



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
HÔPITAL INTERCOMMUNAL
ESPALION - SAINT LAURENT
D'OLT**

Rue Soeur Marie Caton
12500 Espalion

JUIN 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	23
DOSSIER PATIENT	29
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	33

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

HOPITAL INTERCOMMUNAL ESPALION-SAINT LAURENT D'OLT	
Adresse	Rue soeur marie caton 12500 Espalion
Département / région	AVEYRON / MIDI-PYRENEES/LANGUEDOC-ROUSSILLON
Statut	Public
Type d'établissement	Hopital Local

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	120000012	GCS BLANCHISSERIE INTER HOSPITALIERE AVEYRONNAISE	Parc d'activités millau-levezou 12100 MILLAU
Entité juridique	120780101	HOPITAL LOCAL JEAN SOLINHAC ESPALION	Rue soeur marie caton 12500 Espalion
Etablissement de santé	120786066	USLD ESPALION HOPITAL LOCAL JEAN SOLINHAC	RUE SOEUR MARIE CATON 12500 Espalion
Etablissement de santé	120000096	HOPITAL INTERCOMMUNAL ESPALION-SAINT LAURENT D'OLT	Rue soeur marie caton 12500 Espalion

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
MCO	Médecine	13
SSR	SSR	85

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Conventions de direction commune : Hôpital Intercommunal du Vallon (12330 Cougousse) depuis 2004 et Hôpital Local de Saint

Geniez
d'Olt (12130) depuis le 1er janvier 2012.
Coopération dans le cadre de l'animation du bassin de santé avec les
professionnels de soins de premiers recours.
Coopération dans le cadre des marchés publics avec les EHPAD du
bassin de santé.

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	Arrêt USLD depuis mars 2015.
Création d'activités nouvelles ou reconversions	SSR personnes âgées polypathologiques depuis mars 2015

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Dossier patient
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 ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
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 PA	Médecine	Soins Palliatifs avec pathologie à type de démence	Programmé	Patient algique issu de la filière gériatrique	MCO
2	Adulte	SSR Neuro	Affection du Système nerveux de type SEP	Programmé	Provenance de Médecine programme d'ETP possible	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

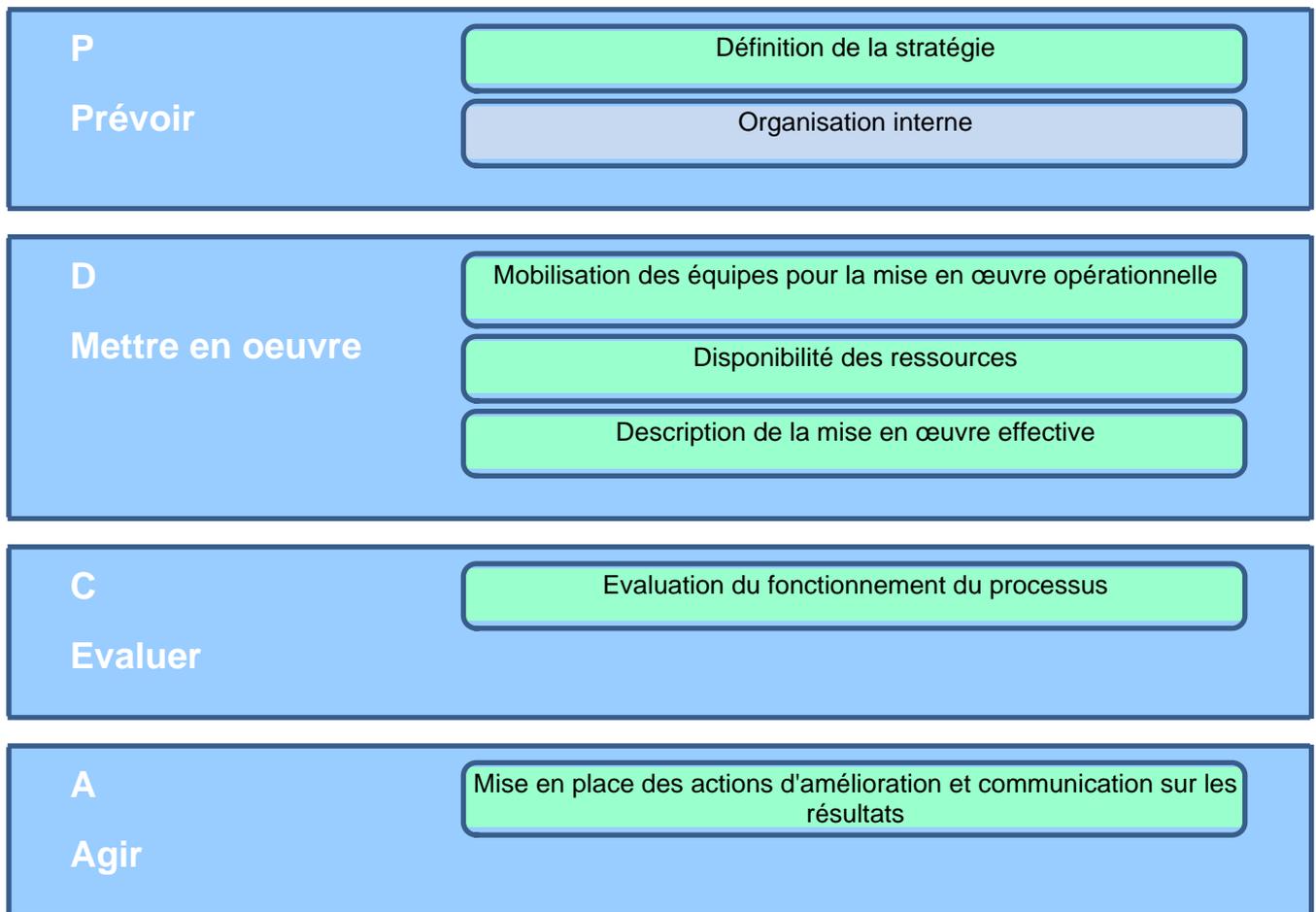
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a été définie en août 2015 dans un document spécifique de 26 pages. Un chapitre sur la politique qualité est intégré dans le projet d'établissement (2013-2017) et certains objectifs sont issus du CPOM.

Cette politique a été retravaillée en janvier 2016 et validée en mars 2016 par le comité de pilotage qualité pour la période 2016-2020. Elle a été soumise à validation de la commission médicale d'établissement le 4 avril 2016.

Elle intègre la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires via la gestion des risques. La gestion de crise (plans blanc et bleu) est formalisée par ailleurs.

L'identification des risques a priori a été élaborée selon la méthode de la HAS en termes de fréquence, de criticité et de maîtrise du risque dans le compte qualité. Elle permet d'identifier les principaux risques. Elle a associé la directrice qualité et les pilotes des processus.

Pour décliner sa politique qualité, l'établissement produit un document « PRAQ » devenu PAQSS en 2016. Ce document est structuré en onglets par thématique.

Ce plan d'actions (PAQSS) mentionne les objectifs d'amélioration, le pilotage des actions, les délais, ainsi que les modalités de suivi et l'état d'avancement.

La communication en direction des professionnels est assurée par les responsables des instances, pilotes des processus et référents ; une communication plus large a été effectuée autour de la certification V 2014 en janvier 2017.

Le CQ a été saisi par le responsable qualité en lien avec les pilotes des processus.

Toutefois, l'établissement n'a pas encore mis en place de système de priorisation des actions, notamment issues de la conformité à la réglementation. Il n'est pas retrouvé de priorisation, en dehors du processus "qualité".

Le programme qualité est validé par le COPIL qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation mise en œuvre pour le suivi du programme repose principalement sur le COPIL qualité. La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est assurée par la présence des mêmes acteurs dans les comités et groupes de travail, compte tenu de la taille de l'établissement.

Les représentants des usagers sont tenus informés de la politique qualité / Sécurité des soins, notamment par leur participation à deux audits de processus et dans le cadre de la CDU.

Les rôles et responsabilités des pilotes de processus sont formalisés dans une fiche de mission.

La directrice et l'animatrice qualité disposent d'une fiche de poste ("spécialiste qualité et GDR" pour la première). La directrice qualité (DQ) assure également les missions de coordinatrice des risques associés aux soins, sans temps dédié défini.

Au regard des soins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires à son activité et à la charge de travail.

Les ressources humaines dédiées à la qualité sont identifiées: 0.5 ETP pour la directrice qualité et 0.5 ETP également pour l'animatrice.

L'intégration des nouveaux arrivants est organisée par des journées en doublon (sur 5 jours si possible). Une journée annuelle d'intégration a également lieu.

Le programme de formation continue destiné aux équipes soignantes est élaboré et priorisé sur la base d'un recueil des besoins réalisé dans les différents services par l'encadrement et sur la base de formations obligatoires (AFGSU, incendie...).

Le plan de formation prévoit des actions sur le thème qualité, de manière régulière.

Le dispositif de gestion documentaire est opérationnel et connu. Mis à jour par la directrice qualité, il repose sur un double accès aux documents, papier (via des classeurs dans la plupart des services: management et prise en charge) ou informatique.

Locaux et équipements conviennent à l'activité.

La coexistence des supports papier et informatique est organisée. Les fiches d'événements indésirables sont admises sous les deux formes, imprimées le cas échéant et regroupées sur un tableau informatique pour traitement.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels, pour assurer la complémentarité des compétences et entre secteurs d'activité pour fluidifier le parcours des patients.

Les interfaces entre les services, avec les cabinets des médecins libéraux, avec les structures d'aval et les établissements de santé partenaires sont organisées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison opérationnelle du PAQSS est structurée, assurée sur l'ensemble des secteurs, placée sous l'égide des référents ou du top management.

Afin de sensibiliser et d'impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins, une stratégie d'implication figure dans la politique qualité. Elle prévoit notamment des référents qualité dans les services, opérationnels. La participation des professionnels aux groupes EPP et groupes de travail divers est effective. Des restitutions régulières ont lieu dans les équipes (résultats audits, EPP, système documentaire...).

Les cadres des services veillent à l'application des consignes et les dysfonctionnements identifiés donnent lieu à des actions correctives. Suite aux EPP, audits et à l'analyse des événements indésirables, des actions correctives sont déployées.

D'autres actions périodiques d'évaluation (CREX notamment) ont lieu en SSR.

Les actions correctives associent les professionnels le cas échéant.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs sont en adéquation avec les prises en charge aussi bien quantitativement qu'en terme de qualifications en Médecine et en SSR.

Les professionnels sont formés périodiquement. Les pilotes et copilotes ont bénéficié d'une formation dédiée à la démarche qualité/gestion des risques en 2015. En avril 2016, une formation interne à la certification V 2014 a été organisée à l'attention des pilotes/copilotes et aux référents qualité qui sont membres de la cellule qualité. La directrice qualité a été formée à l'analyse des causes profondes des Événements Indésirables Graves (EIG). Le temps de tutorat à l'arrivée des nouveaux agents permet de leur communiquer les informations essentielles à la prise en charge.

