



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE MONIE

Route de revel
31290 Villefranche De Lauragais
AVRIL 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	14
DROITS DES PATIENTS	18
PARCOURS DU PATIENT	21
DOSSIER PATIENT	25
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	28
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	31

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 objectif 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

CLINIQUE MONIE	
Adresse	Route de revel 31290 Villefranche De Lauragais
Département / région	HAUTE-GARONNE / MIDI-PYRENEES/LANGUEDOC-ROUSSILLON
Statut	Etablissement privé à but lucratif
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	310024864	GCS PHARMA COOPE	Lieu dit monié 31290 VILLEFRANCHE DE LAURAGAIS
Entité juridique	310000153	SAS CLINIQUE MONIE	Route revel 31290 Villefranche De Lauragais
Etablissement de santé	310780366	CLINIQUE MONIE	Route de revel 31290 Villefranche De Lauragais

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Médecine	40	2
SSR	SSR	111	10

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Convention de coopération avec établissements de santé Médico-sociaux (Pasteur : 2001 à 2010, CHU Toulouse 2001, 5 EHPAD : 2003 à 2010, HAD 2009, GCS 2009.)
Regroupement / Fusion	La Clinique MONIE a renoncé à son autorisation de PUI au profit du GCS pharmacoopé31 en Janvier 2013

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. 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.

3. 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.

4. Suivi de la décision

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

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité (mars 2017).

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
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
FONCTIONS SUPPORTS

2. Liste des évaluations réalisées par la méthode du patient-traceur

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine / cardio	/	Programmé	Simple	MCO
2	Adulte	Médecine / HDJ	endoscopie digestive et bronchique	Programmé	Simple	MCO
3	Adulte	SSR	affections locomotrices	Programmé	Complexe	SSR
4	Personne âgée	SSR	personne âgée polypathologique dépendante ou à ris	Programmé	Complexe	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

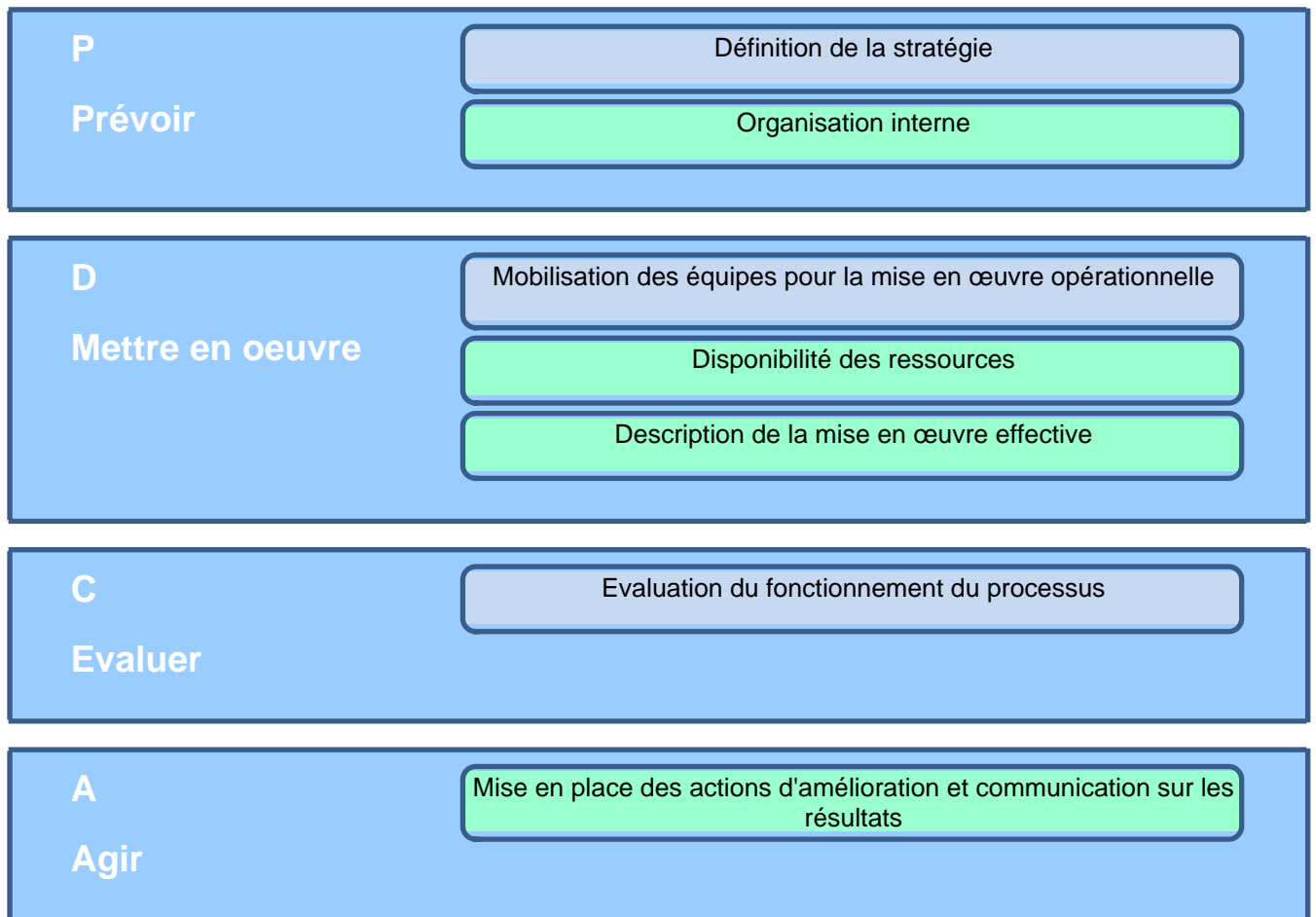
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement. Cette politique qualité et gestion des risques est reprise dans le projet d'établissement 2015/2018, en continuité avec les bilans effectués de l'ancien projet d'établissement. Cette politique est portée par le management et régulièrement analysée en comité de direction et en comité de pilotage. La politique est déclinée dans un programme et des plans d'actions identifiant les responsables et la planification de leur mise en œuvre. Il en découle un programme global d'amélioration de la qualité et de gestion des risques qui précise, pour chaque action, les modalités de suivi et les pilotes responsables du déploiement des actions d'amélioration identifiées. Ce programme prend en compte les éléments liés à la réglementation, mais également, les éléments issus des indicateurs bilans et évaluations réalisés au sein de l'établissement. Les usagers sont associés à l'élaboration de ce programme. L'élaboration du compte qualité a été réalisée par la responsable assurance qualité en y impliquant les professionnels ressources ainsi que les responsables du management. Les principaux risques ont fait l'objet d'une identification intégrée au compte qualité. Le traitement des actions dans l'établissement est réalisé et veille à associer les professionnels de tous les secteurs, à coordonner la communication et l'information sur la qualité, la sécurité des soins et les vigilances. Le PAQSS comprend les risques identifiés, il est diffusé dans les services.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilotage du processus management qualité et gestion des risques est assuré par la responsable assurance qualité et le médecin coordonnateur des risques associés aux soins. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Une gestion documentaire informatisée centralise les documents nécessaires à la gestion des risques (gestion des événements indésirables, alertes sanitaires, gestion des plaintes, annonces d'un dommage associé aux soins, plans de crise, etc.). Une organisation permettant le déploiement de la démarche EPP est définie. La cellule coordination gestion des risques coordonne les actions des différentes instances de l'établissement. Le coordinateur gestion des risques liés aux soins présente les bilans et programmes des instances à la CME et au Directeur qui les évaluent et valident leur cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement et du projet médical. Cette organisation est formalisée dans la procédure Organisation qualité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions opérationnels. Le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions opérationnels. Le cadre de santé, deux infirmières référentes et le cadre kinésithérapeute relayent la démarche auprès des équipes. Les professionnels sont sensibilisés aux risques identifiés. Il existe une culture positive de l'erreur, incitant les déclarations des événements indésirables par les professionnels qui sont régulièrement sensibilisés à la démarche et à l'utilisation des modalités de déclaration. La composition pluridisciplinaire et pluri professionnelle des groupes de travail a permis l'appropriation, processus par processus, des risques identifiés et des actions d'amélioration définies selon leur niveau de maîtrise. L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques professionnelles. Des audits et enquêtes sont réalisés permettant l'évaluation des pratiques, la mise en place et le suivi des plans d'actions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. L'établissement a adapté les effectifs et les compétences afin de s'adapter aux besoins des patients, d'une part et, d'autre part, d'être en conformité avec les spécialités obtenues depuis 2010. Les pilotes du processus ainsi que les membres du comité de pilotage ont bénéficié de formations externes. Les documents utiles pour réaliser les missions des professionnels sont accessibles par le biais d'un système de gestion documentaire informatisé et déployé sur l'ensemble des secteurs d'activité. Toutefois, le dispositif n'est pas connu par tous les professionnels. Dans plusieurs secteurs d'activité, les professionnels ont des difficultés à retrouver les documents utiles pour réaliser leurs missions : difficulté à retrouver les procédures

