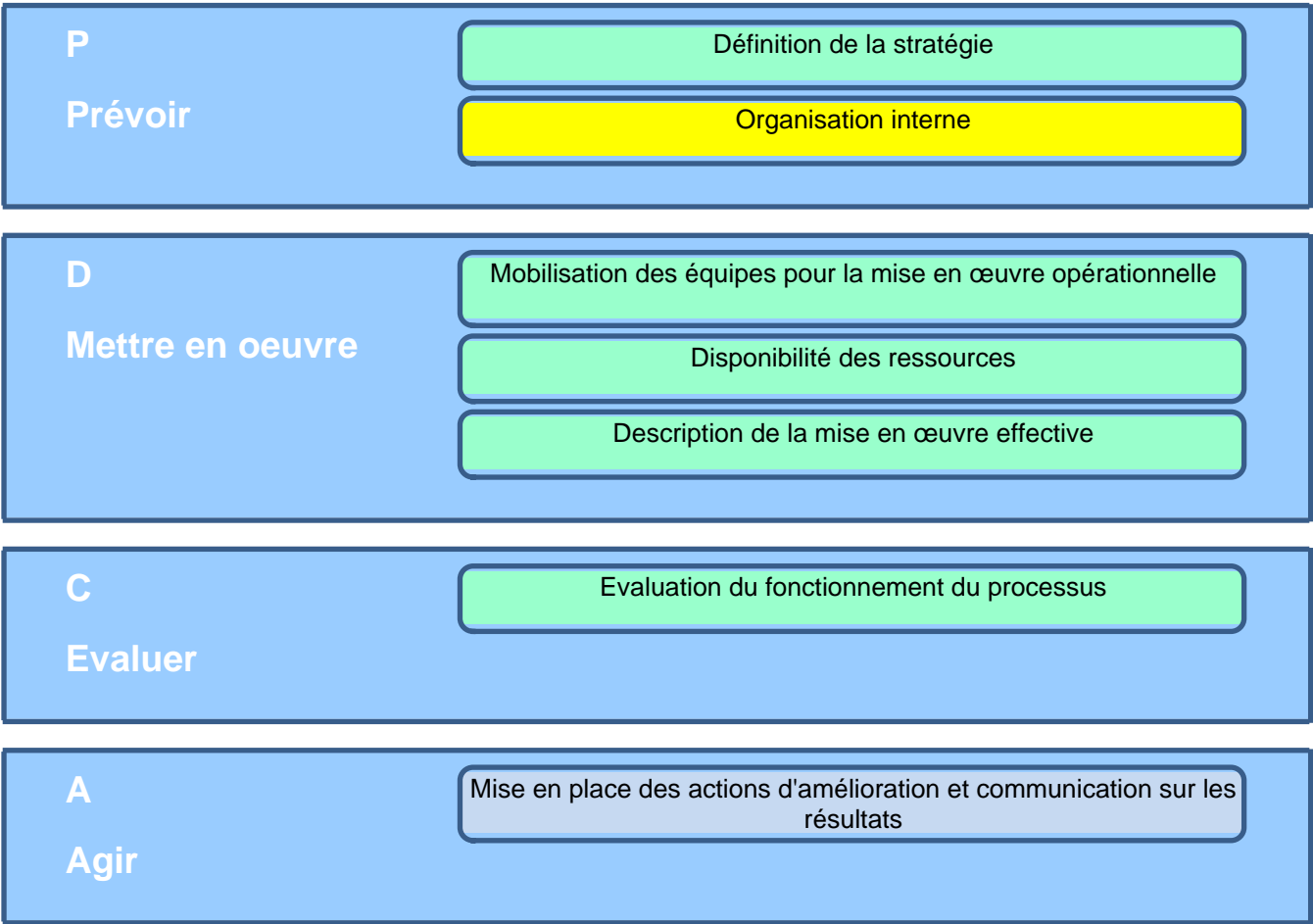
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maîtrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie de la prise en charge médicamenteuse, développée dans une politique validée par la direction et les instances. Cette politique intègre également les conditions de prescriptions médicamenteuses de la personne âgée, le développement de l'éducation thérapeutique quant à l'observance des traitements médicamenteux. Elle est articulée au projet d'établissement et au programme qualité et sécurité.

La politique a été élaborée à partir d'un bilan de l'existant, des données de certifications, du rapport d'inspection de 2006, des bilans issus des fiches de déclarations des événements indésirables, des CREX, des RMM et des risques identifiés sur le compte qualité dont l'analyse a permis d'établir un programme et de prioriser les actions à mener.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste spécifiques. Le pharmacien est responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, assisté des cadres de santé et des référents médicaments des unités de soins en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques et la COMEDIMS. Un organigramme représente les liens fonctionnels et organisationnels de chaque acteur.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé.

La Comedims assure le pilotage du circuit médicament, des fluides à usage médical et des dispositifs médicaux stériles.