La gestion documentaire en partie actualisée est mise à disposition des équipes : procédures, protocoles, sous format papier et informatique.

La communication est relayée par l'encadrement des secteurs.

Quelques documents d'information élaborés à destination des patients sont disponibles.

Une actualisation récente de certains protocoles a eu lieu.

Le plan blanc est actualisé chaque année.

Locaux et matériels sont adaptés à l'activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dispositif de gestion des événements indésirables est approprié et opérationnel. Il permet une analyse des causes profondes le cas échéant, selon la méthodologie du diagramme d'Ishikawa et en y associant les acteurs concernés si nécessaire. Les signalements sont au nombre de 126 en 2015 (128 en 2014) et l'analyse permet d'identifier des actions d'amélioration. Les professionnels rencontrés ont eu l'occasion d'utiliser les FEI.

La veille réglementaire est effectuée par le Directeur, le relais étant pris par chaque responsable de secteur.

La coordination des dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques repose sur le COPIL qualité (nombre limité d'acteurs vue la taille de l'établissement).

Une commission EPP existe et se réunit 2 à 3 fois/an. Présidée par la directrice qualité, ses actions sont choisies de manière concertée.

Les instances se réunissent régulièrement. La traçabilité des actions est assurée par les compte-rendus.

Les interfaces entre secteurs (administration - soins) sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'organisation de l'établissement permet le déploiement et la mise en œuvre de nombreuses démarches d'EPP, avec un engagement effectif des professionnels au sein des groupes de travail liés (bien-être, douleur, etc...). Des CREX permettent également cette mobilisation autour de thèmes précis, issus du système de déclaration des événements indésirables.

L'évaluation de la satisfaction des usagers, en lien avec la CDU, est effective.

L'évaluation du système de management de qualité/gestion des risques en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés est réalisée. Le tableau de bord qualité/risques est produit semestriellement (satisfaction des patients, nombre d'événements indésirables, évaluation de la prise en

charge en fin de vie, constats de chutes, fugues et violences/maltraitances).
Un audit du système documentaire a été effectué en 2015.
L'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels et représentants des usagers est effective et contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge en lien avec la CDU.
Un tableau de bord, produit semestriellement, liste les indicateurs qualité et de coordination de la qualité et de la gestion des risques.
Un bilan d'activité relatif à la qualité est établi chaque année.

Cependant, Les conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins ne sont pas évaluées. Il n'est pas retrouvé d'évaluation de cette fonction.

A / AGIR

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

L'analyse des résultats par les pilotes et les professionnels concernés donne lieu à des actions d'amélioration intégrées dans le plan d'actions du processus.
Le réajustement du programme et de la politique qualité / gestion des risques en fonction des évaluations menées et des résultats obtenus est réalisé, au moins une fois par an.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
L'analyse et la comparaison avec des structures similaires sont effectives, notamment pour les trois établissements faisant partie de la direction commune.
Les résultats sont communiqués aux professionnels par l'encadrement lors de réunions formelles ou informelles et par le biais des instances. Les EPP sont notamment communiquées en CME.
Les résultats de la politique qualité sont transmis:
- auprès des professionnels via réunions, lettre d'info (Tonhic),
- auprès des usagers : livret d'accueil, affichage.

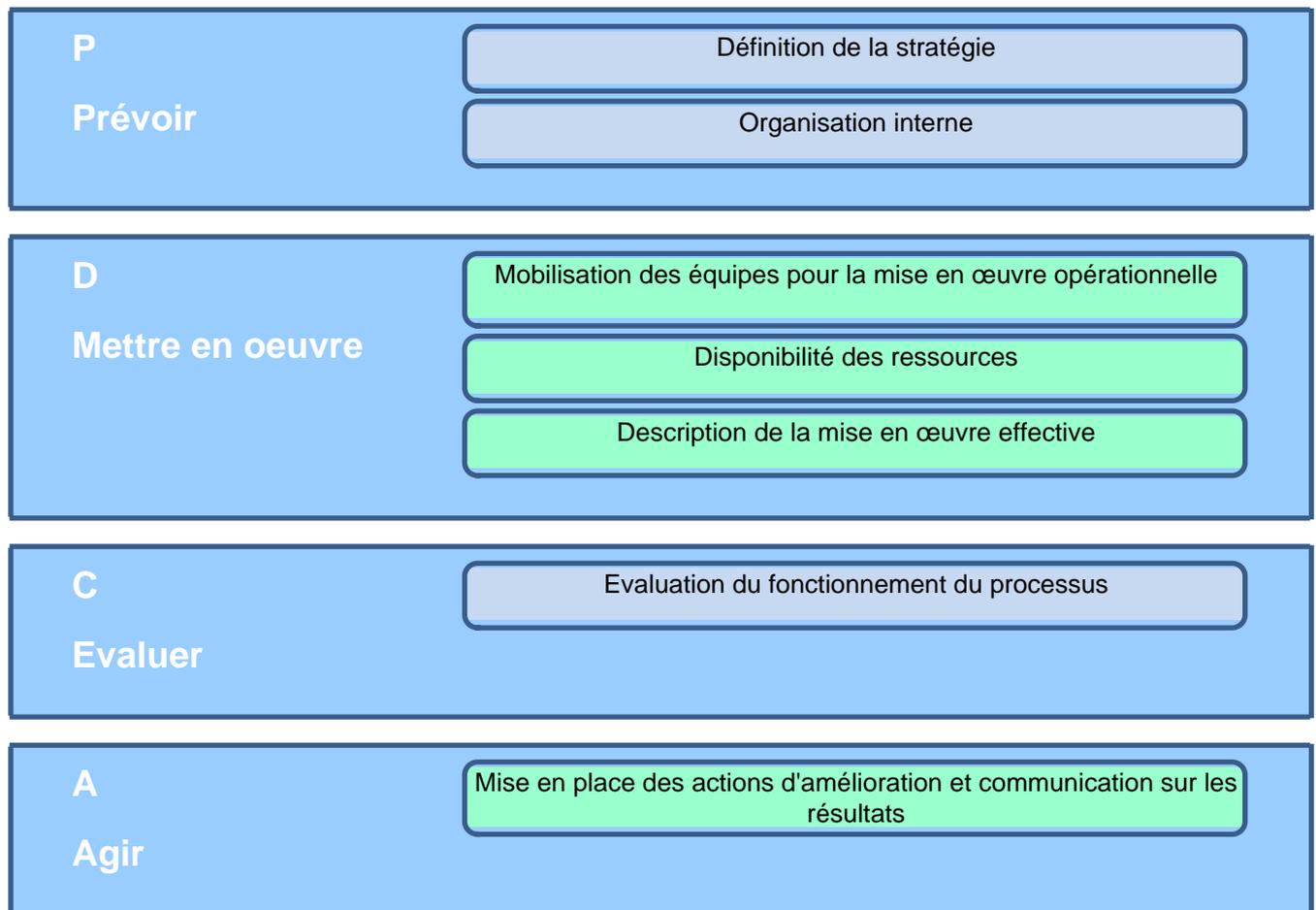
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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

La politique de lutte contre les infections associées aux soins est validée au sein du CLIN, en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques et l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Cette politique s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement : projet d'établissement, CPOM, politique qualité et projet de soins.

L'EOH identifie ses objectifs sur la base d'une identification des besoins (contexte, réglementation, résultats des différents audits internes, suivi d'indicateurs locaux, participation aux enquêtes régionales et nationales (CCLIN, IQSS...), et d'une identification des risques a priori.

L'identification des risques se fait au travers d'une cartographie des risques détaillée dont les risques principaux sont intégrés dans le compte-qualité. L'établissement a identifié, hiérarchisé et analysé l'ensemble de ses risques infectieux de manière pluridisciplinaire avec des équipes pluriprofessionnelles.

4 risques prioritaires ont été identifiés dans le processus "gestion du risque infectieux" du compte qualité.

La politique de maîtrise du risque infectieux est traduite dans un programme d'actions institutionnel formalisé autour de cinq rubriques (prévention, surveillance, formation/information, évaluation et indicateurs).

Ce programme est ensuite décliné en actions d'amélioration. Les actions prioritaires du compte qualité figurent dans le PAQSS.

Le programme annuel de maîtrise du risque infectieux est validé en CLIN puis en CME.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par le médecin président du CLIN et l'IDE hygiéniste (0.7 ETP sur l'établissement).

Les rôles et les responsabilités sont formalisés dans les fiches de poste des professionnels (infirmière hygiéniste, agent de bionettoyage, chef d'équipe du bionettoyage, ASH, notamment).

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines nécessaires, en effectifs (réseau de correspondants en hygiène) et compétences (formation par l'infirmière hygiéniste des correspondants et des nouveaux arrivants). Un référent pour l'antibiothérapie (ATB) est identifié à hauteur de 0.013 ETP pour l'établissement (Convention avec le CH Rodez); des conseils en ATB peuvent être délivrés par téléphone si nécessaire, y compris le week-end.

Le plan de formation fait mention d'actions à destination des correspondants et des professionnels. Les formations internes sont délivrées par l'infirmière hygiéniste tant sur l'hygiène de base (hygiène des mains, entretien des locaux) que pour les actes à haut risque infectieux (précautions complémentaires, prévention des Accidents d'Exposition au Sang AES).

Le président du CLIN et le pharmacien participent à la formation/sensibilisation des nouveaux personnels médicaux.

Les procédures et modes opératoires pour la surveillance et la prévention du risque infectieux sont élaborés par l'IDE hygiéniste. Les protocoles sont validés par le CLIN et intégrés dans la base documentaire institutionnelle. Ces protocoles sont en adéquation avec les besoins de l'établissement : hygiène de base, entretien des locaux, actes à haut risques infectieux, notamment les gestes invasifs.

Les ressources matérielles sont prévues en adéquation aux besoins des professionnels et des patients (équipements de protection individuelle, matériels, produits de désinfection et d'hygiène des mains, dispositif de prévention des AES) et en adéquation aux besoins de la prise en charge (hygiène des locaux, circuits des déchets et balnéothérapie...).

Afin d'assurer des conditions d'hygiène optimale des locaux, l'EOH a organisé deux équipes, l'une auprès des patients (ASH), l'autre pour les surfaces plus importantes (agents de bionettoyage).

Une organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques est en place: protocoles, guide d'antibiothérapie, procédure d'accueil des nouveaux prescripteurs, tableau de suivi de l'ATB inséré dans le logiciel par le pharmacien, surveillance épidémiologique et de la résistance aux antibiotiques, via les antibiogrammes.

Les interfaces sont organisées entre le CLIN et les professionnels de terrain ainsi qu'entre le CLIN et les structures ressources concernées (laboratoire, pharmacie, BIH, service entretien, réseau...). Le linge plat est confié à la Blanchisserie Inter Hospitalière (BIH) de Millau. La prestation fait l'objet d'un cahier des charges et de contrôles réguliers.