d'urgence vitale, les procédures d'identitovigilance, etc.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité mettent en oeuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les différentes instances et commissions se réunissent à périodicité définie et examinent, notamment, les indicateurs qualité et sécurité qui les concernent. La traçabilité est assurée. La commission de relation avec les usagers participe à l'élaboration de la mise en oeuvre du programme qualité et gestion des risques. Elle est informée des résultats des analyses, notamment, des enquêtes de satisfaction, des plaintes et réclamations. L'établissement est organisé pour coordonner les dispositifs de vigilance qui incluent les veilles sanitaires afin de les intégrer dans la gestion globale de la qualité et des risques. L'exploitation des plaintes et réclamations est opérationnelle et sous la responsabilité du directeur de l'établissement. Les professionnels et les usagers sont impliqués dans le traitement de ces plaintes et réclamations et contribuent aux axes d'amélioration qui en découlent et qui sont intégrés dans le programme d'amélioration de la qualité. Une réponse est systématiquement effectuée au plaignant et il existe un dispositif de médiation opérationnel. L'ensemble du système est en lien avec les déclarations d'événements indésirables. Toutefois, la démarche EPP n'est plus en lien avec les risques identifiés. En effet, le déploiement de la démarche EPP n'intègre pas de façon formelle les démarches d'évaluation des pratiques en lien avec les nouveaux risques identifiés et l'analyse des parcours patients.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre du programme qualité et sécurité des soins. Cette évaluation est réalisée sur la base d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptée. Un bilan global est réalisé une fois par an. Les différents indicateurs issus du processus sont analysés à périodicité définie durant les comités de pilotage (une dizaine par an). L'établissement, au regard du bilan annuel effectué réexamine les risques significatifs non éliminés, réajuste les différents plan d'actions en fonction de l'atteinte des objectifs fixés, l'ensemble contribuant à la réalisation d'un nouveau programme qualité et gestion des risques. Une communication est réalisée auprès des usagers et des professionnels

A / AGIR

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

L'établissement, au regard du bilan annuel effectué, réexamine les risques significatifs non éliminés, réajuste les différents plans d'actions en fonction de l'atteinte des objectifs fixés, l'ensemble contribuant à la réalisation d'un nouveau programme qualité et gestion des risques. Une communication est réalisée auprès des usagers et des professionnels.

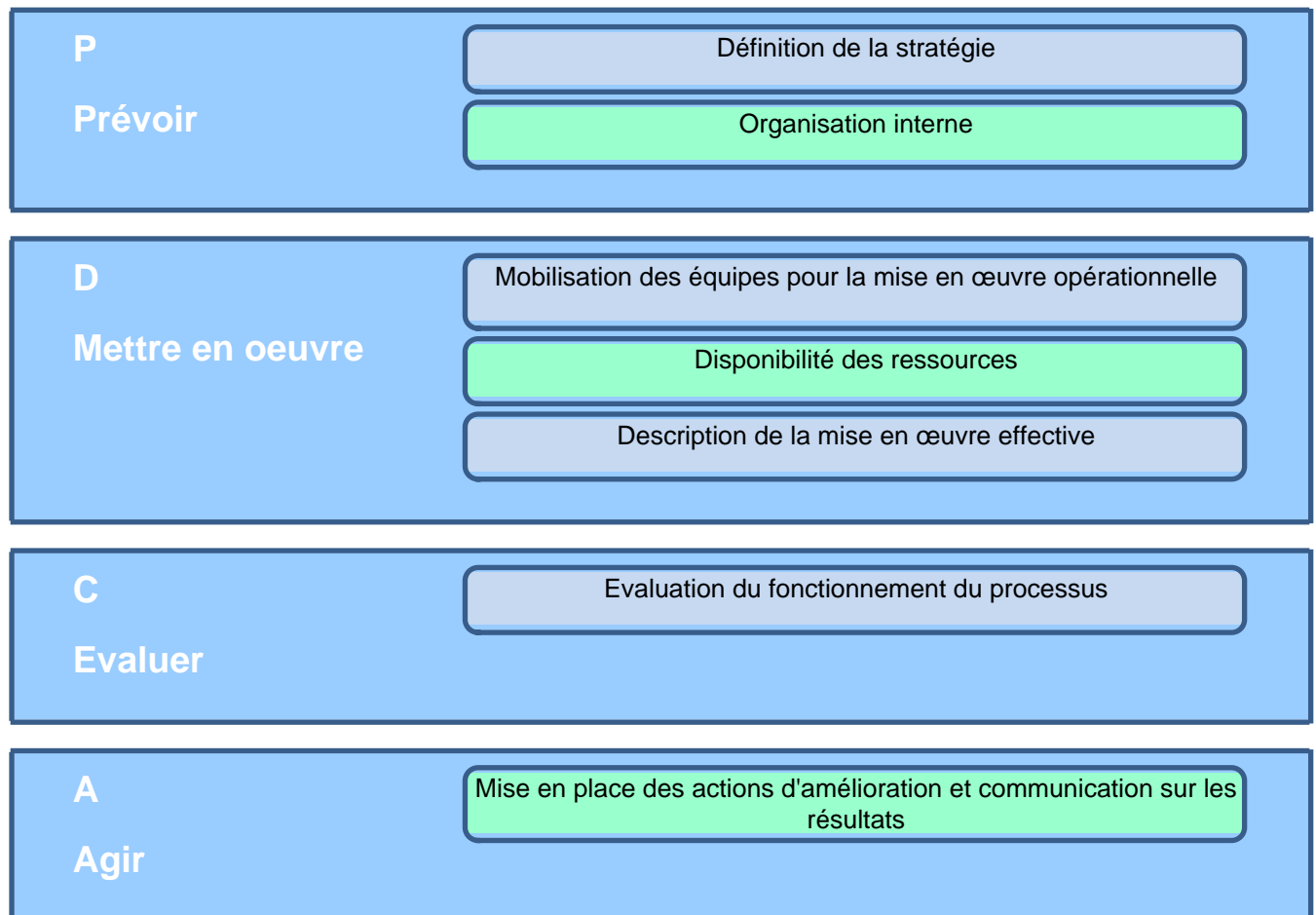
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Il existe une politique, une organisation et des moyens adaptés définis, en concertation avec la CME, le coordinateur de la gestion des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), pour maîtriser le risque infectieux. Cette politique de maîtrise du risque infectieux est retrouvée dans le projet d'établissement comprenant des objectifs centrés sur le rôle de l'EOH. L'EOH décline des plans d'action en coordination avec la cellule de gestion des risques en fonction des risques identifiés et hiérarchisés en particulier dans le compte qualité. Les mesures de traitement sont arrêtées. Les ressources et modalités de suivi sont identifiées. Des indicateurs sont suivis (BILANLIN, accidents d'exposition au sang AES, ceux issus des EPP et des surveillances ...) et permettent également de définir des plans d'action en fonction des résultats. Un programme et un bilan annuel sont présentés aux instances et diffusés par la gestion documentaire sur l'Intranet. Ce programme reprend les besoins d'investissements nécessaires et les actions de prévention, de surveillance, d'évaluation et de formation. Il tient compte des spécificités et du champ d'activité de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. L'EOH est l'organisme responsable de la mise en œuvre du programme de maîtrise du risque infectieux. Sa composition pluri-professionnelle (médicale, paramédicale, biologiste, pharmaciens, gestionnaire) permet de répondre à ses missions et de faciliter sa communication au sein de l'établissement. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Le programme annuel du processus comprend toujours un volet sur la formation. L'infirmière hygiéniste, qui dispose d'une fiche de poste dédiée, ainsi que la responsable qualité sont diplômés d'hygiène hospitalière. Une responsable hôtelière, membre de l'EOH, coordonne l'hygiène des locaux et participe aux actions de formation. La présidente du CLIN/EOH est un des médecins salariés de la clinique. Les documents nécessaires (procédures, protocoles) sont prévus dans la GED. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les plans d'action sont déclinés dans chacun des secteurs avec un relai par les référents en hygiène et l'encadrement. Les risques propres à l'endoscopie ont été pris en compte dans ce service : décontamination et traçabilité des endoscopes, risque de transmission des agents transmissibles non conventionnels. La surveillance de l'eau inclut le secteur de la balnéothérapie utilisée en rééducation. Des actions de sensibilisation sont organisées régulièrement (journée d'hygiène des mains, semaine sécurité patient, intervention dans les services avec relais par les référents en hygiène et les infirmières coordinatrices). Les professionnels se sont approprié les objectifs et plans d'actions. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. La consommation de solution hydro-alcoolique (SHA) est suivie par service avec une sensibilisation en cas de résultats inférieur aux attentes. Des prélèvements de surface sont également programmés permettant de sensibiliser le personnel à l'efficacité du bio-nettoyage. Les résultats sont communiqués aux équipes. L'utilisation des antibiotiques est croisée avec l'écologie bactérienne en particulier les BMR et fait l'objet de discussion lors des réunions de la commission des anti-infectieux.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences nécessaires sont présentes au sein de l'EOH en regard des missions de l'établissement. Des formations avec une évaluation sont organisées chaque année en ce qui concerne l'ensemble du personnel du bio-nettoyage. L'information périodique des médecins sur l'antibiothérapie est effectuée sur la base d'une documentation détaillée et par la commission d'anti-infectieux qui analyse chaque trimestre un ou plusieurs cas cliniques d'infection avec les médecins prescripteurs. Une pharmacienne est en cours de formation pour obtention d'un diplôme universitaire sur l'antibiothérapie. Tous les nouveaux arrivants bénéficient d'un module d'information concernant l'hygiène. Les procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont accessibles sur la GED et sont actualisées. Ils concernent les soins, l'hygiène des locaux et du matériels, le linge, le secteur endoscopique, la