En PUI, l'équipe est composée du pharmacien à temps plein, d'une préparatrice hospitalière à temps plein et d'une préparatrice à temps partiel. Les besoins en formation sont identifiés. Une des préparatrices a bénéficié d'une formation sur la place du préparateur en pharmacie. Le pharmacien a participé à un congrès sur la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée ce qui lui a permis de mettre en place des outils d'aide à la prescription. Il est formé à la méthode d'analyses des causes (outil simplifié ORION).

L'informatisation du circuit est partielle. Elle est opérationnelle sur un seul site depuis le mois de juin 2015. Le déploiement sur le second site (centre de convalescence de gériatrie) est prévu dès 2016.

Malgré les difficultés liées à l'absence d'informatisation, l'analyse et la validation pharmaceutiques sont effectives pour la totalité des prescriptions. La gestion des alertes est organisée et connue des professionnels. Les prescripteurs habilités à prescrire sont identifiés.

Les règles de prescriptions, de dispensation, de stockage et d'administration des médicaments sont formalisées. Des outils d'aide à la prescription sont disponibles : Vidal, Doroz, livret thérapeutique, guide d'antibiothérapie, outil d'aide à la prescription de la personne âgée "PAPA". Une organisation pour faciliter la communication entre la PUI et les services est en place.

Les équipements destinés aux professionnels sont définis et conformes : armoires de stockage et chariots de distribution sécurisés, réfrigérateurs avec traçabilité des températures, coffres à toxiques, ordinateurs...

Cependant, les ressources matérielles ne sont pas toutes définies : la superficie du local de la pharmacie à usage intérieur n'est pas adaptée à un bon exercice de l'activité pharmaceutique, l'exiguïté constatée lors de la visite de la PUI et confirmée par le rapport d'inspection de 2006 ne permet pas d'assurer le bon fonctionnement de la PUI.

- surface au sol du sas de livraison trop étroite,
- porte de la pharmacie toujours ouverte lors de la présence du pharmacien, avec une tablette rabattante faisant office de guichet,
- maintien de la température du local réalisé par l'intermédiaire d'un climatiseur portatif, nécessitant la fermeture des volets lors de journées ensoleillées,
- plans de travail de petite taille ne facilitant pas le travail de préparation des bacs de traitement,
- stockage de certains dispositifs médicaux stériles volumineux en sous-sol du fait de la surface réduite du local.

Par ailleurs, la permanence pharmaceutique n'est pas organisée : l'accès à la pharmacie en dehors des heures d'ouverture est autorisé.

En cas de besoins urgents, des dotations ont été mises en place en concertation avec l'équipe médicale. Toutefois, pour des raisons de sécurité et pour s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture dans la continuité des soins, l'établissement a organisé l'accès à la PUI. Le médecin de garde, accompagné du technicien de garde seul habilité à récupérer la clé dans un boîtier sécurisé, a la possibilité de se dépanner. Une traçabilité de l'intrusion et du médicament récupéré est réalisée sur un cahier. La procédure "Dépannage en médicament en dehors des périodes d'ouverture de la PUI" diffusée en septembre 2015 décrit la

marche à suivre, mais cette procédure ne respecte pas la réglementation. Depuis la mise en place de cette procédure, il n'y a pas eu d'intrusion en pharmacie. Conscient de l'aspect non réglementaire de l'organisation en place, l'établissement n'a pas prévu d'autres méthodes d'approvisionnement. Des dépannages sont réalisés avec des officines voisines sans organisation officielle. Il existe une convention de coopération avec le Centre Hospitalier de Comminges, cependant pour ce qui concerne les dépannages urgents, il n'y a pas de procédure formalisée à l'attention des soignants.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, l'encadrement de chaque secteur organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions. Les professionnels sont formés au risque d'erreurs médicamenteuses. (12 soignants formés). Trois sessions d'une heure ont été réalisées sur l'utilisation du MEOPA. La règle des 5B est connue. Des actions de sensibilisations sont menées régulièrement par l'encadrement et le pharmacien. Des affiches de sensibilisation aux Never Events et à l'utilisation des médicaments à risques sont retrouvées sur les armoires à pharmacie de chaque unité. Un poster des correspondances DCI/Princeps est affiché. Au niveau de chaque unité de soins, les contrôles de conformité des pratiques sont planifiés et organisés par les référents médicaments et l'encadrement. Les nouveaux professionnels sont sensibilisés aux risques durant leur période d'intégration. La démarche de déclaration et d'analyse des événements indésirables est opérationnelle. A partir de ces déclarations, trois CREX ont été menés et ont abouti à des actions d'améliorations portant sur les modalités d'administration. Une EPP sur la prescription du sujet âgé est en cours.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs en place et les compétences médicales et paramédicales permettent de répondre aux besoins de la prise en charge médicamenteuse. Certains médecins sont formés au risque médicamenteux et sensibilisés à la conciliation médicamenteuse. Les soignants sont sensibilisés à la règle des 5B et à l'utilisation des médicaments à risque. Les infirmières référentes sont aussi des relais d'information.

