



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
ARIÈGE COUSERANS**

**Bp 60111
09201 Saint-Girons**

DÉCEMBRE 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	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	36
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	41
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	45
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	50
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	54

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

CENTRE HOSPITALIER ARIEGE COUSERANS	
Adresse	Bp 60111 09201 Saint-Girons
Département / région	ARIEGE / MIDI-PYRENEES/LANGUEDOC-ROUSSILLON
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	090003278	GCS BIOLOGIE TERRITOIRE DE L'ARIEGE	Bp 01 09017 FOIX
Entité juridique	090781816	CENTRE HOSPITALIER ARIEGE COUSERANS	Bp 60111 09201 ST GIRONS
Etablissement de santé	090002932	HOPITAL DE JOUR DE ST GIRONS	49 rue joseph pujol 09200 ST GIRONS
Etablissement de santé	090784570	CMP ADULTE FOIX HAUTE ARIEGE	18 allée de villote 09000 Foix
Etablissement de santé	090000183	CENTRE HOSPITALIER ARIEGE COUSERANS	Bp 60111 09201 Saint-Girons
Etablissement de santé	090784554	HOPITAL DE JOUR DE PAMIERIS	1 chemin de cailloup 09100 Pamiers
Etablissement de santé	090783473	CMP / CATTP PAMIERIS	4 chemin de cailloup Hopital de pamiers 09100 Pamiers
Etablissement de santé	090784638	CATTP ORRY SAINT GIRONS	3 avenue paul laffont 09200 Saint-Girons

Etablissement de santé	090003146	CMP ADULTES SAINT GIRONS	49 rue joseph pujol 09200 ST GIRONS
Etablissement de santé	090784596	CMP DU COUSERANS	Rue regagnon 09200 Saint-Girons
Etablissement de santé	090784521	CMP / CATTP ADULTES LAVELANET	14 rue des hirondelles 09300 Lavelanet
Etablissement de santé	090003799	HOPITAL DE JOUR L'HERM	09000 L HERM

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	20	/	8
MCO	Gyneco-Obstétrique	4	/	/
MCO	Médecine	53	2	/
Santé mentale	Psychiatrie générale	99	35	/
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	7	20	/
SSR	SSR	62	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Oui
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	UCC depuis 01/01/2015

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

Management de la qualité et des risques
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en endoscopie

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

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

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

5. Suivi de la décision

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
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Homme ou Femme	Médecine - Ibanès	Neurologie centrale avec comorbidité	HC	Complexe	MCO
2	Homme ou Femme	Médecine - Ibanès	Chimiothérapie en ambulatoire	HDJ	Simple	MCO
3	Femme	Chirurgie - Ibanès	Personne âgée prothèse de genou	HC	Complexe - passage aux urgences	MCO
4	Homme	Chirurgie - Ibanès	Geste digestif en ambulatoire	HDJ	Simple	MCO
5	Femme	Gynéco-Obstétrique - Ibanès	Césarienne en urgence	HC	Complexe	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
6	Femme	Gynéco-Obstétrique - Ibanès	Accouchement eutocique	HDJ	Simple	MCO
7	Homme	SSR - CRN	AVC avec anarthrie et comorbidités	HC	Simple	SSR
8	Homme	Santé Mentale adulte - UPSI	Épisode inaugural de psychose et passage CI	HC	Simple	Santé mentale
9	Homme	Santé Mentale adulte - Pamiers	Profil troubles de l'humeur	HDJ	Complexe	Santé mentale
10	Adolescente	Santé mentale enfant - Rozès	Passage à l'acte suicidaire	HC	Complexe	Santé mentale
11	Enfant	Santé mentale enfant - HDJ La Villa (sur site)	Troubles du comportement	HDJ	Complexe	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

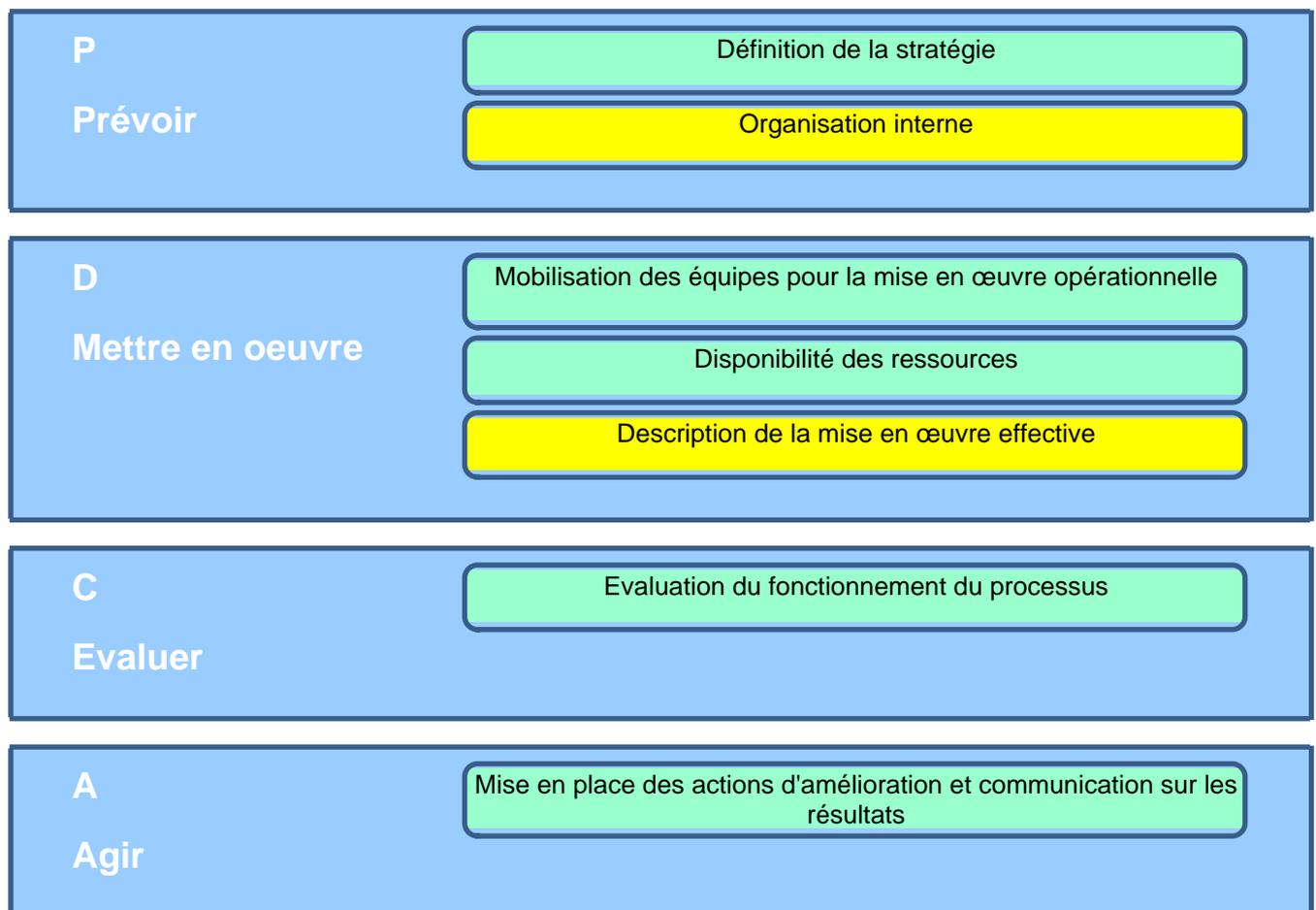
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Le Centre Hospitalier Ariège Couserans (CHAC) a défini sa politique qualité dans un document intitulé politique qualité gestion des risques 2015-2020. Quatre axes prioritaires sont précisés dans ce document : développer une culture qualité et sécurité, favoriser la participation et l'implication des usagers, déployer une démarche de gestion des risques a priori et a posteriori, promouvoir l'analyse des pratiques professionnelles.