surveillance de l'eau, des surfaces, des déchets... Les locaux sont conformes, adaptés et entretenus. Les locaux ne favorisent pas toujours la maîtrise du risque infectieux. En effet, un local terminal des déchets contient les DASRI et les DAOM qui sont séparés et identifiés mais aussi divers déchets encombrants posés sur le sol (panneaux en bois, pots de peinture...). L'entretien des sols du local reste possible mais n'est pas facilité car nécessite de sortir auparavant ces encombrants.

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'organisation promeut le bon usage des antibiotiques avec une commission des anti-infectieux qui se réunit trimestriellement, une documentation détaillée sur l'utilisation des antibiotiques, le suivi des prescriptions antibiotiques et de leur adéquation avec l'écologie bactérienne dont les BMR (Bactéries Multi-Résistantes), le recensement des BMR et leur évolution dans le temps. La traçabilité dans le dossier patient de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est effective. Il existe une surveillance de l'eau avec le suivi du carnet sanitaire aussi bien l'eau sanitaire qu'en balnéothérapie et sur les fontaines réfrigérantes avec des prélèvements bactériologiques programmés sur toute l'année sur les points sensibles. Le travail en équipe est encouragé par l'établissement, notre organisation permet une réaction en cas de situation infectieuse imprévue.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe une évaluation périodique du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques réalisée par l'EOH notamment à l'aide d'indicateurs. Il s'agit des indicateurs nationaux type IQSS, ceux issus des EPP (sondes urinaires, pertinence de l'ECBU, prescription de l'antibiothérapie dans les infections respiratoires basses, surveillance des systèmes clos pour les sondes urinaires) et ceux propres à l'établissement (traçabilité du bio-nettoyage). En ce qui concerne l'antibiothérapie, sont suivis l'écologie bactérienne en particulier les BMR et la consommation qualitative et quantitative des antibiotiques. Les résultats des surveillance programmée eau, surface sont suivis sur un tableau de bords avec un seuil de déclenchement des actions de correction. L'établissement participe à des enquêtes du C-CLIN Sud Ouest (bilan annuel des AES) et à des enquêtes nationale de prévalence. Il existe un suivi quantitatif et qualitatif des déchets et un audit a permis de réaliser un support facilitant et optimisant le tri entre DASRI et déchets ménagers. L'évaluation de tout ce processus bénéficie également des fiches d'EI en concertation avec la cellule qualité. La formation annuelle des agents du bio-nettoyage comprend une évaluation. L'évaluation périodique est réalisée et exploitée pour identifier les actions correctives.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration du dispositif sont effectuées au regard du résultat des évaluations. Elles sont pilotées par l'EOH ou les instances impliquées. Elles ont concernées de multiples domaines par exemple : les soins (désinfection avant pose de voie veineuse périphérique), l'antibiothérapie (commission des anti-infectieux et documentation sur antibiotiques), le réseau d'eau (purges, suppression des bras morts, sécurisation du réseau d'eau en endoscopie), la restauration (changement de charriots pour maîtriser la température), les déchets (pour optimiser le tri), etc. La communication des actions d'amélioration est organisée par l'EOH et elle est incluse dans le programme annuel : elle se fait au quotidien par ses différents membres, lors des actions de sensibilisation, lors des audits de pratique, par l'affichage des résultats du BILANLIN (accessibles au personnel et aux usagers), par les instances, l'encadrement et par le journal interne.