Un représentant des usagers est membre du CLIN et a ainsi connaissance du programme d'actions.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de la taille de l'établissement, les cadres de chaque secteur d'activité organisent la déclinaison opérationnelle de la démarche institutionnelle pour la gestion du risque infectieux. L'infirmière hygiéniste assure sur chaque bâtiment le relais pour l'accompagnement et/ou le suivi de la mise en œuvre des actions définies, en lien avec les correspondants d'hygiène.

Les correspondants des unités et l'infirmière hygiéniste sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur les procédures lors de réunions d'équipe organisées lors des temps de synthèse ou des réunions ad hoc (sur des thématiques ciblées ou la communication de résultats d'évaluation, comme la consommation de solution hydro-alcoolique).

L'évaluation des activités est effective (via des audits de pratique notamment) et les résultats sont communiqués aux professionnels concernés.

Une dynamique de terrain favorise l'implication des professionnels aux recommandations, aux démarches d'évaluations des pratiques professionnelles, ainsi qu'au signalement des situations à risque infectieux.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences conviennent à l'établissement.

L'IDE hygiéniste est titulaire d'un DU hygiène. Les correspondants participent aux journées du réseau (ARLIN).

La formation périodique des professionnels à l'hygiène, notamment des locaux, et à la prévention du risque infectieux, est effective. Ces formations ont lieu en externe (formation des correspondants par le CCLIN par exemple) ou en interne (plan "bis" de formation, dispensée par l'infirmière hygiéniste). Des formations spécifiques (cathéter implantable) ont eu lieu en 2014 et 2016.

Les nouveaux arrivants sont informés lors de la journée d'intégration, et au préalable par tutorat durant la période de doubleur.

La formation périodique des professionnels médicaux au bon usage des antibiotiques a lieu en interne, par le pharmacien et/ou le président du CLIN.

La documentation est accessible dans la base documentaire informatisée et sur support papier. Elle est actualisée et connue des professionnels. Un guide d'antibiothérapie est mis à disposition et utilisé par les prescripteurs. Les différents comptes rendus sont disponibles.

Les ressources matérielles sont disponibles: protections individuelles, kit AES, matériels sécurisés, chariot ménage, unités mobiles pour les précautions complémentaires, lave-bassins, microfibrés, centrales de dilution, deux gammes d'antiseptiques, etc...

Les locaux sont fonctionnels (notamment au sein du bâti des SSR Locomoteur, Personnes Agées Polypathologiques, Neurologie) et les équipements nécessaires à leur entretien mis à disposition.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre du programme de prévention du risque infectieux ainsi que les procédures d'hygiène et de bonnes pratiques sont déclinées dans les différents secteurs de soins et par les différentes catégories de personnel. Les procédures, les produits utilisés, les modes d'utilisation sont connus et suivis des agents dans chaque secteur.

Le pharmacien suit les consommations des antibiotiques (via l'outil CONSOIRES) et intervient le cas échéant.

Un suivi des infections est réalisé en collaboration avec le laboratoire de Rodez qui alerte les praticiens et le service de soins si besoin.

Pour les patients le nécessitant, des moyens de protection et d'isolement sont prévus et mis en place.

Les correspondants en hygiène se réunissent plusieurs fois par an et sont chargés de relayer l'information dans les services. Des rencontres ponctuelles et des réunions avec l'encadrement permettent la coordination des actions et des professionnels.

Le CLIN se réunit à fréquence définie, deux fois par an.

Les comptes rendus de ses réunions sont transmis aux services de soins et diffusés.

L'antibiothérapie fait l'objet d'une réévaluation par le pharmacien dans le cadre du contrôle pharmaceutique, ainsi que par le médecin.

La traçabilité dans le dossier patient de cette réévaluation entre la 24ème et la 72ème heure est en grande partie effective, ce que confirme l'indicateur ICATB 2 associé (73 % en 2016).

Un plan de surveillance bactériologique est organisé (prélèvement d'eau, de surfaces). Le suivi de la maintenance du circuit eau (risque légionelles), de la balnéothérapie et l'entretien des locaux sont assurés en interne selon une méthodologie définie.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. L'établissement s'inscrit dans le réseau régional (CCLIN).

La traçabilité du bionettoyage est assurée sur des supports adaptés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation périodique du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques, notamment à l'aide d'indicateurs (IQSS) et le suivi de la mise en œuvre du programme de gestion du risque infectieux sont effectifs et assurés par l'infirmière hygiéniste.

Un tableau de bord issu du BILANLIN permet en particulier d'assurer ce suivi.

Les résultats des prélèvements : surface, eau, sont suivis et analysés, notamment pour la balnéothérapie (2 prélèvements non conformes en 2016).

Des indicateurs permettent un suivi régulier pour les AES et les doses définies journalières (DDJ).

Cinq EPP ont été menées : «pose et surveillance de cathéter veineuse périphérique, évaluation de la mise en place des précautions complémentaires, prise en charge des infections respiratoires aiguës basses, prélèvement de laboratoire, et hygiène des mains/Port des gant».

Un bilan d'activité annuel est réalisé par l'EOH et validé par le CLIN avant d'être diffusé. Ce bilan annuel sert de base pour l'élaboration du futur plan d'actions.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration du dispositif sont mises en œuvre en fonction des résultats obtenus.

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

Les résultats, notamment des indicateurs nationaux du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales, sont diffusés à l'attention des patients dans le livret d'accueil ainsi que par l'affichage public obligatoire dans l'établissement.

Ils sont également communiqués en interne, lors des instances, des réunions d'information mais aussi par la lettre d'information Tonhic.

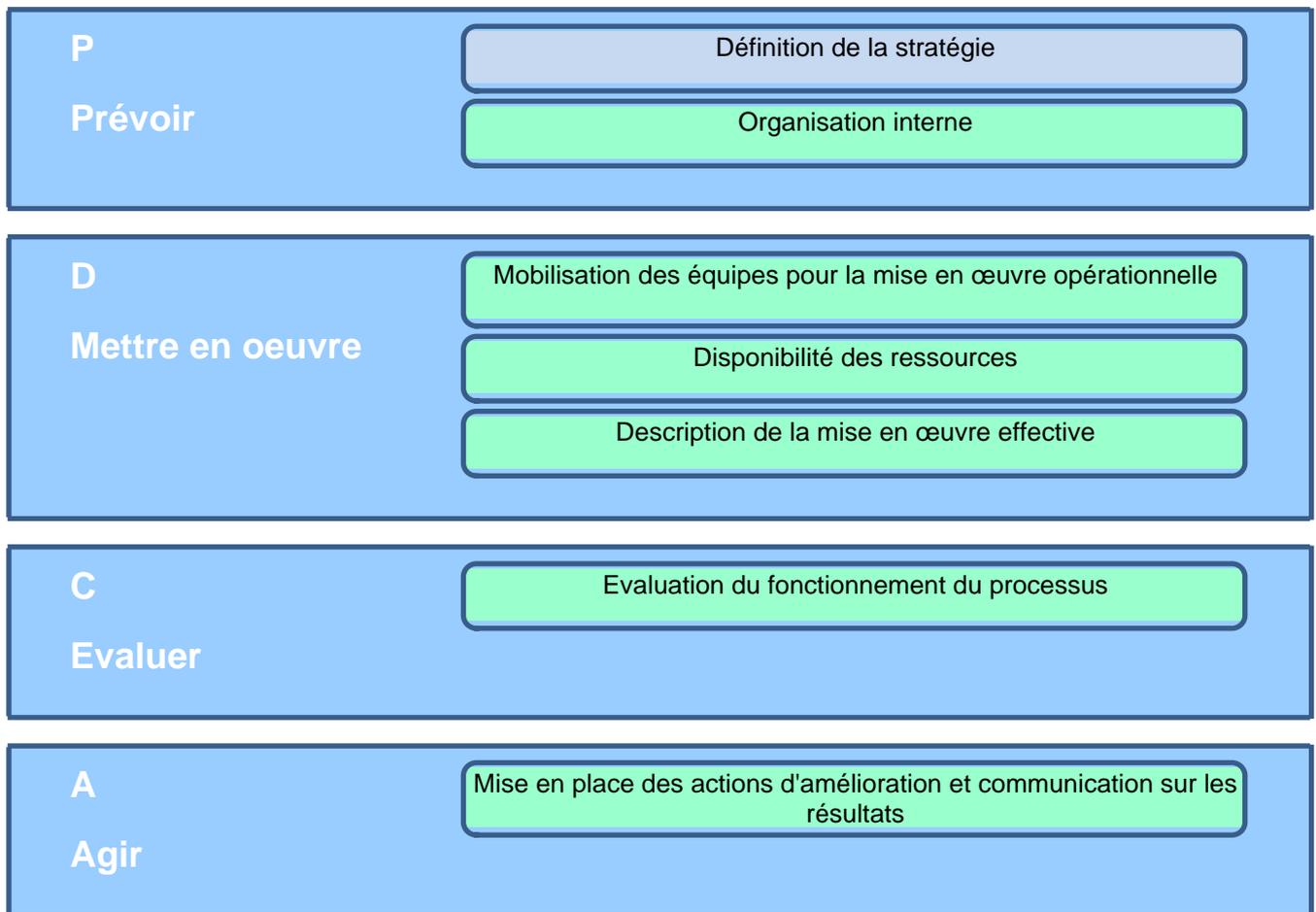
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet d'établissement 2013-2017, aborde dans ses différents projets le respect des droits du patient (dignité, bientraitance, projet de vie, accueil et accompagnement de l'entourage, l'information au patient, ...). Le projet de soins y fait référence dans l'axe 1 (parcours du patient) : bientraitance/éthique.

Cette stratégie s'appuie également sur la politique qualité, qui met en avant les droits des usagers dans son chapitre V, principalement au travers du traitement des plaintes et réclamations, et de leur expression. Une politique d'évaluation de la satisfaction des patients a été établie en 2015.

L'identification des besoins tient compte des pratiques professionnelles notamment celles induites par la vétusté de certains locaux, des résultats des audits internes, des résultats des enquêtes de satisfaction, des évaluations internes, etc....

L'établissement s'est mobilisé pour l'élaboration du compte qualité au travers du groupe de travail "droit des patients".

Le Compte Qualité (CQ) a été saisi par le responsable qualité en lien avec les pilotes des processus.

L'analyse des risques est réalisée au niveau de l'établissement conformément à la méthodologie HAS. Cinq familles de risques sont identifiées, relatives à la dignité (communications verbales et non verbales inadaptées), la confidentialité (discretion des échanges, pas de box en réadaptation, identité), la liberté (bonnes pratiques de contention), l'information (manque d'information délivrée au patient en cas de dommage lié aux soins), la traçabilité (manque de traçabilité de la participation ou de l'accord du patient à son projet thérapeutique).

Les actions définies dans le compte qualité sont reprises dans le PAQSS, outil de suivi partagé et commun à tous, en relation avec les risques identifiés. Ce programme est en relation avec les résultats des enquêtes de satisfaction, des indicateurs et des audits menés dans ce domaine.