Cette politique a été validée par les instances de l'établissement en décembre 2015, et par la CME en janvier 2016. Une note de cadrage de la direction de juin 2017 précise pour le pôle MCO un axe relatif à la gestion de risques qui précise les indicateurs IQSS à suivre, ainsi que les EPP à prendre en compte.

La politique qualité prend en compte les obligations réglementaires, la stratégie EPP et la gestion de crise (le plan blanc est élaboré).

La politique qualité précise que l'évaluation repose sur des indicateurs de service intégrés dans les tableaux de bord économiques des pôles.

Le programme d'amélioration de la qualité et des risques décline par pôles les actions d'amélioration.

Une cartographie des risques a été menée initialement par pôle, en associant les personnels à l'identification des risques (un relevé des activités de l'ensemble des professionnels a été effectué par unité de juin à décembre 2016 pour déterminer un tableau des risques avec leur identification et leur cotation).

L'établissement a pris en compte les données de la précédente certification, le rapport de la contrôleuse des lieux de privation de liberté (CGLPL) concernant le secteur psychiatrique, les événements indésirables graves et récurrents. Il a renforcé sa volonté d'impliquer les professionnels en créant un pôle QGR (décembre 2016) et en le positionnant transversalement dans l'organigramme de l'établissement à l'interface des différents pôles cliniques et médicotechniques et de la gouvernance.

Les représentants des usagers ont validé le Programme d'amélioration de la qualité et des risques lors de la Commission des Usagers (CDU) et lors du conseil de surveillance où ils siègent.

Les différents plans d'actions de l'établissement sont intégrés dans le Programme d'amélioration de la qualité et des risques (intégration notamment du risque infectieux issu du programme du CLIN et des risques professionnels issus du document unique).

Il précise pour chaque action les responsabilités, la planification et le suivi des actions.

Le compte qualité reprend de manière effective les risques figurant dans le Programme d'amélioration de la qualité et des risques, avec la matrice de cotation des risques proposée par la HAS.

Dans le cadre des contrats de pôle récemment établis, des tableaux de bord médico-économiques intègrent des données relatives à la qualité sous forme d'indicateurs à recueillir et à suivre.

ORGANISATION INTERNE

Un pôle qualité gestion des risques a été créé en décembre 2016. Le chef de pôle qui pilote le processus est le médecin responsable de la gestion des risques associés aux soins. En font partie, le responsable qualité, l'assistante qualité, l'ingénieur sécurité et un agent chargé de la sécurité incendie.

Ils disposent de fiches de missions. Les responsables en charge de la qualité ont des diplômes dans le domaine de la qualité.

Le document relatif à la politique qualité contient un organigramme et une définition des acteurs en charge de la stratégie et les liaisons sont précisées avec l'ensemble des instances de l'établissement.

Le Directoire et la CME sont identifiés comme les instances stratégiques dans l'organigramme.

Une Direction de la qualité et de la gestion des risques est identifiée dans l'organigramme de l'établissement.

Une commission formation DPC EPP est constituée et animée par la présidente de la CME.

Un comité qualité et évaluation (CQE), sous-commission de la CME, assure le relai entre le Directoire, la CME et les professionnels. Il est chargé d'établir, de promouvoir et de suivre la politique qualité. Il établit le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. Il coordonne les différentes composantes du système qualité et gestion des risques.

Un comité opérationnel de gestion des risques (COGR) composé des membres du pôle qualité gestion des risques se réunit une fois par semaine.

Des référents qualité sont désignés dans les services et ont des fiches de missions.

Le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) a été désigné et dispose d'une fiche de fonction.

Une organisation de CREX RMM est en place.

Un COMEDIMS est constitué.

La gestion des événements indésirables (EI) est organisée sur l'ensemble de l'établissement, elle est réalisée à partir de la CREX.

La démarche d'évaluation des risques a priori est organisée à partir de la définition des processus

transversaux aux pôles (dossier patient, droits des patients, prise en charge médicamenteuse,...).
L'analyse des risques a posteriori est organisée sur la base de la méthode ALARM.
La gestion documentaire est informatisée, "CHAC'DOC" et relève du responsable qualité. Une procédure des procédures a été établie.

Cependant la gestion documentaire n'est ni totalement organisée, ni actualisée.

- Le système de gestion documentaire repose sur un double système : des documents figurants dans CHAC'DOC, et des documents se trouvant dans une rubrique "échanges temporaires" accessibles à partir des ordinateurs. Un nombre significatif de documents figurants sur "échanges temporaires" sont anciens et n'ont pas été inclus dans la gestion documentaire institutionnelle, tout en étant réputés en vigueur. De ce fait, les professionnels ne peuvent s'appuyer sur des documents homogènes et actualisés.

- La procédure de gestion documentaire n'a pas été actualisée depuis 5 ans. En cours de visite, l'établissement a mis à jour à minima cette procédure. D'autres documents structurants ont été actualisés en cours de visite (procédure d'identitovigilance).

L'ensemble des vigilances et notamment la transfusion est organisée.

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

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'action des secteurs sont établis à l'échelle des pôles conformément à la politique qualité en vigueur dans l'établissement.

Les équipes ont été mobilisées pour identifier et qualifier au sein de leur activité les risques qui ont alimenté le plan d'action qualité gestion des risques de l'établissement.

Des actions de sensibilisation sont menées par les responsables sur les risques identifiés dans les secteurs concernés et des actions correctrices sont menées (identification des patients, chambre des erreurs et exercices de simulation en maternité).

Dans les services maternité et urgence, dans l'unité de chirurgie et médecine ambulatoire (UCMA), des contrôles de conformité sont mis en œuvre (par exemple quick audit par le cadre notamment sur la personne de confiance et des contrôles de péremption) ; ces contrôles répondent à des constats de marge de progrès par le cadre.

Les IPAQSS sont affichés dans les services.

De nombreuses EPP sont conduites et suivies par l'établissement (18 dans le tableau de bord des EPP).

L'établissement réalise également des RMM.

Cependant, la stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches de qualité et de sécurité des soins n'est pas complètement déclinée dans les services. Il a été constaté dans une partie significative des services, qu'il n'y avait pas de régularité ni de méthode constante de mise en œuvre de la démarche qualité concernant les risques spécifiques identifiés et les actions d'amélioration en cours, en particulier concernant les actions de sensibilisation et les contrôles de conformité. Cette situation est notamment liée à un déficit de portage méthodologique auprès de l'encadrement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les trios de pôles, les référents qualité des équipes sont en place dans l'ensemble des pôles. Ceux-ci ont été formés à la démarche de processus. Des formations sur les patients traceurs ont été également réalisées. La formation du personnel à la méthode ALARM a été réalisée. Cette méthode est utilisée dans le cadre des CREX et des RMM.