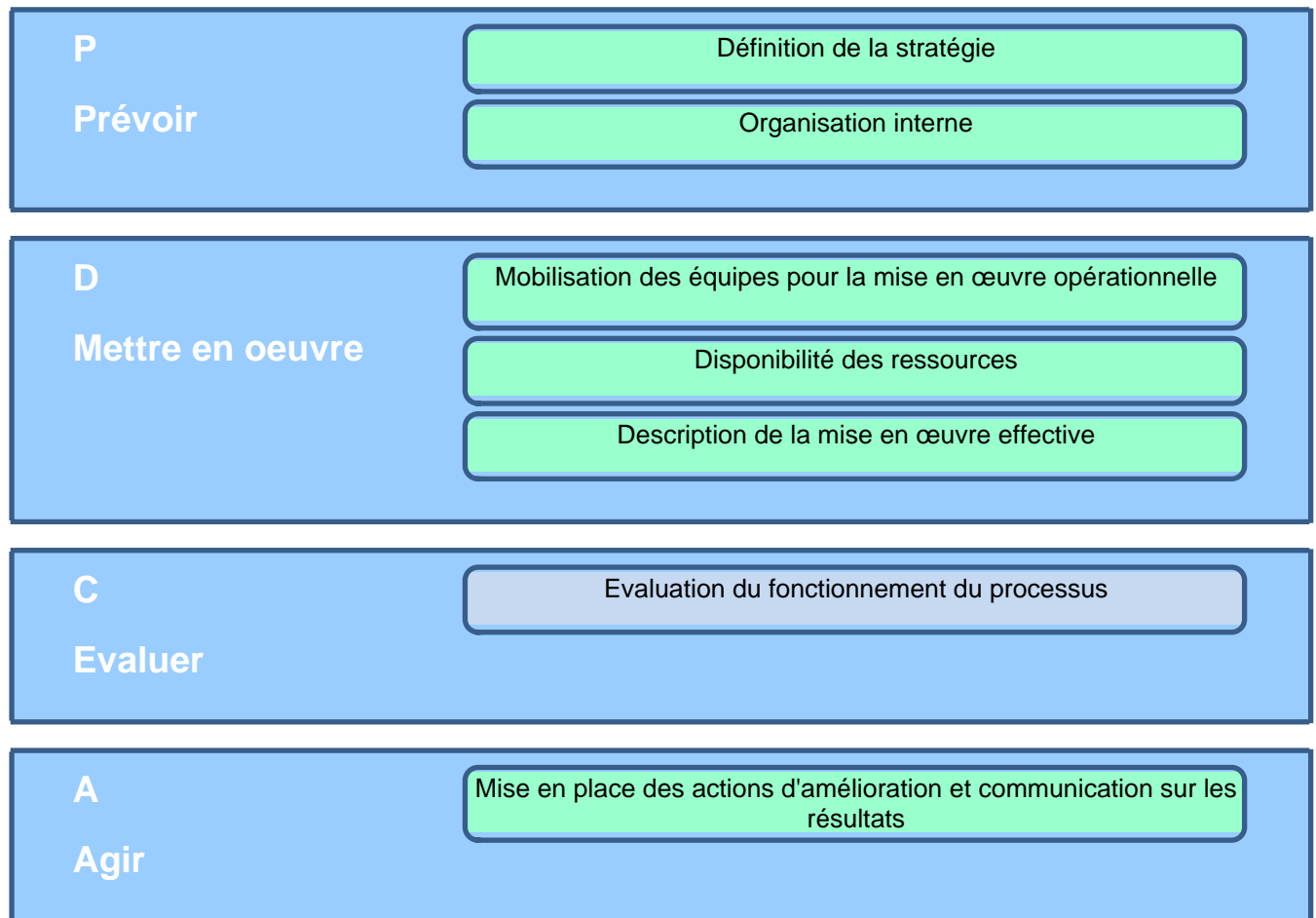
DROITS DES PATIENTS

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le respect des droits des patients est inscrit dans le projet d'établissement 2015-2018 décliné dans certains domaines en association avec la CRU. L'établissement a identifié et hiérarchisé ses risques notamment dans la prise en charge de la personne âgée, des soins palliatifs et globalement dans l'information du patient à propos de son projet thérapeutique. Des actions de maîtrise de ces risques sont inscrites dans un programme d'actions formalisé dont les échéances sont fixées bien après la visite de certification de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus droits des patients. Il a identifié un référent et son groupe pour travailler notamment sur la désignation de la personne de confiance et les directives anticipées dans le secteur où sont implantés les lits dédiés de soins palliatifs. Une infirmière, du secteur des soins palliatifs, a intégré le groupe de travail affecté au processus droit des patients. L'établissement, dont le représentant vient d'être nommé par l'ARS Midi Pyrénées, entame l'élaboration d'une organisation afin de piloter le processus. Le recueil des plaintes et réclamation est organisé et formlisé ainsi que leur traitement. Des professionnels ,comme l'IDE référente en soins palliatifs pilotent des actions sur le recueil des directives anticipées et la désignation de la personne de confiance dans le secteur des lits dédiés de soins palliatifs et sur les autres secteurs de prise en charge (SSR spécialisé et médecine). L'établissement au regard de ses valeurs et des risques identifiés, comme l'absence de désignation de la personne de confiance et l'installation d'une dépendante évitable, a organisé des formations et sensibilisation tournés vers les droits des patients. L'établissement a organisé le recueil du consentement éclairé dans les situations qui le nécessitent.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Ils organisent des sensibilisations pour les professionnels en particulier sur la contention. Des actions de sensibilisation sont programmées pour les médecins, en matière d'information du patient. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en documentation sont disponibles dans les secteurs. Le livret d'accueil remis à l'entrée de tout patient décline et explique les droits des patients. La charte du patient hospitalisée est affichée à tous les points stratégiques de l'établissement. En revanche, les ressources en compétences ne sont pas toutes disponibles dans les secteurs. En effet, l'établissement n'a pas mis en œuvre de formation structurée des professionnels à la bientraitance ou de réflexion éthique sur le sujet. L'architecture des locaux favorise le respect de l'intimité des patients même dans les chambres doubles. Les lits sont face à face mais les armoires servent de séparation des zones et chaque patient bénéficie de sanitaires personnels dans les secteurs réhabilités ; dans les autres secteurs les chambres doubles sont équipées de rideaux de séparation. Le dossier informatisé favorise le respect de la confidentialités des informations.

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. Le respect des droits des patients est mis en œuvre : respect de l'intimité, la dignité, la confidentialité, l'accueil personnalisé, notamment pour l'entourage des patients en soins palliatifs. Toutes les informations relatives aux droits des patients sont relayées dans le livret d'accueil remis à l'admission de chaque patient. Toutefois, la traçabilité des actions et activités réalisées n'est pas toujours assurée. La traçabilité de la désignation de la personne de confiance n'est pas systématiquement retrouvée. La fiche de désignation de la personne de confiance n'est présente en médecine que dans 60% des dossiers (résultats d'évaluation interne), ce qui a été confirmé par les patients-traceurs. Par ailleurs, la traçabilité de la participation du patient à son projet de soins personnalisé n'est pas systématiquement retrouvée. Au cours d'une rencontre avec l'équipe en charge d'un patient traceur, la participation du patient au projet de soins n'était pas tracée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue régulièrement le respect des droits du patient. Il utilise et suit des indicateurs établissement et des indicateurs IQSS dans chacun des secteurs d'hospitalisation, notamment sur l'information du patient sur son projet thérapeutique, sur le respect de l'intimité, la dignité et la confidentialité. Le groupe de travail s'appuie sur les indicateurs retenus et suivis par l'établissement tels que le pourcentage de désignation de la personne de confiance, la rédaction des directives anticipées ou la prescription de contention. L'établissement suit également la traçabilité de l'information du patient sur son projet thérapeutique. L'évaluation périodique est réalisée et exploitée pour identifier les actions correctives.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Les affichages des indicateurs nationaux, la charte du patient, les informations relatives à la CRU se retrouvent dans les lieux d'accueil des patients et de leur entourage.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