Les ressources et modalités de suivi sont définies: objectifs, actions, responsables, échéances, mais non priorisées. La stratégie a été validée par les instances, en 2013 (projet d'établissement) puis avec la politique qualité en 2016, en COPIL qualité et en CME.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus « droit des patients » est assuré par le directeur des soins et une psychologue. Leurs missions sont précisées dans une fiche mission « pilote de processus ». Les pilotes s'appuient sur deux groupes de travail, celui sur les droits des patients, et un groupe bientraitance, pluriprofessionnel.

Les rôles et responsabilités des professionnels concernés par la politique « droit des patients » et sa mise en œuvre sont définis et précisés, pour la directrice qualité, dans sa fiche de poste (« relations avec les usagers »).

Au regard des soins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires et organise la formation des professionnels aux droits des patients. Ainsi en 2015, six professionnels ont bénéficié d'une formation sur les droits des patients (bientraitance principalement) et en 2016, 19 personnes pour quatre actions de formation. Les ressources documentaires (procédure, protocoles) sont intégrées au système de gestion documentaire informatisé et papier. Elles comprennent notamment : les modalités de signalement en cas de maltraitance, les modalités d'accueil du patient en sanitaire, l'organisation relative à l'information donnée au patient, l'organisation du recueil du consentement éclairé, et le cas échéant du refus de soin, le processus d'information en cas de dommage lié aux soins, l'accès du patient à son dossier, les modalités de désignation de la personne de confiance (avec en sus un document destiné aux patients), et la mise en place des contentions.

La procédure concernant les directives anticipées a été diffusée, les formulaires l'accompagnant le seront prochainement.

Le livret d'accueil comporte un chapitre sur les droits des patients, présente la CDU et indique les moyens de contacter les représentants des usagers.

Les besoins en locaux, matériel et équipements sont identifiés afin d'améliorer l'accueil des patients dans la partie ancienne de l'établissement (médecine et SSR Polyvalent): un programme de travaux est prévu.

La gestion des interfaces notamment entre la direction, la CDU, le comité éthique inter-établissement, les services médicaux et médicotechniques, est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activité, ce qui permet l'articulation cohérente des missions et compétences.

La CDU s'est réunie conformément à la réglementation en 2015 et 2016.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La direction et les pilotes du processus, déclinent avec les cadres de proximité, les objectifs et les actions relatifs aux droits des patients dans les différents services.

Ils assurent la sensibilisation des équipes lors des temps de synthèse (information sur le retour des questionnaires de satisfaction, les plaintes et réclamations par exemple) et organisent la mise en œuvre des actions d'amélioration. Ils veillent à la bonne application des procédures et évaluent l'impact sur l'amélioration des résultats à travers notamment la réalisation d'audits ou évaluations programmés avec le service qualité (audit sur la présence de la personne de confiance et la personne à prévenir dans les dossiers des patients par exemple).

Des audits et enquêtes transversaux sont régulièrement organisés dans les unités de soins : les professionnels en sont informés. Certains professionnels sont sollicités pour participer à des groupes de travail (appel à candidature). Ils disposent également des résultats des questionnaires de satisfaction.

L'ensemble des résultats est restitué aux équipes et des actions d'amélioration sont planifiées et inscrites dans le programme qualité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (en termes d'effectifs et de formation) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les personnels soignants, les personnels de rééducation, des assistantes sociales, psychologues, animatrices sont disponibles pour offrir un accueil personnalisé et un soutien à l'entourage, si besoin. Une Equipe Mobile de Soins palliatifs (EMSP) est également mobilisable.

Une partie des professionnels en poste est formée ou sensibilisée aux droits des patients, dans le domaine de la promotion de la bientraitance ou de la confidentialité notamment.

Les professionnels ont à leur disposition les protocoles ou procédures portant sur le droit des patients : déclaration de situations de maltraitance, désignation de la personne de confiance, etc. Les procédures sont consultables sur la base de gestion documentaire.

Le patient bénéficie de ressources documentaires concourant à son information (livret d'accueil, affiche, site internet, à mettre à jour).

L'établissement diffuse l'ensemble des informations nécessaires à la prise en charge des patients dans le livret d'accueil ; La charte du patient hospitalisé est affichée dans les services et se trouve dans le livret d'accueil.

Les ressources matérielles sont disponibles dans tous les secteurs d'activité. L'établissement dispose de chambres particulières et de sept chambres à 2 lits. Des équipements, type rideaux sont en place afin de garantir le respect de l'intimité en chambre.

Les locaux plus vétustes (médecine et SSR Polyvalent) compliquent cet aspect.

Des aides sont apportées pour assurer la déambulation des patients et des personnes en situation de handicap.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

L'accueil du patient et de son entourage est personnalisé, avec des mesures de soutien dans les situations qui le nécessitent.

A son arrivée, une aide soignante du service accompagne le patient dans sa chambre et lui présente les conditions d'hébergement et de prise en charge, ainsi que le livret d'accueil.

La participation du patient dans la construction et la mise en œuvre de son projet de soins personnalisé et, s'il y a lieu, de son entourage, est recherchée, ce que confirme en partie l'indicateur IQSS tenue du dossier patient.

L'information du patient sur son état de santé et les soins proposés est réalisée, elle inclut la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins.

Le recueil de la personne à prévenir, de la personne de confiance, du consentement éclairé le cas échéant, est réalisé et tracé dans le dossier du patient.

Projets de prise en charge, organisation et pratiques permettant le respect des libertés individuelles sont assurés. Les restrictions de libertés et notamment les contentions font l'objet d'une prescription et sont tracées dans le dossier. La réévaluation de ces prescriptions est réalisée. Un travail est consacré à la contention actuellement, tant au niveau du compte qualité que de l'EPP.

La dignité et l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène, sont respectées (les portes sont systématiquement fermées et la présence est mise par exemple).

Les organisations et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient (transmissions dans la salle de soins porte fermée par exemple).

Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont réalisées régulièrement, notamment un questionnaire d'auto-évaluation des pratiques en 2015.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

L'information du patient hospitalisé sur leurs droits et les missions de la CDU est assurée dans tous les services (affichage de la charte des droits du patient...) et par le livret d'accueil.

Toutefois, les modalités de signalement en cas de maltraitance ne sont pas connues des professionnels. Les professionnels rencontrés en SSR Locomoteur et en médecine (kiné, AS, IDE) ignorent l'existence du

formulaire idoine.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure périodiquement l'évaluation de la satisfaction des patients via l'exploitation des questionnaires de sortie qui comprend plusieurs items en lien avec le respect de leurs droits.

Le taux de retour des questionnaires est suivi, l'analyse faite, restituée aux unités de soins chaque semestre et présentée aux instances (CDU, COPIL qualité notamment).

Des audits sont réalisés régulièrement (accueil du patient en 2014).

L'évaluation de l'ensemble du processus droit des patients est basée également sur le recueil d'indicateurs de suivis (nombre de plaintes, nombre de personnel formé à la bientraitance et aux soins palliatifs, suivi des plaintes et réclamations, et du recueil des indicateurs nationaux (IQSS douleur notamment, I-satis n'est pas calculé faute d'adresses électroniques en nombre suffisant).

Deux EPP sont en lien avec le processus : contention et bientraitance.

A / AGIR

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

Au regard des résultats obtenus, des actions d'amélioration relatives aux droits des patients sont mises en place.

Leur suivi est assuré par les pilotes et la directrice qualité, conformément à l'organisation retenue et leurs avancées présentées en CDU.

Les résultats sont communiqués selon les canaux habituels aux instances, aux professionnels, à la CDU, et aux usagers.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

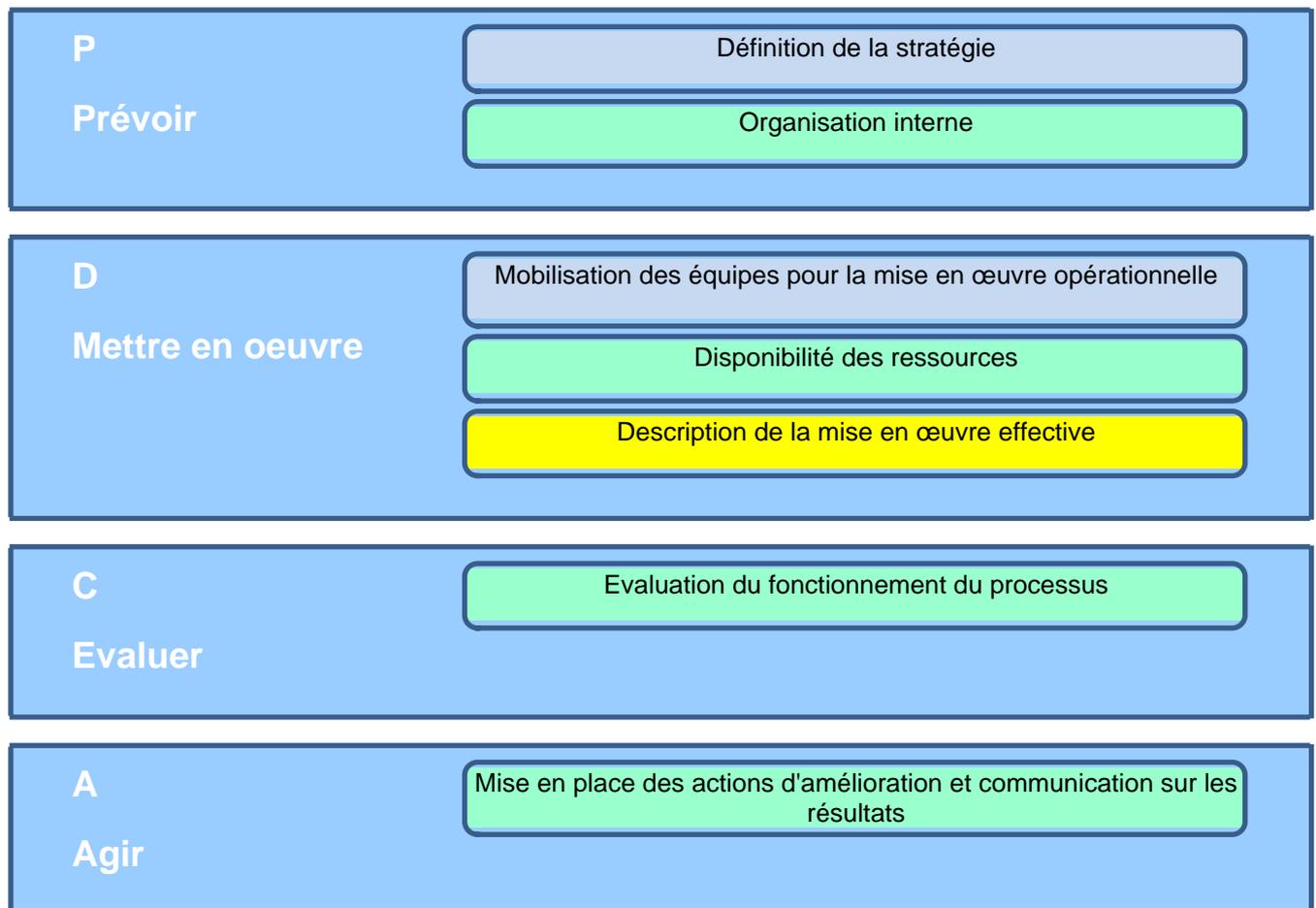
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie relative au parcours patient du CHI d'Espalion-Saint Laurent d'Olt se retrouve abordée au sein du Projet d'Établissement (PE) 2013-2017, du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2013-2017. Elle trouve également un ancrage dans le nouveau paysage des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), notamment du GHT du Rouergue (Aveyron Nord), principalement dans sa filière SSR (un médecin PH de l'unité de SSR du Centre de Médecine Physique et de Réadaptation -CMPR- est d'ailleurs le pilote de la filière SSR dans le cadre de la définition du Projet Médical Partagé du GHT).