La gestion documentaire est accessible depuis les ordinateurs disponibles dans les services, même si les documents ne sont pas toujours homogènes, ou actualisés.

Une charte de déclaration interne des événements indésirables a été adoptée et diffusée pour encourager leur déclaration.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dispositif de gestion des événements indésirables est opérationnel, connu et mis en œuvre. La déclaration des événements indésirables est informatisée. Les professionnels connaissent ce dispositif et l'utilisent. Ils connaissent la charte de non punition de la déclaration. Les déclarations sont traitées par le responsable qualité et celui-ci en fait retour au déclarant nominativement si c'est le cas ou au service si la déclaration a été faite de façon anonyme.

Dans le cas d'un événement indésirable grave, celui-ci est analysé de façon hebdomadaire par le comité opérationnel de gestion des risques (COGR) et donne lieu à une analyse des causes profondes.

Les personnels sont attentifs à la qualité de la prise en charge des patients.

Les services sont de petite capacité et pour le secteur psychiatrique et le SSR, ils sont répartis de façon

pavillonnaire, ce qui facilite la connaissance des patients ainsi que l'identification des problématiques et leur résolution.

Les professionnels participent à la démarche qualité et gestion des risques. Les instances représentant le personnel ont été consultées concernant le Programme d'amélioration de la qualité et des risques. Les instances sont opérationnelles : CME, CTE, COGR, CREX. Elles se réunissent avec un ordre du jour et des procès verbaux de réunions sont établis et diffusés.

La démarche EPP est particulièrement appropriée par les professionnels, engagés dans des démarches EPP et évaluatives (IQSS réalisés par un binôme médecin soignant différent du service investigué, réalisation de patients traceurs).

En cas de plaintes ou réclamations, les personnels sont associées aux réponses à y apporter. Celles-ci, ainsi que le l'analyse des questionnaires de sortie, sont communiquées et analysées en lien avec les représentants des usagers au sein de la CDU.

Le dispositif de gestion de crise est connu et mis en œuvre. Des exercices relatifs au plan blanc sont réalisés.

Toutefois, les professionnels mettent peu en œuvre les documents qui les concernent. Les professionnels connaissent le dispositif de gestion documentaire, en revanche ils ne recourent majoritairement pas à la documentation qui est mise à disposition.

En l'absence de réassurance documentaire, l'homogénéité des pratiques des professionnels n'est pas garantie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de sa démarche qualité et sécurité des soins.

Le Programme d'amélioration de la qualité et des risques est révisé annuellement en CQE ; son évaluation régulière porte sur les actions en cours, les actions réalisées et les actions non réalisées, en indiquant par pôle le pourcentage global de réalisation des actions d'amélioration listées.

Le pôle qualité gestion des risques assure le suivi des plans d'actions en CQE et en CME, en bureau de pôle et en réunion de cadre.

La CME élabore un rapport annuel précisant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

L'établissement évalue notamment les processus par les IQSS, les indicateurs HN, par les audits de processus et la méthode du patient traceur (17 ont été conduites dans l'établissement).

Les EPP sont également conduites de façon programmée et sont suivies par l'établissement (18 sont listées dans le tableau de bord des EPP). Des EPP ont été initiées dès 2007 et se poursuivent.

La démarche EPP est particulièrement appropriée par les professionnels.

L'établissement réalise des RMM.

L'évaluation de la satisfaction de patients est réalisée en lien avec la CDU.

A / AGIR

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

L'établissement prend en compte les données issues d'évaluations externes et inspections. Il a notamment assuré le suivi des recommandations issues de la précédente itération de certification.

Des actions d'amélioration sont mises en place dans le cadre du PAQGR.

Les méthodes du patient traceur et de l'audit de processus ont permis de mettre en place des actions d'améliorations (amélioration de la traçabilité des DMI notamment, amélioration du local des déchets et du circuit des déchets au bloc opératoire).

C'est également le cas dans le cadre des EPP, des CREX et des RMM.

L'établissement a engagé des plans d'actions pour répondre aux observations concernant la précédente certification, l'amélioration des indicateurs IQSS, le suivi des rapports de l'ASN et du CGLPL.

Les actions d'améliorations sont communiquées aux instances de l'établissement et dans les secteurs concernés. La communication des IQSS est effective, notamment par affichage à destination des usagers.

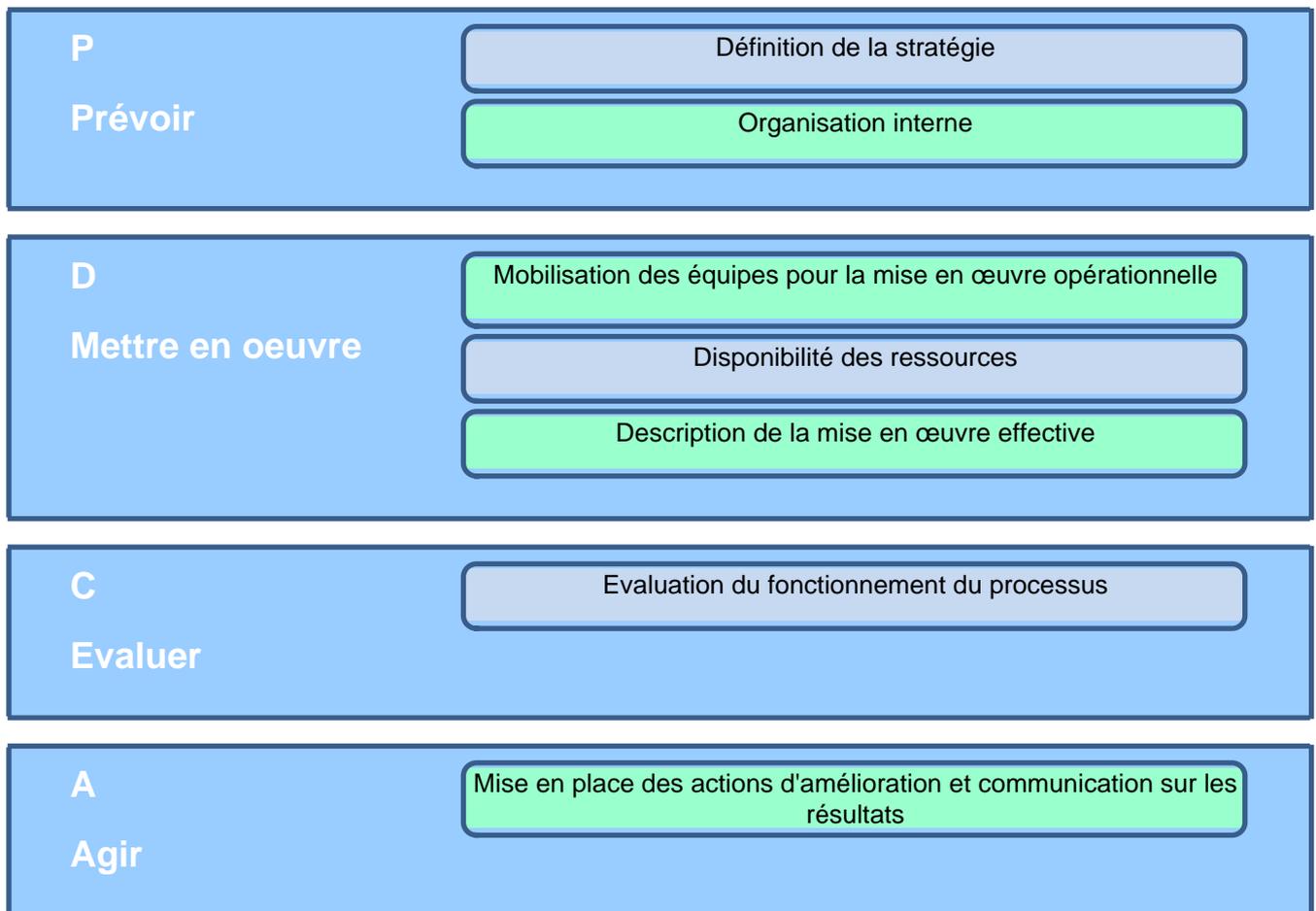
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Ariège Couserans (CHAC) a défini sa politique de maîtrise du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques 2015 – 2020, validée en CLIN. L'objectif est de sécuriser la prise en charge du risque infectieux en réduisant les erreurs évitables à chaque étape, en améliorant la sécurité du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques. Elle s'appuie sur le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) et sur la réglementation et les recommandations en vigueur. Elle prévoit 3 axes forts : Développer la prévention des Infections Associées aux Soins (IAS) tout au long du parcours de santé en impliquant les patients – Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs – Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