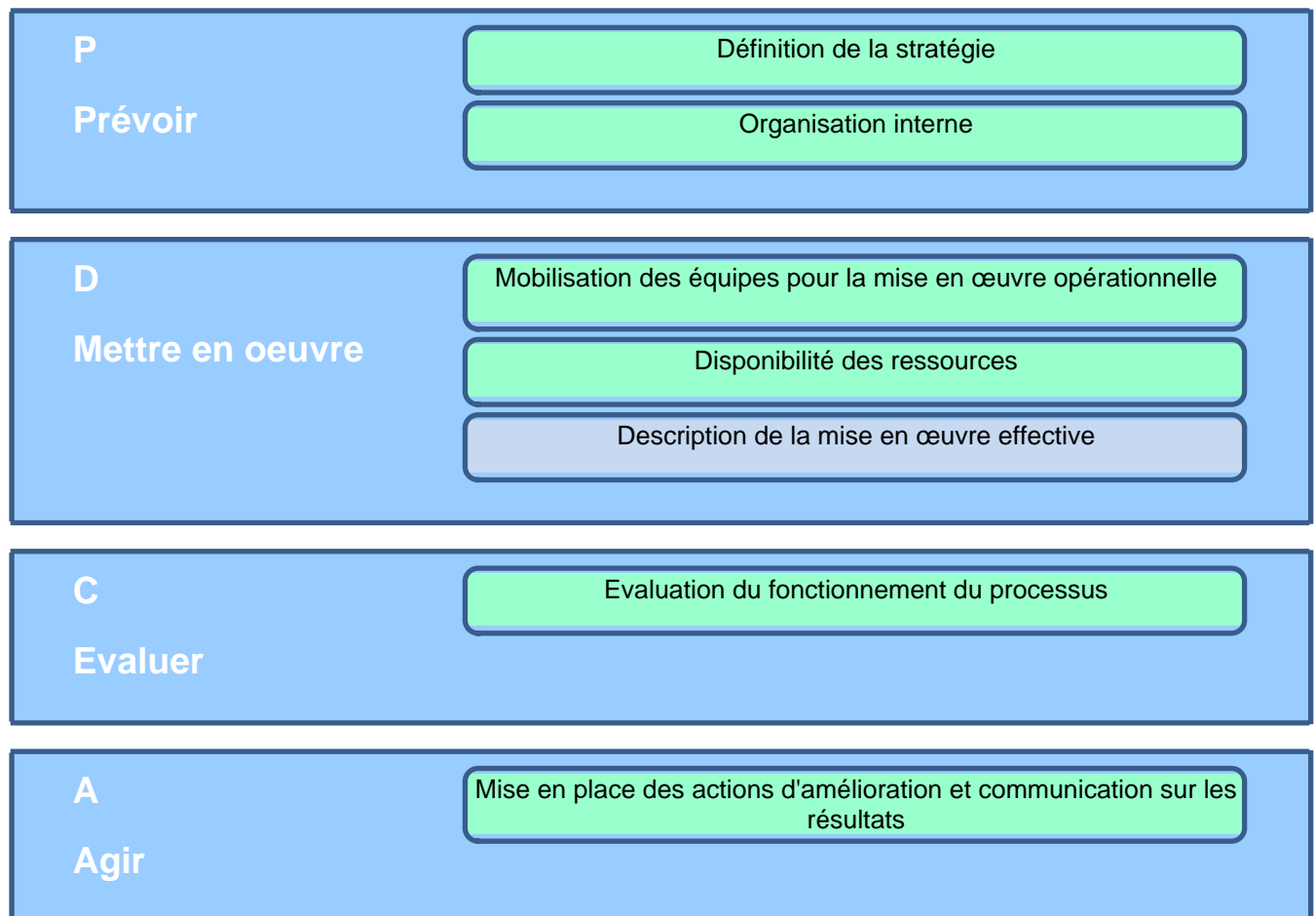
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie est reprise dans le projet d'établissement, validé par le comité de pilotage et la CME. Elle prend en compte les besoins de la population définis dans le PRS de Midi-Pyrénées 2012-2017. Le processus est bien établi en fonction de l'évaluation structurée des risques du processus parcours patient. Des mesures de maîtrise des risques sont mises en œuvre. Cette stratégie est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le président de la CME et le Directeur des soins pilotent la thématique. Ils s'appuient sur 2 IDE référentes une pour le court séjour et l'autre pour le moyen séjour(SSR et MPR). L'équipe de Direction, composée de l'ensemble de l'encadrement, a recruté un second gériatre pour la prise en charge des personnes âgées. Toutefois, les rôles et responsabilités ne sont pas toutes identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. En effet, tous les référents ou co-pilotes de processus ne disposent pas de lettre de mission ou de la formalisation de leurs missions spécifiques dans leur fiche de fonction. Par exemple, l'IDE référente de soins palliatifs co-pilote du droit des patients, dans le cadre des directives anticipées et la désignation de la personne de confiance ne bénéficie pas de la formalisation de ses missions dans sa fiche de fonction. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. L'établissement s'est organisé pour assurer l'adéquation de ses ressources et ses compétences aux besoins de ses prises en charge. Il a recruté un second gériatre pour la prises en charge des personnes âgés, les professionnels en charge des soins palliatifs ont suivi des formations. Les équipes médicales regroupent un bon nombre de spécialités pour répondre aux polyopathologies traitées. Les professionnels disposent de locaux et matériels adaptés aux prises en charge. La continuité des soins est organisée en amont et en aval par des conventions avec d'autres établissements de santé et/ou médico-sociaux. Les règles de présence, ainsi qu'un système de garde et astreinte est en place pour permettre des soins 24 heures sur 24. Une organisation se met en place pour déployer l'éducation thérapeutique du patient âgé insuffisant cardiaque. Des conventions de partenariats sont formalisées pour les prises en charge d'amont : urgences de l'hôpital de Raugeuil, clinique Pasteur. Le même processus est organisé pour les prises en charge d'aval : SSIAD, EHPAD, etc.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Dans les secteurs, la coordination des soins est renforcée par des staffs pluriprofessionnels hebdomadaires. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Les effectifs médicaux et paramédicaux sont compatibles avec les activités de l'établissement. Les équipes médicales regroupent un bon nombre de spécialités pour répondre aux poly-pathologies prises en charge, comme des cardiologues, pneumologues, médecins rééducateurs, rhumatologue. Un médecin de garde assure la continuité de la prise en charge sur l'ensemble des secteurs d'hospitalisation en dehors des heures ouvrables. Des formations en rapport avec ces activités sont réalisées, formation en soins palliatifs, AFGSU... Les professionnels en charge des soins palliatifs ont suivi des formations liées à la thématique. Les documents, procédures et protocoles sont à disposition des professionnels sur un logiciel informatique. Il existe des dispositifs de prise en charge adapté des urgences vitales. La majorité des secteurs bénéficie d'un chariot d'urgence pour assurer les urgences vitales. La balnéothérapie intégrée dans le plateau technique de SSR Locomoteur bénéficie du dispositif de prise en charge des urgences vitales. Le chariot d'urgence du service SSR Locomoteur et SSR Neurovasculaire est présent au sein de l'unité d'hébergement à proximité de la balnéothérapie. Toutefois, un dispositif d'urgence n'est pas toujours facilement accessible dans tous les secteurs de l'établissement. En effet, le bouton presseur pour déclencher l'alarme est éloigné de la piscine et peu rapidement accessible notamment lorsque le

kinésithérapeute réalise la rééducation dans le bassin. Les professionnels disposent de locaux et matériels adaptés aux prises en charge : secteur de balnéothérapie, des salles de rééducations, un secteur protégé pour les patients souffrants de troubles cognitifs, un secteur aménagé pour la prise en charge des patients de soins palliatifs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Une personne ressource regroupe les demandes d'admission pour le court et le moyen séjour pour les soumettre aux médecins concernés. Les lits disponibles sont comptabilisés et communiqués aux professionnels des admissions et un dispositif d'accueil permet même l'admission de patients non programmés. Le dispositif d'accueil en place permet d'assurer la prise en charge des patients non programmés. La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et ses besoins, dans les délais exigés. Chaque patient admis en court ou moyen séjour bénéficie d'un examen médical et paramédicale le jour de son admission. Il est tracé dans le dossier informatisé. Le projet de soins personnalisé est réévalué et tracé. Dans les secteurs, la coordination des soins est renforcée par des staffs pluriprofessionnels hebdomadaires. Le travail en équipe est encouragé. En court séjour, la demande de prise en charge kinésithérapie est validé par un médecin rééducateur dans les 24 heures qui suivent l'admission. La réalisation des examens complémentaires de type radiologie et biologie est assurée par des prestataires hébergés sur le site de l'établissement. Les visites sont organisées à périodicité définie en fonction du secteur. Les troubles de la dénutrition sont dépistés et suivis. Le risque suicidaire est dépisté. Il existe une prise en charge des populations spécifiques, personnes âgées, soins palliatifs, maladies chroniques rééducation locomotrice et neuro-vasculaire reposant sur un travail pluriprofessionnel et pluridisciplinaire. Les sorties sont programmées en amont du jour J.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. L'établissement suit les indicateurs nationaux. Il a défini par ailleurs ses propres indicateurs comme la traçabilité de l'évaluation des besoins fondamentaux du patient ou la traçabilité du contrôle des chariots d'urgence.

A / AGIR

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

Au regard des évaluations, l'établissement met en place des actions d'amélioration. Par exemple, il s'est réorganisé pour permettre un meilleur dépistage et suivi des troubles nutritionnels ; il a recruté un second gériatre pour améliorer la prise en charge des personnes âgées en court séjour. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