Ainsi, la structure répond aux besoins de la population définis par les schémas de planification, avec une offre de soins de proximité de 13 lits de Médecine dont 2 identifiés Soins Palliatifs (lui octroyant la classification « Hôpital de proximité » selon les critères d'éligibilité définis), de 15 lits de SSR Polyvalent, de 30 lits de SSR de l'appareil locomoteur (CMPR), de 20 lits de SSR du système nerveux, de 20 lits de SSR « Personne Agée Poly-Pathologique » et de 5 places d'hospitalisation partielle de SSR CMPR. Sur ce registre, l'activité ambulatoire est au cœur des préoccupations futures de la structure, afin d'offrir des alternatives qui devraient peser davantage dans le paysage sanitaire à venir. Quoiqu'il en soit, le dimensionnement actuel place la structure en pôle de référence de SSR sur le département de l'Aveyron, et porte son attractivité sur une aire interrégionale. Par ailleurs, l'offre de proximité est confortée par l'adossement de 189 lits EHPAD répartis sur 2 sites, Espalion (150 lits) et Saint Laurent d'Olt (39 lits). Également, l'établissement est en direction commune avec 2 autres structures sanitaires (Saint Geniez d'Olt et Salle la Source), un projet à court terme prévoyant un rapprochement de direction commune avec le CH de Rodez.

Pour assurer l'alimentation du Compte Qualité (CQ) de la procédure de Certification V2014, 4 pilotes (2 médecins, 2 cadres) ont été désignés pour réaliser la cartographie du processus, avec l'appui méthodologique de la Directrice Qualité. L'approche, abordée au décours des 22 rencontres réalisées depuis mars 2015, a pris en compte le bilan de l'existant, l'environnement, les déclarations d'Événements Indésirables (EI), les plaintes et réclamations, les indicateurs connus (rapport d'activité, DMS, taux d'occupation, données PMSI, indicateurs IQSS sur le sujet) pour étayer les risques de la thématique. Une priorisation selon la méthodologie de la HAS a ensuite débouché sur la formalisation de 7 plans d'actions, aux modalités de suivi définies (responsabilités, échéances, indicateurs). Cette démarche, validée par les instances concernées (Comité de Pilotage Qualité Gestion des Risques, CME, CSIRMT et CDU notamment), a ensuite été intégrée au CQ et au Programme d'Amélioration Qualité Sécurité des Soins 2016-2020 (PAQSS) de la structure.

ORGANISATION INTERNE

De manière à répondre à ses orientations, le CHI d'Espalion-Saint Laurent d'Olt se développe autour de 2 axes prioritaires pouvant être concomitant :

- Un volet portant sur le rapprochement ville-hôpital, en nouant des relations avec les médecins libéraux du secteur (réponse aux besoins de proximité),
- Un volet orienté sur la rééducation et/ou la ré autonomisation de ses filières autorisées, en tissant des liens interrégionaux (CHU/CH de Clermont Ferrand, Toulouse, Montpellier, Aurillac, Rodez restant l'hôpital pivot et de référence).

Dans cette philosophie, différentes conventions couvrent l'amont, le « pendant » et l'aval des prises en charge selon les nécessités (CH Rodez, CMP, EMSP de Rodez, HAD de l'UDSMA, Palliance 12, MAIA, EPHAD Nord Aveyron...). Par ailleurs, la structure apporte sa contribution au maillage du territoire à travers la définition de son Equipe Mobile Gériatrique (EMG).

Ces différents réseaux et/ou organisations facilitent la gestion des interfaces avec l'extérieur. Les interfaces internes rendues aisées par la taille de l'établissement s'appuient sur la planification de temps d'échanges (réunions pluridisciplinaires, transmissions...), sur le partage du dossier patient et/ou de la base de gestion documentaire. Par ailleurs, les rôles et les responsabilités concernant la prise en soins et le parcours du patient sont identifiés. Les pilotes du processus « parcours du patient » disposent d'une fiche de missions. Les ressources nécessaires aux besoins de la prise en charge du patient sont identifiées et leur adéquation est organisée, que ce soit en terme d'effectif, de formation, d'équipement, de logistique ou autre.

Ainsi, la structure s'est organisée pour assurer la continuité et la sécurité des soins, de l'admission à la sortie du patient, avec un recours éventuel pour les situations urgentes au centre 15 départemental. Des registres sont également établis pour garantir la prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique (personnes âgées, personnes porteuses de handicap, maladies chroniques, personnes démunies...). Les situations particulières (risque suicidaire, accueil et/ou prise en charge d'une urgence vitale...) répondent aussi à des dispositions prédéfinies.

De même, le CHI d'Espalion-Saint Laurent d'Olt calibre son budget d'investissement pluriannuel et/ou annuel en fonction de son programme de maintenance et/ou restructuration de ses locaux à venir, en tenant compte de ses orientations, des besoins des professionnels ou des injonctions réglementaires.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La traduction des orientations stratégiques est engagée sur l'ensemble des unités sanitaires. A titre illustratif, des 7 actions déclinées dans le CQ, 2 sont closes dans les délais impartis et 5 demeurent initiées dans le respect des échéances établies.

Des campagnes d'information relatives au processus « parcours patient » ont également été réalisées sur les 3 sites géographiques distincts (Médecine SSR polyvalent ; SSR Personnes Agées Poly-pathologiques – SSR Neurologie – SSR locomoteur CMPR ; Plateau technique).

Par ailleurs, les EPP (prise en charge des chutes, prise en charge de la douleur et des soins palliatifs, prise en charge des troubles nutritionnels et des prescriptions de compléments alimentaires, prise en charge des prothèses d'épaule et de la coiffe des rotateurs, prise en charge des patients lombalgiques, prise en charge des escarres, prise en charge des AVC, pertinence des pansements) intéressent l'ensemble des acteurs (médecins, IDE, rééducateurs, diététicienne...), ainsi que des secteurs de la structure.

Enfin, les médecins et cadres responsables d'unités s'assurent du respect de la conformité des pratiques, au regard du suivi des différents tableaux de bord mis à leur disposition (audits, IQSS, analyses des déclarations d'événements indésirables, des plaintes et réclamations ou résultats des questionnaires de sortie...).

En fonction, des actions d'amélioration sont définies avec les professionnels concernés pour alimenter ensuite le PAQSS.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au jour de la visite, l'organisation médicale repose sur 5 médecins libéraux intervenants au niveau des 13 lits de Médecine, (avec une coordination assurée par un médecin PH rééducateur de la structure), tandis que 5 médecins PH spécialisés MPR/gériatres se partagent l'activité des 90 lits et places de SSR, ou encore de l'EMG. Le plateau technique de rééducation de SSR est composé de 11 kinésithérapeutes, de 6 ergothérapeutes et d'un professionnel titulaire d'un STAPS. 2 psychologues, 2 assistantes sociales, 1 diététicienne, 1 orthophoniste (vacataire pour l'heure en attente de recrutement d'1 ETP), 1 maître-nageur complètent l'offre, tandis que l'encadrement des équipes paramédicales repose sur 3 titulaires, l'ensemble restant sous l'autorité d'un FF de Directeur des Soins.

La continuité des soins et des programmes de rééducation est garantie par des plannings de travail, où effectif et compétences demeurent adaptés aux différentes situations rencontrées sur la structure. Une astreinte médicale H24 est assurée par les 5 médecins PH. Des gardes administratives et techniques sont effectives, un système de sauvegarde informatique est opérationnel, avec recours à un mode dégradé sur édition et/ou traçabilité sur support papier le cas échéant.

De même, l'établissement dispose de 2 chariots d'urgences (1 sur le secteur de Médecine, 1 sur les unités SSR du nouveau bâtiment), dont la vérification demeure effective sous la responsabilité du personnel IDE.

Pour ce qui est de la formation, elle couvre les différents champs et/ou domaine d'activité de la structure : personne âgée/gériatrie, dépression/psychiatrie, autonomie, dénutrition, handicap, dialyse, diabète, rééducation, aphasie, affections neurologiques, sclérose en plaque, étude des lieux de vie, définition d'un projet de vie individualisé.

Sur un autre registre, l'acquisition d'équipements est assurée selon les besoins identifiés. La maintenance préventive voire curative est réalisée, au besoin avec le concours de prestataires.

Quant aux infrastructures et/ou locaux, l'établissement a à sa disposition une balnéothérapie et une salle d'imagerie numérisée (cette dernière permettant de répondre aux besoins mineurs en la matière). Des plans d'investissement assurent le rajeunissement et/ou les restructurations nécessaires. Ce fut le cas dernièrement avec l'abandon d'un plateau dédié initialement au secteur de Médecine. C'est également le cas dans le cadre du projet de reconstruction d'un bâtiment pour les 13 lits de Médecine et les 15 de SSR Polyvalent.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations définies. La prise en charge pluridisciplinaire et pluri-professionnelles des patients est effective. Un recueil initial des besoins et de l'état de santé de la personne est réalisé le jour de l'admission, par le personnel médical et paramédical (IDE et AS). S'en suit en fonction des nécessités les interventions des rééducateurs ou autres professionnels (psychologue, diététicienne, assistante sociale...).

En SSR, la démarche conduit à la consignation d'un projet de soins personnalisé, associant le patient et/ou l'entourage, et intégrant de manière aléatoire une réflexion bénéfice-risque, parfois parcellaire (risque suicidaire sous l'égide du suivi psychologique et/ou de l'état thymique, risque de dénutrition prioritairement...).

Par contre, la traçabilité de projet de soins déclinant les objectifs thérapeutiques et/ou de prise en charge n'est pas systématique sur les 13 lits du secteur de Médecine, dont la gestion reste principalement assurée par les médecins libéraux.

De même, la traçabilité de la réflexion bénéfice-risque demeure inconstante selon les situations où

potentiellement elle peut être attendue (risque de chute, risque suicidaire et/ou état thymique, risque iatrogénique...). Ce constat a été rencontré à plusieurs reprises lors des investigations audits de processus terrain. Néanmoins, lorsqu'elles existent, ces composantes sont revisitées quotidiennement lors des visites médicales, transmissions ou réunions pluridisciplinaires hebdomadaires, tracées dans le dossier patient comme le confirme l'étude des 2 patients traceurs réalisée au sein de l'établissement.

En restant sur ce sujet, ces rencontres pluridisciplinaires demeurent l'occasion de concilier et d'articuler les activités de soins de suite et de réadaptation.