L'analyse des risques propres à l'établissement a été réalisée sur la base d'une identification des besoins, des déclarations d'événements indésirables, du contexte, d'une exploitation des indicateurs nationaux et internes. L'établissement a utilisé également les données issues des visites de certification et notamment de la V2010, sans recommandation sur cette thématique. Ce programme est construit en fonction de l'évaluation structurée des risques et selon la méthode préconisée par la HAS. La cartographie du risque infectieux a été réalisée par les membres du CLIN et la hiérarchisation a été effectuée avec les personnels concernés.

Cette stratégie d'amélioration s'inscrit en lien avec le Réseau Infectieux Nosocomial Ariège (RINA), avec l'implication du praticien hygiéniste et du praticien infectiologue du GHT des Pyrénées Ariégeoise, de la COMEDIMS, du Comité des Anti Infectieux (CAI) pour le bon usage des antibiotiques, de la fédération des urgences du GHT pour la gestion des Accidents d'Exposition Virale et la médecine de santé au travail.

Les objectifs du programme d'actions formalisés et priorisés intègrent la veille réglementaire et documentaire. Ils incluent des actions de prévention, de surveillance, de formation, d'information des usagers et d'évaluation. Le bilan d'activité de l'année écoulée ainsi que le programme annuel prévisionnel sont présentés à l'ensemble des instances (CME, CSMIRT, CAI, Comité Qualité Evaluation (CQE) et sont validés. Les mesures de traitement sont arrêtées et les modalités de suivi identifiées. Il existe une articulation entre les actions du compte qualité et le Programme d'amélioration qualité et risque de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Le CHAC a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilotage est formalisé. La politique d'amélioration et les actions relatives à la maîtrise du risque infectieux sont pilotées par le CLIN composé d'un praticien président, d'un praticien pharmacien : référent antibiotique, une technicienne laboratoire hygiéniste titulaire d'un DU hygiène. Les actions concernant le bon usage des antibiotiques sont assurées par la CAI, en lien avec le pharmacien référent antibiothérapie et le médecin coordonnateur de la commission des anti-infectieux, sous la responsabilité de la CME. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Au regard des besoins et des risques identifiés, le CHAC prévoit des ressources humaines : Unité Opérationnelle d'Hygiène (UOH), référent hygiène dans chacune des unités. Les ASH dédiés à l'hygiène des locaux sont intégrés dans les équipes de soins et affectés sur chacun des pôles.

Une organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques est en place. Un guide d'antibiothérapie est diffusé, notamment lors des formations semestrielles des internes et lors de l'accueil des nouveaux praticiens. Des formations sont prévues dès le recrutement des nouveaux professionnels dans le cadre de la journée d'accueil des nouveaux professionnels. Les membres de l'UOH assistent à des journées organisées par le CCLIN, afin de mettre à jour leurs connaissances et pouvoir faire un retour sur site aux professionnels concernés.

Des procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont élaborées et actualisées. Elles sont validées par le CLIN. Elles sont accessibles dans la gestion électronique documentaire (GED). Des ordinateurs sont mis à disposition des équipes pour la consultation de la gestion informatique documentaire : procédures, protocoles, etc.

Les ressources matérielles (équipements : mobilier et petit matériel) sont adaptées pour améliorer la sécurité du risque infectieux.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le CHAC assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la mise en œuvre du programme de maîtrise du risque infectieux, notamment le laboratoire de bactériologie, le praticien infectiologue du GHT et les infectiologues du CHU de Toulouse, les pharmaciens, les services économiques, la direction de soins, la DRH, la médecine du travail, etc. Des référents "hygiène para médicaux" sont identifiés pour faciliter la concertation avec l'UOH, les équipes soignantes et les différents secteurs d'activité.

Une information sur la prévention des infections associées aux soins est prévue dans le livret d'accueil du

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

Compte tenu de ses risques et besoins, les cadres de chaque secteur d'activités organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions opérationnels. Les membres de l'UOH sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Dans le cadre de la prévention des infections associées aux soins, ainsi que pour le bon usage des antibiotiques.

Un plan d'actions des risques propres à chacune des unités est décliné à partir du programme d'actions institutionnel. Les référents paramédicaux "hygiène" veillent au respect des protocoles de bonnes pratiques, à la bonne utilisation des matériels et des dispositifs médicaux au sein de leur unité. Ils se réunissent minimum 2 fois par an pour coordonner leurs actions et davantage si nécessaire. Des actions de sensibilisation des professionnels sur la prévention du risque infectieux sont proposées par l'UOH dans les unités. Des supports de communication sont utilisés (affiche sur la journée « hygiène des mains », sur le port de "Zéro bijou").

Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières lors des réunions d'équipe).

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin, lors d'un dysfonctionnement repéré ou lors de la baisse d'un résultat d'indicateurs : suivi des indicateurs de l'audit sur la campagne Zéro bijou.

Les résultats des indicateurs spécifiques aux secteurs (consommation de solution hydro alcoolique,...) sont communiqués aux professionnels et des actions correctives sont mises en œuvre si nécessaires.

Des déclarations d'événements indésirables (7 sur l'année précédente) sur l'infectiologie ont été effectives. Une EPP « Zéro Bijou » est en cours sur l'établissement et le territoire.

Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

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

Les ressources en compétences sont effectives : les professionnels bénéficient périodiquement d'actions de sensibilisation, d'évaluation et d'accompagnement réalisées par l'EOH. Des actions de formation aux professionnels concernés par le risque infectieux (formation des correspondants en hygiène, journée régionale, formation au sein du territoire) sont effectives. Tous les nouveaux arrivants bénéficient d'un temps de formation à l'hygiène lors de la journée d'accueil : un livret d'hygiène du territoire leur est remis.