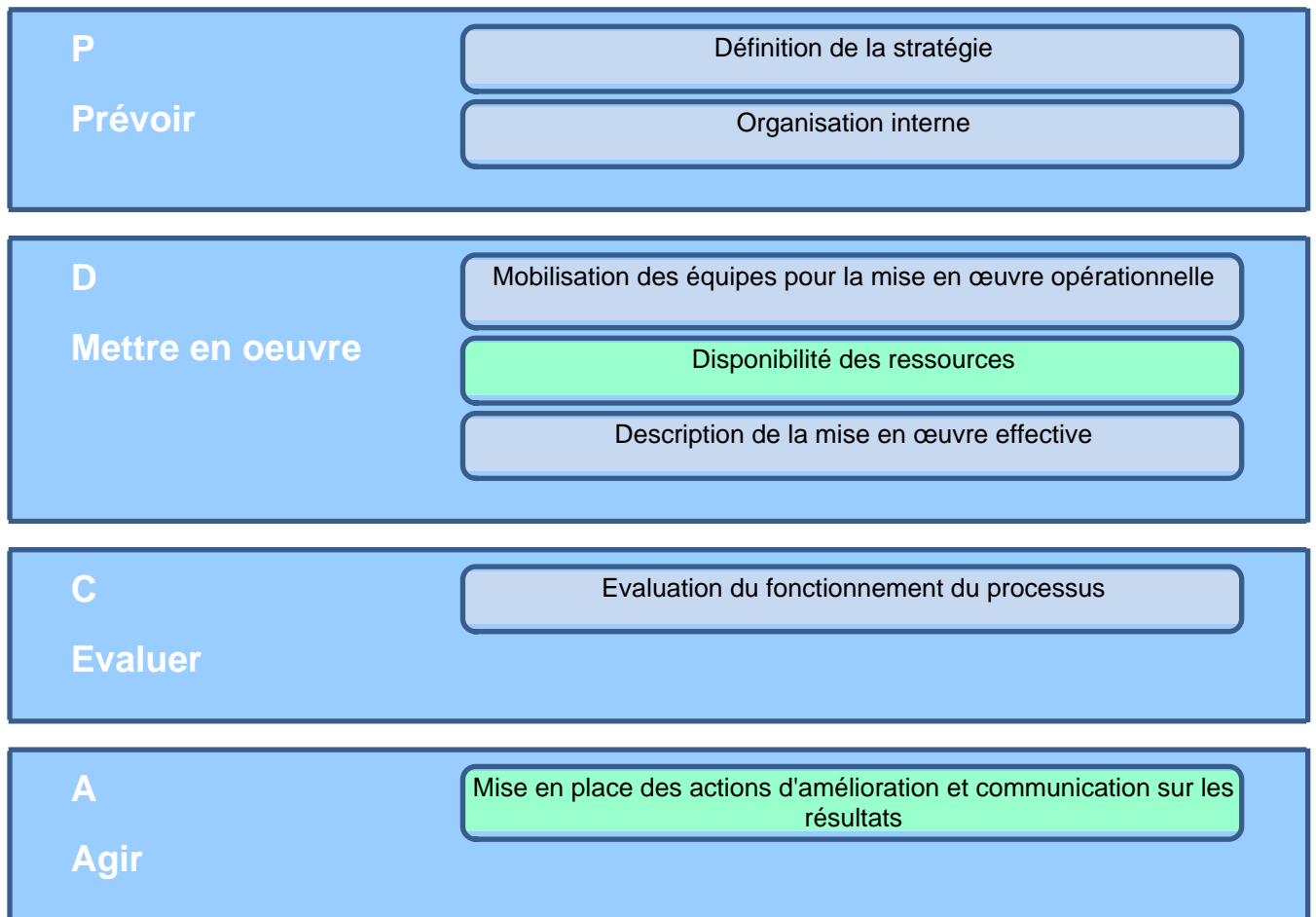
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique de gestion du dossier patient élaboré sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques. Depuis 2007, l'établissement déploie l'informatisation du dossier médical. Actuellement, cohabitent un dossier informatisé et un dossier papier. La politique du dossier patient a fait l'objet d'une réflexion et d'une validation entre les différentes instances et professionnels de l'établissement. Elle intègre et assure la cohabitation des deux supports. Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement. L'établissement a contractualisé avec l'ARS Midi Pyrénées sur le programme Hôpital Numérique, impliquant une analyse structurée des risques et des mesures de traitement ainsi que des modalités de suivi/ressources identifiées et effectives. Cette stratégie est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Le cadre des soins avec la responsable assurance qualité en sont les pilotes. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées. Ces règles précisent les responsabilités (ouverture des droits), les règles de tenue, la notion de confidentialité, la composition et l'utilisation du dossier patient, son accessibilité en temps utile ainsi que son archivage. Des formations sont proposées aux nouveaux arrivants afin d'appréhender l'utilisation et l'incrémentation du dossier patient informatisé. Le matériel informatique et support de transport (chariot) sont adaptés aux différents secteurs d'activité et contribuent au renseignement des données patient en temps utile. Il en va de même pour la partie papier du dossier médical qui a fait l'objet d'une approche en termes de maîtrise des risques. Il existe une organisation permettant l'accès du patient à son dossier et facilitant son information quant à ses droits d'accès. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activité. Chaque secteur d'activité (médecin, soignant, ergo, kiné, diététicienne,...) peut partager les données issues de ses observations. L'organisation permet l'articulation cohérente des missions et compétences au regard des objectifs identifiés.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des secteurs d'activité (médical, soignant et administratif) s'est saisi des enjeux liés au dossier du patient. Le cadre des soins infirmiers assure la liaison entre les équipes, favorisant l'implication des professionnels et la concertation autour des évolutions à apporter au dossier patient. L'architecture de ce dossier permet une personnalisation au plus proche des spécificités des différentes prises en charge rencontrées dans l'établissement. Les professionnels se sont appropriés les objectifs et plans d'actions. Depuis 2007, de nombreuses évolutions et adaptations ont été déployées, en concertation avec les professionnels. Des actions correctives sont mises en place, suite aux audits réalisés ainsi qu'aux analyses de fiches des événements indésirables. Ces actions sont intégrées au programme assurance qualité et conduites sous la responsabilité d'une personne identifiée. Les résultats sont communiqués aux équipes, en particulier, en ce qui concerne les indicateurs IQSS.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences des professionnels sont disponibles ; ils sont formés à l'utilisation du dossier patient. Les règles de tenue et d'accès sont accessibles aux professionnels concernés. L'accès se fait par le biais de l'outil informatique où chaque professionnel peut consulter le guide d'utilisation et tenue du dossier patient. Une documentation dossier papier est également retrouvée. Plusieurs locaux permettent d'archiver les dossiers papier patient. Ces locaux sont conformes aux normes de sécurité. Toutefois, les locaux d'archives des dossiers médicaux ne garantissent pas la sécurité des informations. En effet, les experts-visiteurs ont constaté que les locaux d'archivages servaient également de lieu de stockage de matériel (lit) et de matériel d'entretien (des bidons de détergents et autres matériels).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier patient. La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est assurée en temps utile, notamment, en cas de transfert ou mutation (secteur hôpital de jour, médecine/SSR). L'accès du patient à son dossier est assurée dans les

règles définies par la réglementation. L'établissement à la capacité de faire face à tout évènement imprévu en lien avec le dossier patient informatisé par la sauvegarde continue et sécurisé au format PDF des données du dossier patient, l'accès à une hotline éditeur 7j/7 et au niveau de l'infrastructure réseau par le Plan de Reprise d'Activité et la procédure Fonctionnement en mode dégradé élaborés dans le cadre des prérequis du programme Hôpital Numérique. L'organisation mise en place par l'établissement garantit la continuité de la prise en charge en cas de défaillance prolongée du dossier patient informatisé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont régulièrement assurés par le cadre des soins infirmiers qui procède à une évaluation trimestrielle de la bonne tenue des dossiers patient. Cette évaluation est réalisée sur la base, entre autre, des indicateurs IQSS et les résultats en sont communiqués aux professionnels concernés. L'évaluation périodique est réalisée et exploitée pour identifier les actions correctives.

A / AGIR

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

La politique dossier patient est ajustée en fonction des résultats et indicateurs issus des différentes évaluations réalisées. Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme assurance qualité de l'établissement, en particulier, concernant les scores relatifs à la traçabilité des troubles nutritionnels et prescription et réévaluation de la contention. Le nombre de demandes d'accès au dossier, délai de transmission, etc. est communiqué en CRU.