Les documents et procédures sont accessibles dans les unités de soins. Le livret thérapeutique est réactualisé. les guides de bonnes pratiques de prescription sont disponibles avec une interface facile avec le pharmacien en cas de besoin. Les supports de prescription sont adaptés, en version informatisée pour le centre de rééducation et en version papier pour le centre de gériatrie.

Pour le Centre de rééducation fonctionnelle, les chariots de distribution sont dotés d'un ordinateur permettant ainsi la traçabilité de l'administration en temps réel. Le Centre de Gériatrie est également doté de chariots de distribution sécurisés.

Sur les deux sites, les armoires sont fermées à clé. Les médicaments à risque sont identifiés. Les stupéfiants sont stockés dans des coffres spécifiques. Les médicaments thermosensibles sont conservés dans des réfrigérateurs avec traçabilité de la température. Le chariot d'urgence est contrôlé. Les fluides médicaux sont stockés et fixés dans un endroit dédié.

Pour les services informatisés, une procédure en mode dégradé est diffusée et connue des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'évaluation initiale des besoins thérapeutiques du patient est effective. Cette évaluation reprend le traitement personnel du patient qui est retiré et stocké dans les armoires des unités de soins. Le suivi médicamenteux est assuré et adapté à chaque patient de l'admission jusqu'à la sortie. Les patients sont informés des modifications apportées à leurs traitements avec des précisions apportées sur les modalités de prise. Pour le patient âgé, les formes liquides sont privilégiées.

L'analyse pharmaceutique est effective pour l'ensemble du traitement et des prescriptions des deux sites. Les conditions de prescriptions avec prise en compte du traitement personnel, les informations transmises au patient, la continuité du traitement médicamenteux sont confirmées par les rencontres issues du patient traceur. La dispensation est nominative pour les prescriptions d'antibiotiques et certains traitements spécifiques. Elle est nominative globale avec une délivrance pour quinze jours pour les autres traitements. Les piluliers sont préparés dans les unités de soins par les infirmières. Les doses unitaires sont reconditionnées dans des sachets plastique avec identification du médicament et date de péremption. Les demi comprimés ne sont pas conservés. Les infirmières référentes contrôlent régulièrement les conditions de rangement des médicaments dans les armoires. La vérification des péremptions est assurée chaque mois.

Les gouttes, collyres, sirops et stylos à insuline sont nominatifs et la date d'ouverture est retrouvée.

Les règles d'administration des médicaments sont mises en oeuvre.

Pour le Centre de rééducation fonctionnelle, les chariots de distribution dotés d'un ordinateur permettent la traçabilité de l'administration en temps réel.

Toutefois, les règles de traçabilité de l'administration ne sont pas totalement respectées : la traçabilité de l'acte est organisée de façon globale au centre de gériatrie.

En effet, le support de prescription tel qu'il a été conçu, ne permet pas une traçabilité de l'administration en temps réel. Les infirmières notent donc l'administration des traitements avant chaque changement d'équipe (matin, après-midi et nuit) sur le diagramme de soins.

La non administration d'un traitement et le motif sont tracés dans le dossier patient.

Les patients sont informés sur le bon usage du médicament tout au long du séjour et pour chaque changement de prescription. Des documents types complètent cette information (utilisation des antivitamines K...). Les soignants consignent l'information dispensée dans le dossier de soins. A la sortie, une information formalisée du traitement modifié est remise au patient ou à ses proches. La semaine sécurité permet aussi une sensibilisation plus globale.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des indicateurs de suivi quantitatifs et qualitatifs sont réalisés à fréquence annuelle. Certains sont issus des analyses pharmaceutiques, des résultats IQSS, des bilans des fiches d'événements indésirables, de l'outil ARCHIMED qui par un diagnostic complet du circuit du médicament, permet une identification des risques. Selon les résultats, les actions sont ajustées puis priorisées en fonction du niveau de criticité du risque.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont programmées et intégrées à la fois au compte qualité et au PAQSS selon un schéma identique : priorité de l'action, échéancier, pilote identifié.

Pour certaines améliorations mises en place, le suivi de la réalisation est assuré par le RQSPECM et les pilotes désignés. Les évaluations ont permis des réajustements et la fixation de nouveaux objectifs. Les résultats et plans d'action sont communiqués en COMEDIMS/CME, en réunions des cadres qui organisent l'information des professionnels.

Les actions d'améliorations ont porté sur des sensibilisations régulières sur la iatrogénie médicamenteuse, la venue d'une préparatrice à temps partiel, l'informatisation des prescriptions, l'achat de nouveaux chariots d'urgence, l'amélioration de la traçabilité de l'information médicale donnée aux patients et à son entourage par la mise en place d'une fiche de synthèse avant la sortie reprenant les modifications de traitements durant l'hospitalisation.