L'UOH relaie les compétences acquises lors des journées de formation au sein du territoire ou par des membres du CCLIN Sud-Ouest. Des formations ou recommandations de bonnes pratiques d'utilisation des antibiotiques sont dispensées par le pharmacien référent dès que nécessaire aux professionnels concernés : formation des médecins et des internes. Des formations plus spécifiques sur l'utilisation du "picline" ont été effectives dans le cadre du DPC.

De nombreuses procédures et protocoles, formalisés, actualisés et validés, sont à disposition des professionnels dans la gestion documentaire (GED). Les équipements (mobilier et petit matériel) sont adaptés pour améliorer la sécurité du risque infectieux.

Pour prévenir le risque d'exposition au sang (AES) du matériel sécurisé est à disposition des équipes soignantes. La gestion des DASRI répond aux normes réglementaires pour les équipements et le transport. Concernant l'application des précautions standards ou particulières, des équipements de protection individuels sont disponibles dans les services concernés : tabliers, blouses, sur-blouses plastifiées jetables, etc... Des distributeurs de produits hydro alcooliques sont installés dans les chambres des patients et les locaux le nécessitant. Les ressources matérielles font l'objet d'un plan de maintenance.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs d'activités mettent en œuvre les organisations adaptées pour le fonctionnement et le management internes en lien avec l'UOH. Les secteurs d'activité prennent connaissance des préconisations de gestion du risque infectieux. Le programme annuel est accessible. Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux sont mises en œuvre conformément au programme d'actions de l'UOH : surveillance ISO, BMR, contrôle des eaux, BK, ...etc. Les professionnels rencontrés ont la connaissance des procédures et protocoles contenus dans la GED.

Afin d'améliorer la sécurité et limiter le risque infectieux, les professionnels utilisent du matériel sécurisé et des équipements individuels de protection dès que nécessaire.

Les DASRI sont gérés dans les unités de soins comme le prévoit la réglementation : des sacs, cartons et contenants piquants/coupants et tranchants sont utilisés par les équipes.

Les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles. La technicienne hygiéniste et les membres du CLIN sont connus par les professionnels de santé et interviennent régulièrement dans les unités de soins.

Les réunions organisées y compris dans les unités de soins font l'objet d'un compte rendu.
La traçabilité de l'hygiène des locaux est effective par les ASH de l'établissement au sein de chaque unité ; elle est visée par le cadre.
Les prescripteurs sont sensibilisés à la nécessité de tracer la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure dans le dossier patient, ce que confirme le résultat de l'indicateur ICATB-2 classé en B.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CHAC assure régulièrement l'évaluation, l'exploite pour identifier les actions correctives, s'assure du suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés :

- les indicateurs nationaux de lutte contre les infections nosocomiales,
- les indicateurs mis en place dans le cadre du suivi du plan d'actions du risque infectieux,
- un suivi de la consommation des antibiotiques,
- les audits prévus dans le programme d'actions annuel du CLIN,
- des audits flash sur l'hygiène des mains, contrôle des surfaces, ...
- 1 EPP « Zéro bijou » en cours au sein du CHAC et du territoire

Un retour des audits est fait lors des réunions du CLIN.

Le bilan du CLIN est transmis dans toutes les instances (CME, CHSCT, CSMIRT, CDU par le coordonnateur gestionnaire des risques ...).

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux évaluations réalisées et aux résultats obtenus. Elles sont intégrées et articulées avec le programme PAQGR institutionnel. Elles figurent dans les comptes rendus du CLIN et le compte qualité. Elles sont réalisées sous forme de formations ou de sensibilisations auprès des professionnels (sensibilisation au bon usage des solutions hydro alcooliques,...), ainsi qu'auprès des médecins pour les recommandations de prescription des antibiotiques.

Le programme est accessible sur l'intranet par l'ensemble du personnel. Les résultats des évaluations sont présentés aux instances (CLIN, CME, CSMIRT,) et aux professionnels des unités (cadres, médecins et correspondants en hygiène) lors des réunions de cadres, des réunions de correspondants en hygiène et les staffs médicaux. Les résultats d'indicateurs sont affichés.

La communication des résultats et actions sont réalisées, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers, lors de la journée "Hygiène des mains" ou de la semaine nationale relative à la sécurité du patient.

L'établissement participe à des partages d'expérience en congrès au niveau régional.

Un livret intitulé « Accident d'exposition Viral » a été élaboré au niveau du GHT et diffusé aux usagers.