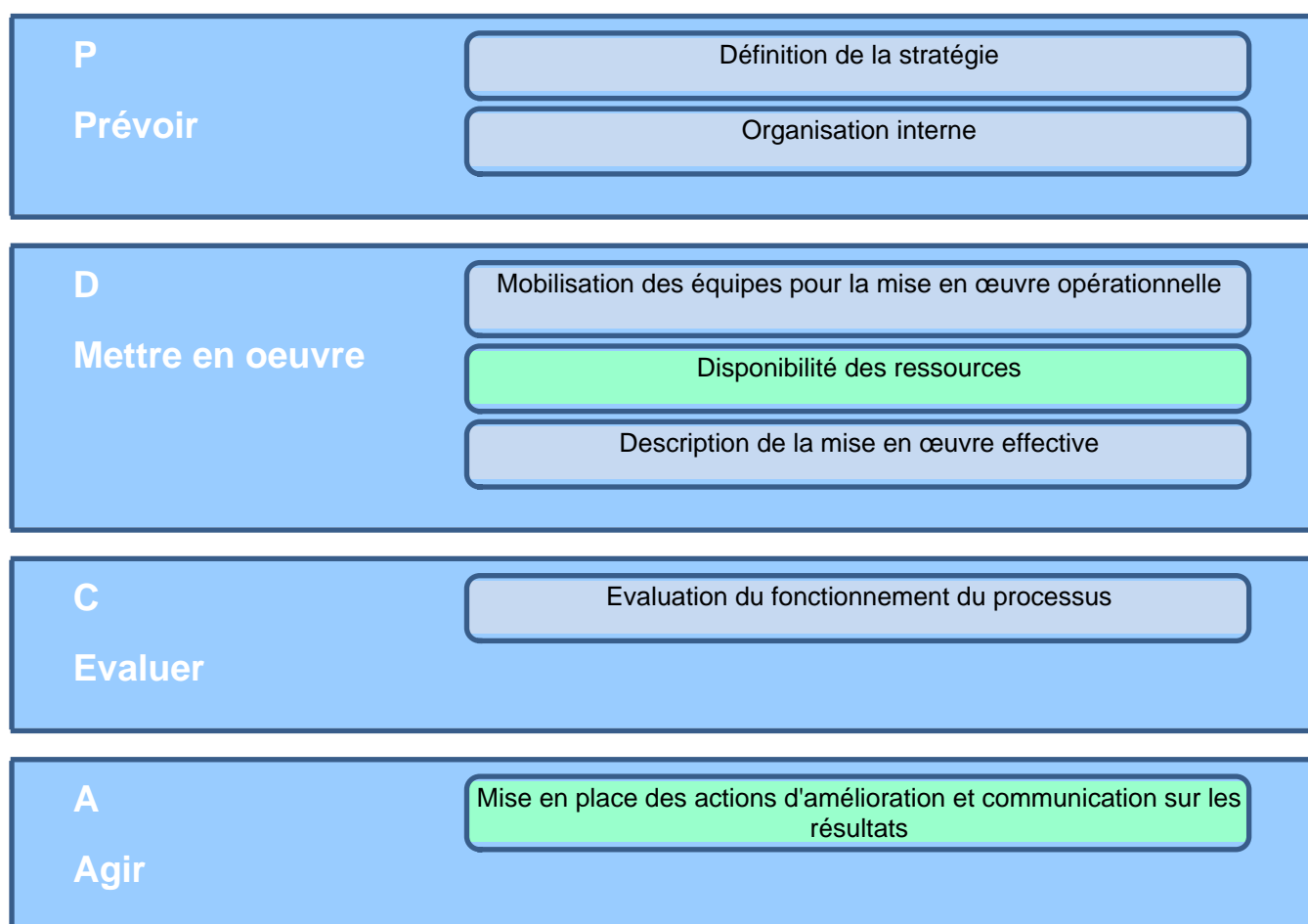
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique d'amélioration de la qualité de prise en charge médicamenteuse du patient qui est déclinée dans le Projet d'établissement 2015/2018 et dans le manuel qualité de ce processus. Elle comprend des dispositions spécifiques au sujet âgé rappelée dans une récente note d'orientation stratégique. Il a été définis des objectifs en fonction du contexte de l'établissement basés sur une analyse des risques retrouvés dans le compte qualité et sur un suivi des indicateurs. Cette politique est définie en cohérence avec les engagements pris dans le contrat de bon usage du médicament et dans le respect de l'arrêté du 6 avril 2011. Elle tient compte de l'actualité réglementaire. La politique est déclinée dans un programme d'action structuré (objectifs, pilotes, échéances, etc.). Des plans d'action ont été mis en place concernant tous les risques considérés comme majeurs dans le compte qualité. Les mesures de mise en œuvre de traitements des risques, les ressources et modalités de suivi sont arrêtées dans le programme annuel du COMEDIMS et de la sous-commission des anti-infectieux, alimentant le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le COMEDIMS est l'organisme pluridisciplinaire chargée de la prise en charge médicamenteuse. Le pilotage est assuré par les deux pharmaciens. Un programme de formation a permis l'appropriation de l'outil informatique. Les règles et supports de prescription ont été validés pour l'ensemble des prescripteurs. Il existe un livret thérapeutique. La gestion des interfaces est précisé dans le Manuel Qualité. Les horaires d'ouverture de la PUI sont définies. Elles répondent aux besoins des utilisateurs. En dehors des heures d'ouverture de la PUI, des dotations sont présentes dans chacun des services et répondent aux besoin. Elles sont contrôlées mensuellement. Récemment des armoires spécifiques et sécurisées ont été installées. Exceptionnellement, en cas d'urgence un approvisionnement peut se faire auprès du CHU. Il existe une procédure dégradée sur un ordinateur sur batterie sur un mode PDF permettant de retrouver les prescriptions en cas de défaut de l'outil informatique. Les interfaces permettant une articulation cohérente entre les différents acteurs médecins, pharmaciens, laboratoire et infirmières sont identifiées et organisées à travers le dossier patient informatisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action ont été identifiés et déclinés dans les services : l'adaptation de la thérapeutique à la personne âgée, le bon usage du médicament et la maîtrise de l'antibiothérapie. Des actions de sensibilisation permettant la discussion avec le personnel sur l'organisation de cette prise en charge sont organisées par les pharmaciens. Ces réunions permettent d'inciter le personnel à déclarer les erreurs médicamenteuses avec une charte de non dénonciation. L'établissement participe aux "journée sécurité du patient". Des actions d'information sont faites auprès des praticiens concernant l'antibiothérapie. Le suivi d'indicateurs IQSS et d'autres indicateurs propres à l'établissement dont ceux issus des EPP permettent la mise en place d'actions correctrices par les responsables du processus. Les résultats des évaluations des actions correctives liées à la maîtrise du circuit du médicament sont communiqués aux professionnels à travers les bilans du COMEDIMS et le journal interne. Les professionnels se sont approprié les objectifs et plans d'actions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Deux pharmaciens assurent la permanence pharmaceutique. La documentation nécessaire au fonctionnement de ce processus sont accessibles dans la GED (Gestion Documentaire) sur l'Intranet. L'établissement dispose d'une Pharmacie à Usage interne (PUI) avec des locaux adaptés et un personnel dédié dans le cadre d'un GCS avec un autre établissement. Le circuit du médicament est entièrement informatisé depuis 2007 et cette informatisation est intégré avec le dossier patient et la gestion des stocks. Les outils informatiques sont disponibles et adaptés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les prescriptions sont conformes et réalisées sur l'outil informatique. La validation pharmaceutique concerne 90% des traitements. La validation pharmaceutique des prescriptions garantit la conformité des traitements prescrits au livret thérapeutique et/ou du traitement personnel du patient. L'approvisionnement des services de soins en dehors des heures d'ouverture de la PUI est organisé dans le respect de la réglementation. Elle est fait l'objet d'une traçabilité spécifique. La dispensation est globale nominative avec une durée variable suivant les services avec un conditionnement dans les piluliers par les infirmières de nuit complété par un contrôle des équipes de jour. La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie transfert inclus est assurée. La gestion du traitement

personnel est assurée conformément aux recommandations. Le logiciel permet l'édition de l'ordonnance de sortie et d'en conserver la copie. Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments sont respectées. La température des frigos est contrôlée et une alarme est présente sur celui de la PUI. Les médicaments à risque font l'objet d'une identification spécifique dans les infirmeries. Tous les médicaments sont identifiables dans les piluliers y compris les fragments de comprimé. Les préparations des produits perfusés sont conformes. En service de Médecine, SSR polyvalent et SSR PAP, l'IDE administre les traitements en temps et en heure à chaque prise. A la suite de l'analyse des risques du processus, l'établissement a validé pour les seuls patients relevant des services SSR Locomoteur et SSR Neurovasculaire une gestion autonome du pilulier sur 24 heures, après une phase d'évaluation/éducation par les IDE des capacités du patient en début de séjour et après validation de l'autonomie du patient dans la gestion du traitement par le médecin prescripteur. Le patient reçoit une information sur son traitement, le logiciel permet la traçabilité de cette information. La traçabilité est réalisée et partagée. L'outil informatique facilite le respect de la traçabilité de l'administration des médicaments. L'organisation permet une capacité de réaction en cas d'imprévu et de recours à l'équipe. Le COMEDIM pluri-professionnel se réunit trois fois par an et sa composition permet la communication avec les différentes instances. Une commission des anti-infectieux se réunit trimestriellement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs. L'établissement a su sensibiliser le personnel à la déclaration des événements indésirables en témoigne le nombre important des déclarations ces derniers années. Il recueille et analyse les erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés. Il suit les indicateurs IQSS, ceux issus des EPP, les indicateurs déclinés à partir des audits, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs medico-économiques (consommation globale, médicaments hors GHS, antalgiques, antibiotiques...). Un audit concernant l'ensemble du circuit du médicament a été réalisé en 2013. Des audits ciblés sont réalisés sur l'antibiothérapie, la conformité des piluliers. Quatre EPP ont initiés dont trois anciennes permettant de dégager des indicateurs de suivis et une un peu plus récente concernant en particulier la iatrogénie chez la personne âgée. L'évaluation périodique est réalisée et exploitée pour identifier les actions correctives.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été conduites en fonction des risques identifiés en particulier dans le compte qualité (armoires sécurisées pour les dotations, identification des médicaments à risque, conformité de la gestion du traitement personnel, progression du pourcentage de la validation pharmaceutique...). Ces actions sont intégrées au Plan Qualité de l'établissement. La communication de ces évaluations et des plans d'actions se fait auprès des instances et auprès du personnel par l'encadrement et le journal interne.