Sur un autre registre, dès l'admission, le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont consignés : poids, IMC, bilan biologique demeurent présents, comme a pu l'attester l'étude des dossiers des patients traceurs. Les EPP et les IQSS sur le sujet confirment cet état de fait.

Depuis la récente révision organisationnelle de l'identité-vigilance (décembre 2016), le personnel applique les nouvelles consignes (pose du bracelet d'identification, recherche de l'identité du patient lors des différents actes...). L'éducation, ou plutôt les actions éducatives du patient concernent un panel de domaines conséquents : diabète, traitement anticoagulant, sclérose en plaque, lombalgie chronique, troubles de la déglutition, troubles urinaires, soutien aux aidants. Des supports éducationnels sont mis en œuvre : actions engagées, compréhension du patient et/ou résultats sont retracés dans le dossier patient. De même, la liste des programmes d'éducation thérapeutique autorisés est affichée pour les patients au sein des différents secteurs, ou disponible pour les professionnels au sein des bureaux infirmiers.

Par ailleurs, la sortie est organisée et planifiée. Une distinction demeure toutefois. Si sur les unités de SSR le courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants externes dans les délais impartis, ce n'est pas le cas pour les 13 lits de Médecine (comme l'atteste les derniers résultats IQSS en la matière), même s'il convient de pondérer ce dernier constat (intervention des médecins traitants assurant une prise en charge de patients issus parfois de leur propre clientèle).

Sur un autre registre, les chariots d'urgence sont vérifiés mensuellement par le personnel infirmier. Des protocoles relatifs à la gestion des cas d'urgence sont connus des professionnels (mis à disposition sur le chariot d'urgence).

Enfin, les interfaces demeurent opérationnelles :

- en interne, soutenues par les temps de transmissions et de réunions pluridisciplinaires, l'accessibilité de la base documentaire ou encore le partage du dossier patient informatisé,
- En externe, grâce aux relations entretenues avec les structures partenaires (sous conventions), et/ou avec le soutien de supports techniques (fax, logiciel régional de demande d'admission SSR, fiche « Cerfa » nationale de demande EHPAD...).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement réalise l'évaluation du processus parcours patient à partir :

- De l'étude des IQSS (tenue du dossier patient : prise en charge de la douleur, délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, dépistage des troubles nutritionnels, traçabilité des réunions pluridisciplinaires...),
- Des audits patients traceurs et/ou du suivi des EPP,
- Du suivi des indicateurs propres à la structure (nombre de chutes, gravité et récurrences..., enquête appréciation des familles suite à un décès...),
- Du suivi de l'activité sanitaire (taux d'occupation, DMS, données PMSI...),
- De l'analyse annuelle des questionnaires de sortie,
- De l'analyse des déclarations d'événements indésirables et/ou des CREX,
- De l'étude des plaintes et réclamations.

Ces données alimentent des tableaux de bord, partagés et suivies régulièrement par les professionnels concernés, les pilotes du processus, la CME, le COPIL Qualité Gestion des Risques et au besoin la CDU.

A / AGIR

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

Les évaluations et les actions d'amélioration qui en découlent sont intégrées par la Directrice Qualité au PAQSS, tandis que les pilotes du processus réactualisent la cartographie du processus, avec redéfinition au besoin du niveau et/ou de la maîtrise du risque.

Tout en étant associés à la définition des plans correctifs, les professionnels sont informés des principaux résultats d'évaluation, des IQSS ou autres par l'intermédiaire de réunions de services, d'affichage au sein des services ou de publicité relayée par les cadres de secteur.

Des 7 actions déclinées dans le CQ, 2 sont acquises (consignation de l'évaluation sociale dans le dossier patient, coordination de la prise en charge sur l'unité de Médecine par un PH interne en juillet 2016), les 5 autres sont initiées en réclamant une poursuite de l'engagement pour conduire aux résultats

escomptés.

Par ailleurs, les résultats des IQSS sont mis à la disposition des patients au sein du livret d'accueil, et des usagers au niveau des halls d'accueil de la structure ou des unités.

Enfin, les plaintes, les réclamations et les actions correctives qui en découlent sont communiquées aux représentants de la CDU lors de ses réunions périodiques.

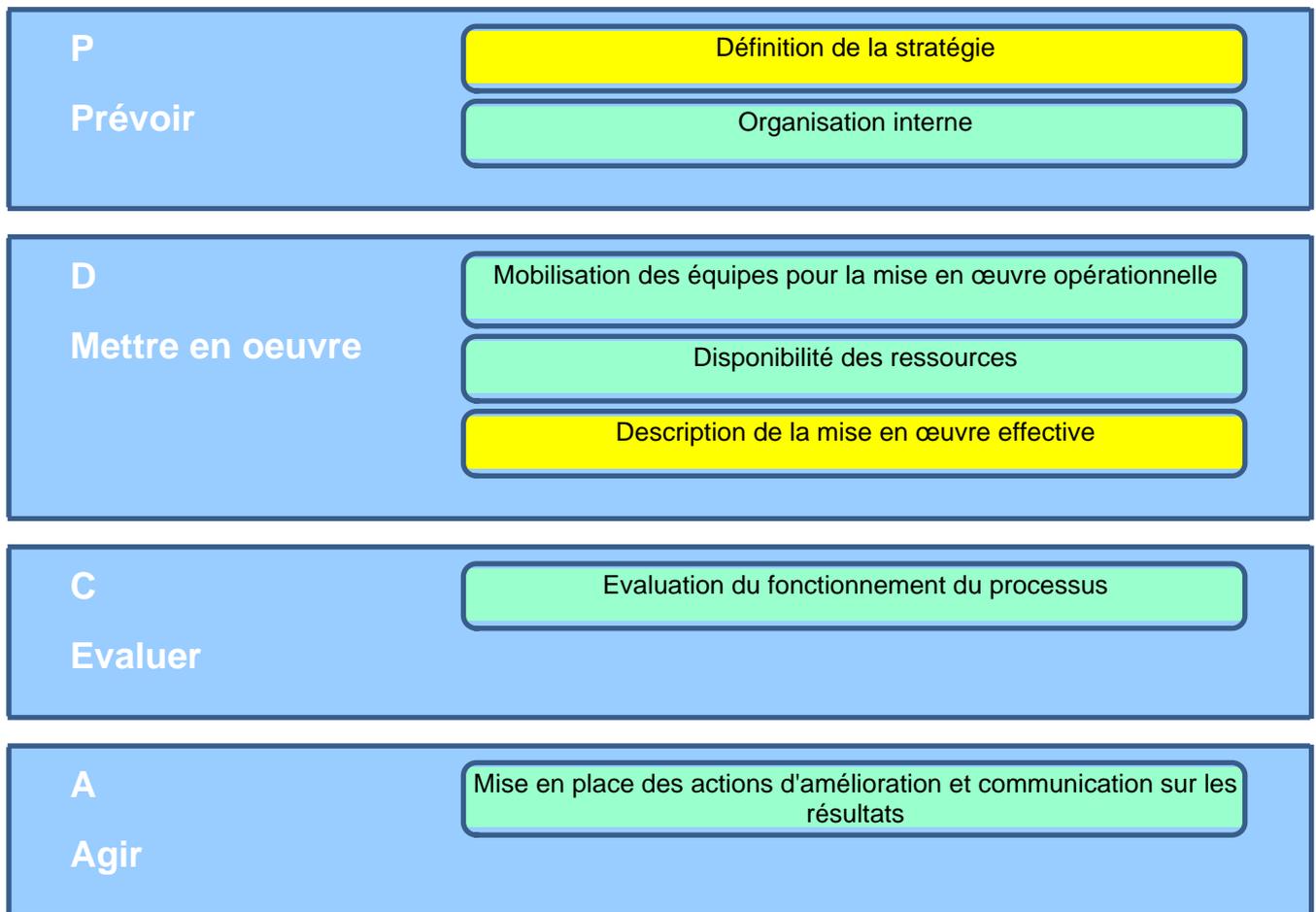
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de gestion du dossier patient, élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques, date de 2012. Cette politique, inscrite dans le projet d'établissement 2013-2017, ambitionnait la mise en œuvre d'un dossier patient informatisé accessible en temps réel par les professionnels au sein de leur secteur d'activité.

Une famille de risques a été identifiée sur ce processus à l'aide d'une cartographie des risques à priori avec des actions d'amélioration pour certains d'entre eux. Ces risques sont hiérarchisés, de même que dans le compte qualité (CQ) de l'établissement.

Des objectifs d'amélioration sont identifiés en lien principalement avec la politique institutionnelle, les mesures de traitement des risques identifiés et les résultats des indicateurs nationaux (IQSS et HN) et internes à l'établissement. Le plan d'actions qualité et gestion des risques (PAQSS) mentionne 31 objectifs d'amélioration, réalisés pour la plupart, dans l'onglet qualité, et 8 dans l'onglet gestion des risques, issues du CQ. Ils indiquent le pilotage des actions, les modalités de suivi, les délais et l'état d'avancement. D'autres actions figurent dans la cartographie des risques du processus.

La stratégie a été validée par les différentes instances concernées et décisionnelles (direction, CME) en 2013.

Le groupe DPI s'est mobilisé pour l'élaboration du compte qualité. Le CQ a été saisi par la directrice qualité en lien avec les deux pilotes du processus.

Toutefois, la politique de gestion du dossier patient n'est pas révisée annuellement. La politique date de 2012 et a été diffusée en 2013 ; elle prévoit des dispositions relatives au dossier papier aujourd'hui périmées. Le guide de tenue du dossier est inclus dans la politique du dossier patient, non réactualisée à ce jour, et axée principalement sur la gestion papier du dossier.

ORGANISATION INTERNE

Le processus dossier du patient est piloté actuellement par le faisant fonction de directeur des soins et un infirmier référent fonctionnel.

Les demandes de communication de dossier sont supervisées par la direction.

Une fiche de poste générique pour les pilotes de processus a été établie. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans une fiche de poste pour le faisant fonction de directeur des soins, la secrétaire médicale ou l'informaticien (1 ETP).

L'habilitation des professionnels pour l'accès au DPI est établie en fonction de leurs profils.

Les demandes de dossier après sortie sont reçues par la direction, traitées par la DQ et les médecins concernés et/ou le DIM.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires dont notamment un temps partiel de médecin DIM, issu du GHT (1 à 2 jours par mois). 0.2 ETP sont dédiés à la mission du référent fonctionnel DPI.

Les trois secrétaires médicales sont responsables de la tenue et de l'archivage des dossiers les concernant à la sortie du patient.

Un tutorat est organisé pour les nouveaux arrivants pour la prise en mains du logiciel.

La formation de l'ensemble des acteurs a été réalisée lors de la mise en place du logiciel DPI.

Le référent fonctionnel est disponible, de même que des référents informatiques dans les services.

Les ressources documentaires (procédures, protocoles, etc.) sont formalisées et diffusées au sein du réseau informatique et sous format papier. Elles concernent une grande partie de la gestion du dossier patient. A l'intérieur de la politique figurent les règles de tenue du dossier patient (responsabilités, tenue et utilisation des documents informatiques et papier, confidentialité, composition...), l'accessibilité au dossier des différents intervenants, l'archivage, la sécurisation.