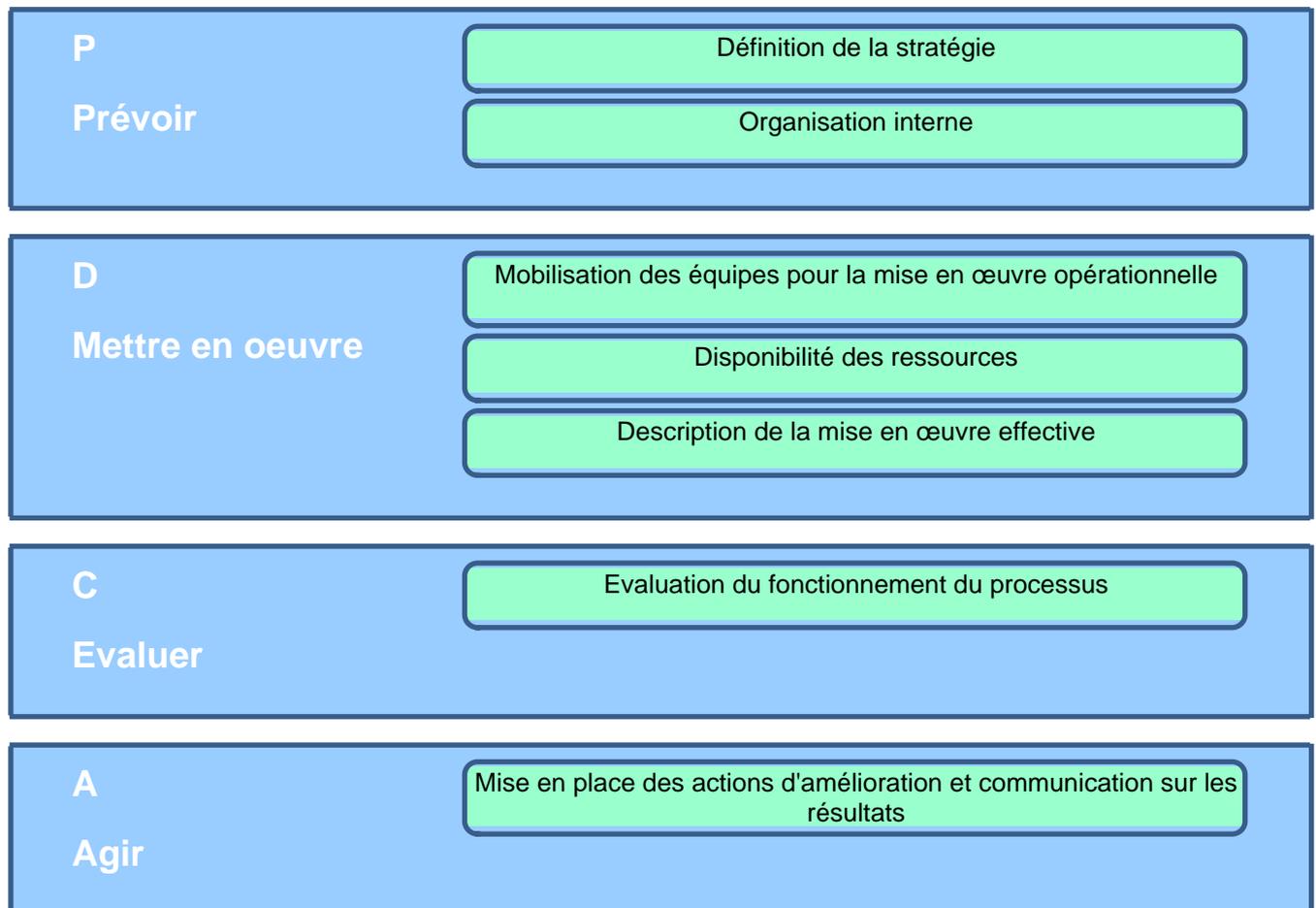
DROITS DES PATIENTS

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 document politique qualité 2015-2020 du Centre Hospitalier Ariège Couserans (CHAC) comprend un axe prioritaire intitulé : promouvoir la participation et l'implication de l'utilisateur.

La note de cadrage de la direction de juin 2017 sur les orientations du projet d'établissement précise pour le pôle MCO : mobiliser l'ensemble des professionnels autour du développement d'une culture de la bientraitance, pour le pôle gériatrie et réadaptation : respecter les droits des patients, formation à la bientraitance et aux droits des patients.

Les risques concernant les droits des patients ont été identifiés et figurent dans le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques ; le compte qualité a été établi à partir de ce Programme d'amélioration qualité (trois risques prioritaires ont été identifiés). Le rapport de la contrôleuse générale des lieux de privation de liberté (CGLPL) de 2015 a été pris en compte par l'établissement dans l'analyse de ses besoins et des risques.

La démarche EPP intègre les problématiques liées au respect des droits des patients.

La commission des usagers (CDU) a validé le Programme d'amélioration qualité en 2016. Elle établit une liste d'actions d'amélioration annuelles concernant notamment les droits et la satisfaction des usagers, actions d'amélioration qui alimentent le Programme d'amélioration qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique relève de la direction des soins et des relations avec les usagers.

La CDU est constituée et des représentants des usagers siègent au conseil de surveillance.

Un dispositif de médiation médicale et paramédicale est en place.

Un plan de formation annuel est établi et comporte des actions de formations concernant les droits des patients et la bientraitance.

Les ressources documentaires et procédures concernant les droits des patients sont organisées.

Dans le cadre de l'hospitalisation sans consentement réalisée dans l'unité de soins intensifs psychiatrie intersectorielle (USIP), un dispositif structuré d'hospitalisation est mis en place : information et recherche d'adhésion du patient, formation des professionnels, procédures spécifiques liées à la mise en isolement et à la contention, gestion des mesures juridiques de contraintes.

Le signalement des cas de maltraitance est organisée dans le cadre de la déclaration des événements indésirables.

Les patients sont informés de leurs droits par divers moyens, notamment par le livret d'accueil et des affichages.

Chaque année des événements sont organisés auxquels sont associées les associations d'usagers et le public (journée européenne des droits des patients, semaine d'information de la santé mentale).

L'établissement est pavillonnaire et situé dans un parc arboré, il planifie et met en œuvre des travaux d'amélioration de locaux.

L'hébergement des proches est organisé.

Des associations de bénévoles identifiées peuvent intervenir dans l'établissement.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables des services mobilisent les professionnels sur le respect des droits des patients.

Des projets de service déclinent des orientations concernant les droits des patients.

La réflexion bénéfique risque et la recherche du consentement font l'objet d'une concertation en équipe et d'une intégration dans le projet de soins personnalisé.

Les équipes participent aux actions d'amélioration dans le cadre d'EPP ou dans le cadre du recueil des IQSS. Elles ont accès aux résultats des évaluations.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La formation des professionnels est réalisée concernant les droits des patients et la bientraitance. Le médecin CGRAS a réalisé une formation aux médecins concernant l'annonce du dommage lié aux soins (avec jeu de rôle). Les modalités de signalement des cas de maltraitance s'inscrivent dans le cadre de la déclaration des événements indésirables.

Des procédures sont en place relatives à l'accueil du patient, à la communication d'informations de santé, au recueil de la personne de confiance, à l'annonce des dommages liés aux soins.

Un document de recueil des directives anticipées est disponible. Une fiche concernant les soins palliatifs

permet d'identifier la présence ou non de directives anticipées.
 Des documents de recueil du consentement du patient majeur ou mineur sont établis et disponibles.
 Les ressources nécessaires à l'hospitalisation sans consentement sont disponibles, (modalités d'information et la recherche d'adhésion du patient, formation des professionnels, procédures spécifiques liées à la mise en isolement et à la contention, modalités de gestion des mesures juridiques de contraintes). Les registres des hospitalisations à la demande d'un tiers ou à la demande du Représentant de l'Etat sont en place ; le registre des mises en isolement et des contentions pour les patients psychiatriques est opérationnel.
 Le livret d'accueil du patient comprend des fiches relatives à la désignation de la personne de confiance et aux directives anticipées.
 Une procédure de gestion des réclamations et une procédure de communication du dossier patient des usagers sont en place.
 Les usagers sont informés de leurs droits par différents supports : livret d'accueil, site internet, affiche de la charte sur les droits des patients. Ils sont également informés des missions de la CDU.
 La signalétique est adaptée, l'accessibilité à internet des patients est effective.
 Des possibilités de recours à des agents connaissant le langage des signes ou une langue étrangère sont identifiées.

La très grande majorité des locaux sont de qualité, et l'établissement fait des efforts conséquents pour maintenir le patrimoine immobilier. Les soins sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients (chambres majoritairement individuelles).