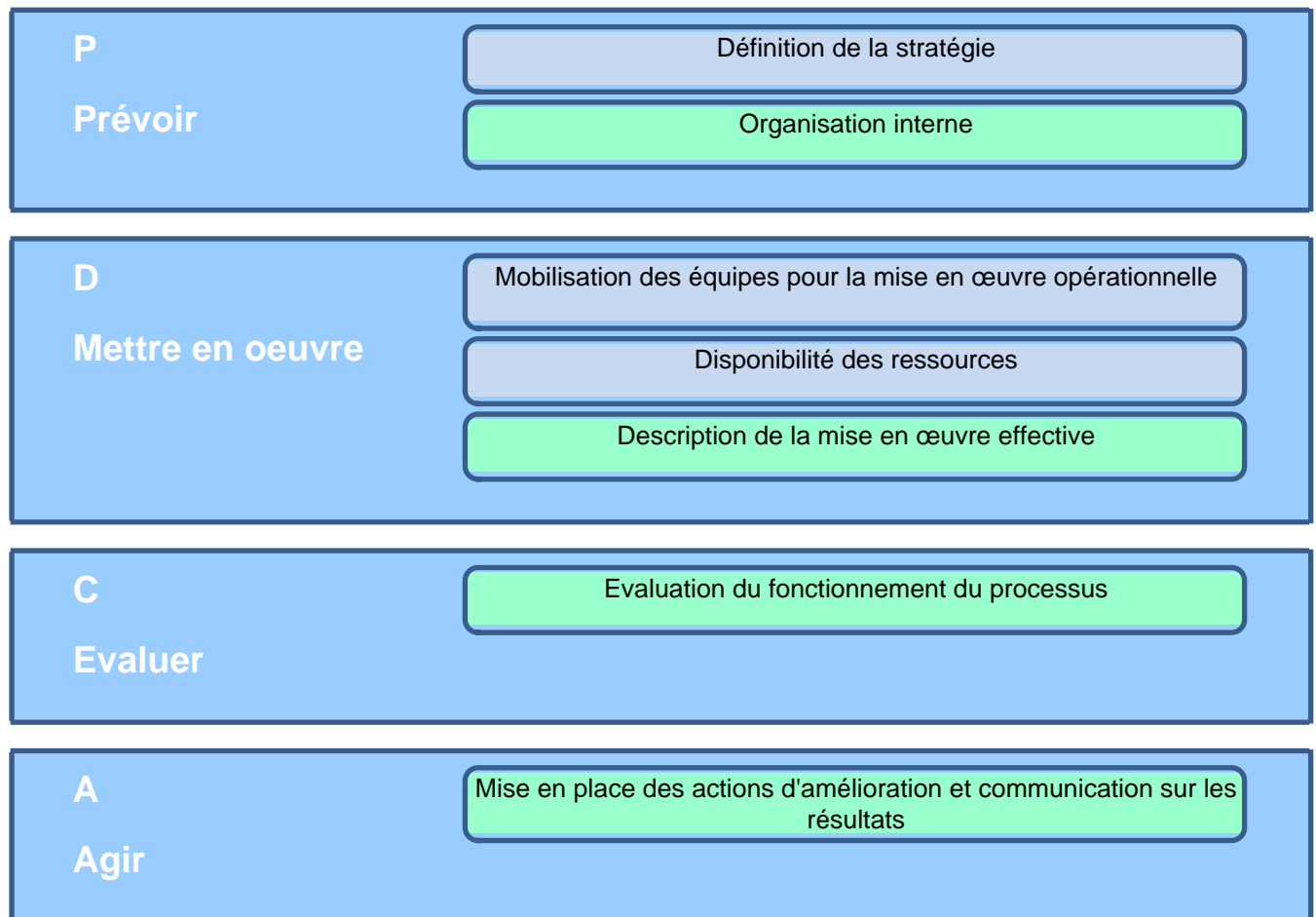
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Le service d'endoscopie digestive et bronchique est clairement identifié d'autant plus qu'il n'existe pas d'activité chirurgicale dans l'établissement. Il est retrouvé des objectifs dans le projet d'établissement concernant l'endoscopie et l'anesthésie. Des risques ont été identifiés, analysés et hiérarchisés dans le compte qualité en fonction de la cartographie et d'objectifs de sécurité anesthésique, de prévention du risque infectieux, de protection du personnel et de maintenance des appareils. Ces ont été pris en compte par la cellule qualité qui poursuit un programme d'actions préventives et de surveillance. Les mesures de traitement sont arrêtées dans le PAQSS. Les ressources et les modalités de suivi sont identifiées.
ORGANISATION INTERNE
Il existe une organisation formalisée dans différentes procédures permettant la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources humaines, matérielles, des locaux et documentaires. Le responsable de cette organisation est le directeur des soins infirmiers. Les interfaces permettant l'échange d'information et de coordination entre les différents secteurs sont organisés. Cette organisation est facilitée par la taille de la structure, le faible nombre d'intervenant. Il existe une démarche qualité documentée dans les procédures et actualisée, portée par une réelle implication des intervenants, assurant la sécurité de la prise en charge du patient et organisant la diffusion de la culture qualité/sécurité. Le processus fait l'objet de protocoles et de procédures retrouvés dans la GED. Une procédure spécifique est en place sur les retours de maintenance des endoscopes. Les indications d'hospitalisation complète avec le service de médecine sont procédurées et les transferts organisés, la planification des examens intègre ce choix.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Tous les membres de l'équipe restreinte de ce processus s'impliquent dans la surveillance et la prévention des risques en particulier ceux identifiés dans le compte qualité. Les acteurs du processus ont participé à l'écriture de la documentation. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les effectifs sont en adéquation avec l'activité. Les médecins se forment régulièrement et l'un deux a une vacation hospitalière universitaire. Le personnel soignant y compris remplaçant est stable, il bénéficie d'une formation en interne et, en fonction des besoins en externe. Les locaux sont adaptés avec en particulier un circuit court entre la salle opérationnelle et le secteur de traitement et de stockage des endoscopes respectant le circuit propre/salle. Le matériel est conforme et tient compte des évolutions techniques. La documentation est actualisée si survient une modification avec réévaluation systématique tous les quatre ans.
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
Les activités sont régulées afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient. Le programme d'endoscopie est connue une semaine à l'avance sauf urgence et l'efficacité des interfaces (consultation médecin opérateur et anesthésiste, pré admission, convocation du patient) permet de réduire les temps d'attente. Le dépistage du risque Prion est effectif. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues des bonnes pratiques reconnues par les sociétés savantes des spécialités concernées. Le patient reçoit une information sur les précautions et préconisations avant et après l'examen. Il est également informé avec un document support qui lui est remis des risques propres à cet examen. Le compte rendu de l'examen est intégré au dossier patient papier et informatique, un exemplaire est remis au patient et est envoyé au médecin traitant avec un courrier complémentaire. La traçabilité du matériel est organisée, opérationnelle, incluant les vérifications effectuées. Il existe des contrôles bactériologiques planifiés annuellement des endoscopes, de l'eau du réseau et de l'eau filtrée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le recueil et analyse des événements indésirables est organisée par la cellule qualité avec rétro-information aux professionnels et si nécessaire déclinaison d'un plan d'action. Il existe des indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Le dispositif d'évaluation tient compte d'indicateurs quantitatifs (nombre et type des examens/trimestre, occupation en place/jour), des indicateurs issus des IPP, des indicateurs de qualité propre à l'établissement (traçabilité de la check-list, de la douleur, du contrôle des salles, consommation des SHA...) et des indicateurs tirés des questionnaires de satisfaction. La cellule qualité est chargée de l'analyse des évaluations sur son tableau de bord et les actions correctives éventuelles sont organisées par le pilote du processus en concertation avec les acteurs. Deux EPP ont été réalisés : l'une axée sur la pertinence des coloscopies fait l'objet d'un audit tous les deux ans avec un indicateur, l'autre portant sur les anticoagulants a été poursuivie par des audits annuel de 2009 à 2013.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration a conduit à réexaminer les risques. Plusieurs actions d'amélioration ont été mises en place ces dernières années : mise en place de la check-list, protocoles chez patient diabétique ou sous anticoagulant, amélioration des délais d'attente, formation des aides soignantes, sécurisation du circuit d'eau, évolution du matériel... La communication de tous ses résultats se retrouvent dans le journal interne. Les acteurs de terrain par des réunions cernent les améliorations qui ont fait débats.