L'accessibilité du patient à son dossier est organisée ainsi que son information quant à son droit d'accès, notamment dans le livret d'accueil.

Le plan de reprise d'activité a été élaboré, de même qu'une procédure dégradée, datée de 2012 et revue en 2014 sans changement.

Les ressources matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) sont prévues dans l'établissement.

La gestion des interfaces et la connexion des applications et des différents logiciels utilisés en interne sont organisées et finalisées pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité : dossier administratif maître de l'identité, dossier médical, dossier de rééducation...

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de la taille de l'établissement, il n'a pas été nécessaire de décliner le programme institutionnel pour chaque secteur. Au vu des risques et besoins, le top management accompagne ce programme dans l'ensemble de l'établissement.

Les cadres de secteur et le référent fonctionnel sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication sur la sécurité, notamment en matière de renouvellement des mots de passe, la traçabilité, l'utilisation des outils métiers, tutorat) afin d'assurer la continuité de la prise en charge du patient et de la traçabilité de tous les actes ou documents qui s'y réfèrent.

Le management s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues concernant la tenue du dossier patient et en particulier de la traçabilité des soins, de l'administration des médicaments, du recueil des données du patient, du suivi de la douleur, du recueil des divers consentements, etc.

Des actions correctives sont mises en œuvre le cas échéant, en lien avec les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Effectifs et compétences des professionnels correspondent aux besoins.

Ils sont formés à l'utilisation du dossier patient et connaissent les règles de tenue du dossier.

Les nouveaux arrivants sont doublés pendant quelques jours et formés à l'utilisation du logiciel du DPI par leurs collègues ou le référent.

La disponibilité des documents dans les services est effective via la base documentaire informatisée et les classeurs.

Locaux et matériels sont adaptés à l'activité.

Les ressources matérielles font l'objet d'un investissement régulier, de suivi et de maintenance. Le dépannage est pris en charge par les informaticiens avec des remplacements de matériel rapides si nécessaire.

Les locaux, notamment les archives, permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité et la préservation de la confidentialité des informations.

L'accès au guide de tenue du dossier patient est difficile. Les professionnels rencontrés ne retrouvent pas le guide. Ils expriment des difficultés d'accès.

Les résultats des évaluations du DPI ne conduisent pas aux améliorations nécessaires. Le logiciel DPI utilisé sur l'établissement n'est plus mis à jour, une nouvelle version majeure étant commercialisée. Les demandes d'évolution des utilisateurs et la réponse à leurs insatisfactions face aux bugs ne sont pas prises en compte. L'établissement a choisi de mutualiser son choix d'un nouveau logiciel DPI dans le cadre du GHT, cette action d'amélioration étant prévue pour mars 2018 dans le compte qualité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'information du patient concernant l'accès à son dossier se fait par l'intermédiaire du livret d'accueil (distribué à son entrée). L'organisation pour l'accès du patient à son dossier est effective et le respect du délai d'envoi du dossier, défini par la réglementation, est analysé. Ces informations sont partagées avec la CDU.

La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la PEC du patient est organisée en temps réel tant au niveau administratif que pour les professionnels de santé. Cela est confirmé par l'amélioration des indicateurs IQSS sur ce thème.

La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge se fait en en temps utile du fait de l'informatisation. La communication avec les correspondants externes est réalisée grâce au compte rendu d'hospitalisation ou le courrier de sortie.

Les interfaces entre secteurs et spécialités (médecine, radiologie, biologie, SSR, balnéothérapie...) sont opérationnelles.

Cependant, la traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient n'est pas systématiquement assurée. Lors de l'étude du patient traceur n° 1 du secteur de Médecine, la traçabilité de l'évaluation de la douleur et/ou de son soulagement était aléatoire. La donnée initiale à l'admission du patient indiquait une valeur à 5 (Echelle Numérique), sans qu'un suivi n'ait été consigné et tracé dans le dossier par la suite dans des délais acceptables et raisonnables. De même, l'étude de la globalité des dossiers renforce le constat d'une traçabilité inconstante selon la situation (patient algique) ou les jours d'hospitalisation (absence de traçabilité de l'évaluation à certaines dates).

Les demandes d'analyse de laboratoire ne sont pas toutes signées (et validées notamment par des professionnels habilités). Lors des études dossiers patients traceurs n°1 et n° 2 des services de médecine et de SSR Neuro, des prescriptions d'examen de laboratoire ont été initiées (donc validées en tant que telle dans le dossier patient) par des personnels non habilités, en l'occurrence le personnel infirmier. De cette situation, les experts visiteurs n'ont pas eu connaissance de protocoles internes clairement définis

sur le sujet, permettant d'établir les responsabilités le cas échéant.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation de la gestion du dossier patient est en place de manière continue, depuis plusieurs années, sur la base d'indicateurs IQSS et d'indicateurs propres à l'établissement comme par exemple l'audit du dossier patient en 2015, ainsi que le calcul de l'indicateur en mode hors protocole pour la médecine en 2016. Ces indicateurs sont partagés avec les médecins lors des CME et avec les cadres.

Une enquête de satisfaction relatif au dossier patient informatisé a été menée auprès des utilisateurs.

Les délais pour l'accès du patient à son dossier sont suivis (par des indicateurs), conformes à la réglementation (2015 : 4 jours, 2016 : 6 jours) et communiqués à la CDU.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre, notamment au regard des évaluations réalisées, en lien avec la CDU.

Les résultats des indicateurs IQSS sont communiqués :

- aux professionnels: via la lettre d'information, le classeur V 2014 et en réunions qualité,
- auprès des usagers : affichage, livret d'accueil.

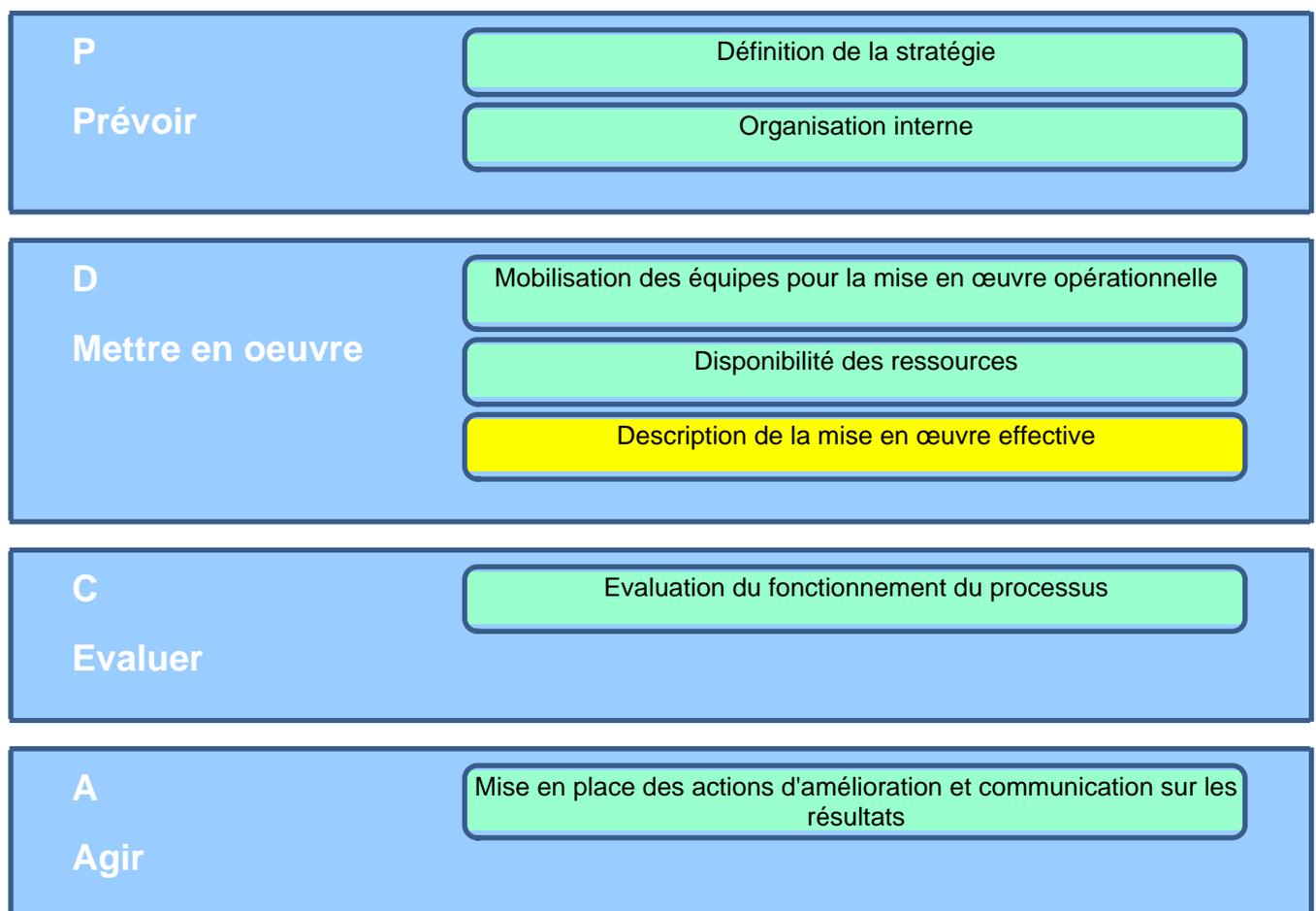
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CHI d'Espalion-Saint Laurent d'Olt a décliné, au sein de son Projet d'Etablissement 2013-2017, ses différents objectifs d'amélioration relatifs à la prise en charge médicamenteuse, dans un volet intitulé « Pôle de pharmacie commune » avec l'hôpital de Saint Geniez d'Olt lui-même intégré à la direction commune.

Parallèlement, une "Politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse" a été validée en décembre 2015, décrivant les objectifs attendus, l'organisation et les indicateurs de suivi retenus sur le sujet. Les dimensions particulières relatives à la prise en charge des personnes âgées sont retraduites au sein de la « Politique de la prescription chez le sujet âgé », validée en juillet 2013. Selon les documents, la démarche tient compte des missions et orientations de la structure, tout comme elle espère répondre à ses besoins.

Toutefois, l'actualisation et la cohérence de ces stratégies ne sont pas totalement assurées. A titre illustratif, si une volonté de développer la pharmacie clinique et la conciliation médicamenteuse se retrouve au niveau d'un axe du Projet d'Etablissement 2013-2017, elle ne figure pas au niveau de la traduction de la « Politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse » et/ou de ses objectifs validée en décembre 2015. De même, la politique relative aux prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé n'a pas fait l'objet d'actualisation depuis juillet 2013.