Cependant les conditions d'hébergement en chambres ne permettent pas toujours de respecter la dignité des patients. Dans les chambres d'isolement de l'USIP, du fait de l'impossibilité d'utiliser de façon autonome la salle de bains adjacente, un sceau hygiénique est mis à disposition des patients. Cette situation portant atteinte à la dignité du patient a été mentionnée dans le rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), établi en septembre 2015. Il a également été constaté la vétusté du sanitaire adjacent à la chambre d'isolement et de chambres de l'unité d'hospitalisation de psychiatrie UAPB.
 L'établissement, pour palier à cette situation, a arrêté et débuté un programme de travaux à réaliser pour mettre ces chambres en conformité. Les travaux sont échelonnés, la dynamique est réelle.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Des actions visant à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont en place.
 La gestion des données patients garantit la confidentialité (elles sont accessibles uniquement par les professionnels tant pour le dossier patient informatisé que pour le dossier patient papier).
 Le recueil du consentement du patient ou de son refus de soins est assuré et tracé dans le dossier patient. Dans le cas où ce recueil est impossible du fait de la non communication du patient, cette impossibilité est tracée dans le dossier patient. La désignation de la personne de confiance est proposée.
 L'information du patient est réalisée par les professionnels de santé y compris en cas de dommage lié aux soins.
 Le livret d'accueil est remis au patient et présenté à celui-ci par les professionnels de santé. Dans l'USIP, le livret d'accueil et le règlement intérieur sont situés dans un tableau d'affichage protégé.
 La charte du patient hospitalisé est effectivement affichée. Elle est également accessible sur le site internet de l'établissement.
 Le respect des libertés individuelles est pris en compte dans les projets de prises en charge des services. Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription réévaluée à périodicité définie.
 Le respect de la dignité et de l'intimité est réalisé lors des soins y compris pour les soins d'hygiène.
 Un accueil personnalisé de l'entourage est réalisé.
 Comme le confirment les patients traceurs, le respect des droits est effectif dans les prises en charge.
 L'hébergement des proches est possible soit dans la chambre du patient soit dans une maison d'accueil des familles située en centre ville.
 Les patients qui le souhaitent peuvent avoir accès à internet.
 Des travaux d'amélioration des locaux sont programmés et pour partie engagés : transfert de l'unité cognitivo-comportementale (UCC) dans un bâtiment adapté, rénovation de la pédopsychiatrie, rénovation des chambres d'isolement de l'USIP.
 Des associations de bénévoles identifiées interviennent dans l'établissement (soins palliatifs, tétraplégie).
 La CDU se réunit régulièrement. Les représentants des usagers participent également aux instances comme le CLIN, le CLUD et le Conseil de Surveillance.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du respect des droits des patients est réalisée de façon périodique par l'exploitation des questionnaires de satisfaction des patients (questionnaire général et questionnaire propre à l'unité de chirurgie et médecine ambulatoire).

Pour les patients ayant été en chambre d'isolement le recueil de leur ressenti à leur sortie est réalisé par l'USIP selon une grille appropriée.

Le dispositif E-SATIS est mis en œuvre.

Le bilan annuel de la CDU est réalisé, ainsi que le bilan annuel des plaintes et réclamations, présenté à la CDU.

Le suivi des plaintes et réclamations est réalisé.

Des EPP sont réalisées concernant les droits des patients (suivi du traitement des plaintes, consentement et bénéfice risque en chirurgie, mise en chambre de sécurité en psychiatrie, mise en place et suivi des contentions physiques chez les personnes âgées) ainsi que le recueil des IQSS.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration concernant les droits des patients sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité en lien avec le Programme d'amélioration qualité et risque, lequel est suivi par la CEQ (cellule évaluation qualité).

Suite aux observations contenues dans le rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté de 2015, l'établissement a établi un plan d'actions visant à lever ces observations.

La CDU suit les objectifs annuels d'amélioration fixés l'année précédente concernant notamment les droits et satisfactions des patients.

La communication des résultats des évaluations et des actions menées est assurée auprès des instances de l'établissement et auprès des usagers.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

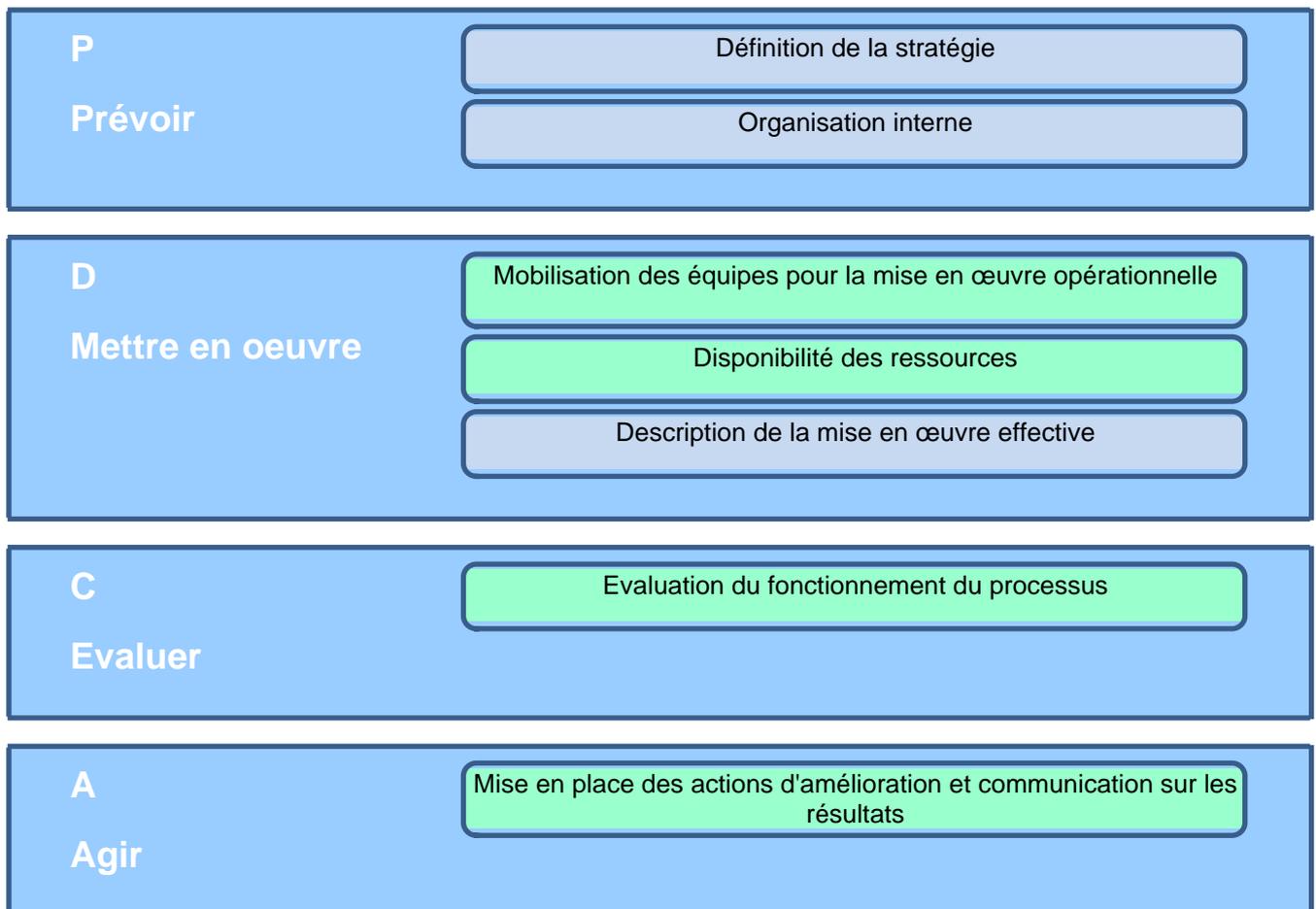
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Ariège Couserans (CHAC) dispose d'une stratégie d'offre de soins et de recherche de performance du parcours patient. Cette stratégie se caractérise par une orientation résolument territoriale, matérialisée par un engagement dans un projet médico-soignant engagé il y a près de quatre années. L'élaboration de ce projet s'appuie sur une évaluation structurée de besoins et des risques, elle prend en compte les orientations et besoins de population définis dans les schémas de planification sanitaire ; les indicateurs disponibles sont exploités tant en termes de définition des objectifs que de suivi de la politique du parcours, (taux de recours de la patientèle, indicateurs du diagnostic partagé « GHT »..). Le contexte local et notamment les spécificités géographiques du bassin de santé, les spécificités sociodémographiques (vieillesse, précarisation...), les opportunités internes et externes, concourent à l'orientation et à l'adaptation constante du parcours de soins. La coopération/complémentarité ville – hôpital constitue enfin un aspect central du management du parcours patient au sein du CHAC, (existence d'une association ville – hôpital active).