Par ailleurs et sur un autre registre, dans le cadre de la procédure V2014 et de l'alimentation du Compte Qualité, une cartographie du processus a été formalisée avec les professionnels concernés. De même, une identification des risques en s'appuyant des données internes (activités, suivi V2010, indicateurs IQSS, audit "Archimed" 2014, fiche de signalement d'événements indésirables, analyse des questionnaires de sortie...) a été initiée, puis priorisée selon la méthodologie de la HAS. Cette démarche s'est conclue par la définition d'un plan d'actions, rattaché au Programme d'Amélioration Qualité et de Sécurité des Soins (PAQSS 2016-2020) et au Compte Qualité (CQ), aux modalités de suivi définies (responsabilités, délais, indicateurs posés). PAQSS et CQ ont été présentés et validés par les instances concernées (CME, COPIL Qualité Gestion des Risques...).

ORGANISATION INTERNE

La déclinaison de la politique relative au management de la prise en charge médicamenteuse demeure sous la responsabilité du binôme Pharmacien - Directrice Qualité, suite à une délibération de la CME les identifiant comme responsables du Système de Management de la Qualité de Prise en Charge Médicamenteuse (RSMQPECM). Depuis l'introduction de la V2014, ces professionnels ont également été nommés copilote du processus. Des fiches de poste en décrivent les rôles et missions respectifs.

Pour soutenir la démarche, un COMEDIMS (sous-commission de la CME) est également établi, son règlement intérieur rédigé et réactualisé en 2015.

De même, les ressources nécessaires à la conduite de la politique préalablement définie sont identifiées, tant en terme d'effectifs, de compétences (et/ou de formation), d'équipements ou d'infrastructures. C'est également le cas vis-à-vis des supports documentaires, où l'ensemble du circuit du médicament est repris au sein de procédures, protocoles, guides descriptifs, ou encore de fiches d'enregistrement mis à disposition des professionnels. Le plus emblématique des éléments documentaires demeure la procédure relative au « Circuit du médicament », réactualisée en avril 2016 : y sont déclinés les règles de prescription, d'approvisionnement, de commande, d'analyse pharmaceutique, de dispensation, de transport, de réception, de rangement, d'administration, de gestion du traitement personnel, de gestion des médicaments à risque, de gestion des besoins urgents...). Ainsi, les règles et supports de prescription demeurent validés pour l'ensemble des prescripteurs.

En parallèle, un livret du médicament est actualisé annuellement et des guides de prescription médicamenteuse chez le sujet âgé ou des médicaments écrasables sont à disposition des professionnels.

Par ailleurs, une liste actualisée des prescripteurs est à disposition des pharmaciens.

Egalement, la structure dispose d'une informatisation complète de la prise en charge médicamenteuse.

Enfin, la gestion des interfaces entre la pharmacie, les secteurs de soins ou l'administration reste facilitée par la taille modeste de la structure et la définition de son organisation, notamment à travers le schéma directeur de son système d'information (dossier patient informatisé, messagerie, gestion documentaire en partie dématérialisée...) et les échanges soutenus par la planification de réunions (d'instances, de services...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison des actions institutionnelles issues du PAQSS et/ou du CQ est orchestrée au niveau des services sous l'influence des RSMQPECM, du COMEDIMS, de l'encadrement (médecins, pharmaciens, FF de Directeur des Soins, cadres de santé) et des préparatrices pharmacie référentes « d'unités ».

Des actions de sensibilisation sont menées régulièrement en interne. Les réunions d'instances (COMEDIMS, CME, CSIRMT) demeurent des vecteurs de mobilisation vis-à-vis des bonnes pratiques, tout comme peuvent l'être les réunions de services organisées périodiquement.

Dans le cadre de la V2014, des campagnes d'information relatives au processus du circuit du médicament ont également été réalisées sur les 3 sites géographiques distincts (Médecine SSR polyvalent ; SSR Personnes Agées Poly-pathologiques – SSR Neurologie – SSR locomoteur CMPR ; Plateau technique).

Ainsi, la diffusion d'une culture de gestion du risque liée au circuit du médicament éclot. Si le signalement des erreurs médicamenteuses pourrait encore être davantage soutenu, il s'inscrit dans une dynamique ascendante d'année en année, passant de 8 en 2015 à 15 en 2016. La démarche a permis la réalisation de 3 CREX ces 2 dernières années (2 en 2015, 1 en 2016), permettant d'associer les acteurs concernés dans la définition d'axes d'amélioration.

De même, certains plans actions du PAQSS/CQ ont été engagés au niveau des unités. A titre illustratif, entre le dépôt du CQ à la HAS et la visite, des 5 actions planifiées initialement, 2 ont été résolues dans les délais impartis, les 3 autres restant en cours ou non abordées tout en restant dans les échéances prédéterminées.

Par ailleurs, l'encadrement général et les cadres de secteurs s'assurent du respect des bonnes pratiques, avec le suivi au niveau de chaque service des IQSS et/ou des indicateurs propres à l'établissement sur le sujet.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Avec un effectif de 0.9 ETP pharmacien réparti sur 2 praticiens et de 3 ETP ventilés sur 4 préparatrices, Le CHI d'Espalion-Saint Laurent d'Olt dispose d'une présence journalière de pharmacien et de préparateurs qui assurent et répondent aux besoins des secteurs d'hospitalisation complète. Sans astreinte pharmaceutique au niveau de la structure, une procédure garantit un approvisionnement des besoins urgents H24 avec, au besoin recours à l'hôpital de Rodez (convention établie également) pour assurer la permanence pharmaceutique.

Au niveau des secteurs d'activités (Médecine, SSR Spécialisés ou non), les ressources (effectif, compétences, matériels, locaux...) demeurent adaptées et compatibles aux attendus en matière de maîtrise du circuit du médicament.

Au niveau de la pharmacie, les locaux demeurent exigus. L'établissement envisage à moyen terme des restructurations qui devraient bénéficier au secteur pharmacie.

Par ailleurs, des actions de formation sont menées régulièrement, en interne comme en externe. Elles ont concerné dernièrement les erreurs médicamenteuses et la conciliation médicamenteuse.

Sur un autre registre, l'accessibilité des divers supports documentaires (aide à la prescription ou à l'administration, incluant les cas spécifiques : médicaments à risques, précaution chez la personne âgée en cas de troubles de la déglutition...) : reste opérationnelle en tout temps et lieu, via les classeurs support papier ou la base informatisée dématérialisée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus est assurée, comme peut en témoigner les derniers relevés des indicateurs IQSS relatif aux règles de prescription, ou encore les études patient traceur réalisées au cours de la visite.

Dans ce cadre, depuis la fin de l'exercice 2016, le service pharmacie initie partiellement une conciliation médicamenteuse d'entrée des patients, à partir de critères de priorisation d'inclusion. Il entend développer davantage la pratique avec un redimensionnement de l'équipe de pharmacien qui sera portée à 1.2 ETP (+0.3 ETP) au second trimestre 2017.

A ce jour, les différents secteurs assurent une traçabilité informatisée de la prescription, selon le modèle D.C.I.

Cependant, l'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet des patients n'est pas toujours réalisée suites aux prescriptions.

L'analyse pharmaceutique est assurée sur le secteur de Médecine et de SSR polyvalent, sans l'être de manière systématique sur les autres secteurs (SSR Personnes Agées Poly-pathologiques – SSR Neurologie – SSR locomoteur CMPR).

Pour les lits de SSR spécialisés, exception des admissions planifiées, l'analyse pharmaceutique ne demeure pas systématique (incluant le traitement personnel). Les professionnels ont conscience de cette situation, qui ne permet pas de surcroît de disposer d'indicateur fiable sur ce sujet. Les insuffisances ergonomiques du logiciel dossier patient sont évoquées parmi les motifs.

La dispensation, hebdomadaire, demeure individualisée pour les lits de Médecine et de SSR Polyvalent (28 lits), tandis qu'elle est globalisée pour le reste des lits de SSR (70 lits). De ces différentes situations, les piluliers sont préparés par le personnel IDE de nuit à partir, soit des dispensations individuelles, soit des dotations délivrées par la pharmacie.

Les médicaments à risque et/ou les stupéfiants bénéficient d'une gestion spécifique, de manière à en accroître la sécurité d'utilisation.

La traçabilité de l'administration est assurée en temps réel au sein du dossier patient, exception faite de situations particulières.

En effet, au jour de la visite, la sécurisation de l'administration des médicaments des patients en autogestion n'est pas suffisamment assurée : selon la procédure de la structure, l'autogestion des médicaments par le patient repose sur le score de Morisky en 4 questions. Or lors des études terrain, les experts visiteurs ont eu à constater à plusieurs reprises l'absence de renseignement de cette donnée dans le dossier pour des patients en autogestion. De même, pour l'ensemble des situations de non prise de traitement par le patient, les motifs de refus n'ont pas été retrouvés consignés dans le dossier patient par les experts visiteurs.

Pour poursuivre sur l'administration, même s'il n'existe pas de reconditionneuse, à noter que l'ensemble des médicaments reste identifiable jusqu'au moment de la prise grâce aux organisations retenues par la structure. Quant à l'information du patient sur le bon usage des médicaments et/ou des dispositifs médicaux, elle est assurée à l'aide de supports dédiés (personne sous anticoagulant notamment...).

Par ailleurs, le stockage, le transport et le rangement des médicaments (hygiène, sécurisation, chaîne du froid...) restent conformes aux réglementations en vigueur (réfrigérateurs équipés de sonde thermique à liaison numérique). De même, les interfaces entre notamment les secteurs cliniques et la pharmacie sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du circuit du médicament est assurée au regard :

- Des audits (base « Archimed » en 2014 pour conduire l'état des lieux et alimenter le CQ, ou audit flash sur les médicaments écrasables en 2016)),

- Du suivi d'un tableau de bord regroupant l'ensemble des indicateurs sur le sujet (IQSS, suivi des prescriptions d'antibiothérapie, suivi des déclarations d'évènements indésirables liés au circuit, nombre de CREX, résultats des questionnaires de sortie, palmarès des consommations, nombre de carnet de suivi d'anticoagulant distribué annuellement...).

Le COMEDIMS, la CME, les RSMQPECM/pilotes du processus et le COPIL Qualité Gestion des Risques ont connaissance de ce suivi et participent à la définition des actions correctives, avec la concertation des professionnels concernés.

L'ensemble du dispositif d'évaluation reste structuré avec la définition de pilotes identifiés et de méthodologies posées (incluant les modalités de communication auprès des professionnels).

A / AGIR

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

Le circuit du médicament du CHI d'Espalion-Saint Laurent d'Olt a bénéficié d'axes d'amélioration, conduisant à des plans de communication diffusés aux professionnels, voire aux représentants d'usagers pour les axes les plus conséquents.

Dernièrement, peut être avancé : mise en place de sondes de température informatisée, redéfinition de la gestion des chariots d'urgence, sécurisation des médicaments déblistérés, sensibilisation sur les bonnes pratiques de prescription chez le sujet âgé...

Par ailleurs, les RSMQPECM par ailleurs pilotes du processus « Prise en charge médicamenteuse » assurent le suivi du PAQSS et du CQ, en réinterrogeant au besoin les risques et/ou engageant des mesures complémentaires.