L'établissement a défini ses objectifs stratégiques du parcours en cohérence avec les orientations du CPOM s'agissant des filières, (gériatrie, obstétrique, chirurgie...). Au regard de ses besoins et risques, l'établissement arrête les modalités de réponse et mesures de traitement, les ressources et modalités de suivi sont identifiées.

Cette stratégie est validée par les instances de l'établissement (CME, Directoire, Conseil de Surveillance, CTE) en lien avec le collège médical de territoire.

L'établissement a formalisé et priorisé son Programme d'actions relatif au parcours patient dans le « Programme d'actions qualité gestion des risques ». Ce programme est structuré par pôle. Le compte qualité reprenant les risques et actions prioritaires en cohérence avec le Programme d'actions qualité a été élaboré dans le cadre de la visite de certification ; l'établissement envisage de conforter sa place dans le dispositif de management de la qualité et de la sécurité des soins.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus parcours patient. Le pilotage stratégique est assuré par le Directeur, la Présidente de la CME et le Directeur des Soins.

La déclinaison opérationnelle de la stratégie du parcours patient est assurée à l'échelle des pôles. Pour chaque pôle, le pilotage du parcours est assuré par les trios de pôle, (Chef de Pôle, Cadre de Pôle, Directeur référent). La contractualisation interne formalisée par les contrats de pôle est en place, le dialogue de gestion est en place et s'appuie sur des indicateurs qualitatifs et quantitatifs partagés.

Le pilotage repose par ailleurs sur les instances et notamment la CME en charge de la qualité et de la sécurité des soins conformément à ses attributions. Le Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) et la Responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RQPECM) sont désignés, leur coopération est organisée et effective. La continuité des soins est organisée en lien avec la Commission de la permanence des soins (COPS). Des instances thématiques sont identifiées, par exemple le CLUD. L'établissement s'attache à formaliser les rôles et missions dans des fiches de poste ou dans des règlements intérieurs d'instances.

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.

S'agissant des ressources humaines, l'établissement prévoit les effectifs qualitatifs et quantitatifs en regard de ses besoins et notamment des conditions techniques de fonctionnement pour les différents secteurs de l'offre de soins, (chirurgie, anesthésie, obstétrique, pédiatrie, santé mentale...). Les difficultés liées à la démographie médicale sont traitées par le recours à l'intérim, l'établissement s'attachant à fidéliser ces professionnels dans un objectif de qualité des soins. Des conventions de mise à disposition, des partenariats, des temps partagés... concourent à garantir les ressources en regard des besoins.

L'organisation de l'établissement prévoit par ailleurs les compétences nécessaires à son activité, (notamment travailleurs sociaux, rééducateurs, diététiciennes, psychologues,...), le rattachement de ces professionnels aux pôles se doublant d'une organisation transversale en vue de promouvoir des pratiques homogènes et de la fluidité interne, (service social transversal, unité d'activités thérapeutiques transversales...). Les remplacements reposent notamment sur l'organisation d'un pool, (infirmiers, aides-soignants...).

L'intégration des nouveaux arrivants est organisée. Sur le plan de l'accueil des internes on relèvera notamment que le dispositif s'élargit aux internes de médecine générale (en cabinet de ville) pour favoriser le lien ville hôpital. Les prises de fonctions des nouveaux agents bénéficient d'un dispositif de doublage.

L'établissement élabore son plan de formation au regard de ses besoins et des orientations. Sur le plan médical, des modalités de formation partagée entre hospitaliers et médecins de ville sont organisées. Parmi les axes de formation, on retiendra notamment un axe constant de formation aux gestes et soins d'urgences, (AFGSU).

L'établissement organise la réponse à ses besoins matériels en locaux et en équipements. Une programmation de travaux est en place au regard des besoins, on retiendra notamment la planification de la mise en conformité des chambres d'isolement. L'établissement organise l'accessibilité des locaux aux personnes en situation de handicap. Sur le plan biomédical, l'établissement s'organise pour développer la gestion et la maintenance des dispositifs médicaux en articulant ressource interne, service biomédical d'un établissement du GHT et contrats de maintenance. Selon les besoins, les équipements sont alloués aux pôles et services ou inscrits dans une gestion de parc mutualisé à l'échelle du CHAC. Des solutions matérielles sont recherchées pour répondre à des problématiques spécifiques (par exemple expérimentation de lunettes connectées à l'usage des infirmiers de psychiatrie pour des entretiens associant un psychiatre à distance, télémedecine...). Enfin, on retiendra parmi les ressources matérielles, le système d'information développé à l'échelle du territoire s'agissant notamment du dossier patient informatisé.

Sur le plan des ressources documentaires, l'établissement organise l'accès aux procédures et autres documents nécessaires à la prise en charge au moyen d'un logiciel partagé. On retiendra par exemple dans le champ du processus « parcours patient », des documents relatifs à l'accueil, à l'identification, à l'inventaire, à l'urgence vitale, à la sortie.

Toutefois, les projets de prise en charge de populations spécifiques sont incomplètement formalisés. L'établissement est concerné par la situation de populations accueillies dans des services qui ne leur sont pas spécifiques ; une adaptation de l'organisation ou une réponse spécifique est requise, (enfants et adolescents en unité de patients adultes, personnes âgées, détenus, patients démunis...). L'établissement prévoit et met en œuvre des réponses et des modalités de coordination des différents professionnels autour de ces prises en charge ; un mode opératoire d'accueil des détenus à l'USIC et un document relatif à l'accueil des mineurs de moins de 16 ans sont formalisés.

Pour les autres populations, ces projets spécifiques ne sont pas explicitement formalisés. L'absence de projet de prise en charge spécifique formalisé peut exposer des patients à une inadéquation ou une inconstance de prise en charge. Cette situation est essentiellement liée au report de la réécriture du nouveau projet d'établissement dans le cadre de la mise en place du GHT.

La gestion des interfaces et des circuits permet l'articulation cohérente des missions et des compétences. Cette gestion est organisée pour faciliter la concertation et la coordination ; cela concerne en particulier en externe le lien ville hôpital (cellule ville hôpital) mais également les complémentarités et convergences avec les établissements du GHT. En interne, l'organisation entre professionnels des services de soins et professionnels rééducateurs, médico-techniques, logistiques ou administratifs est effective autour du parcours patient. Enfin, l'articulation entre les différentes activités est opérationnelle, MCO, santé mentale, soins de suites...

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Dans le cadre de l'approche processus instaurée par l'établissement, une analyse des besoins et risques a été menée au sein des pôles sur un mode participatif. Chaque pôle a ainsi identifié au regard de ses missions et risques ses actions prioritaires. Les objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux pôles sont intégrés au PAQGR articulé avec le CQ.

Les responsables des pôles et de services sensibilisent les professionnels sur les risques et priorités identifiés. Ils associent les équipes à la définition et à la mise en œuvre des actions d'amélioration. Des actions d'évaluation de la conformité des pratiques sont menées à l'initiative de l'encadrement (quick audit, péremptions...) et leur inscription dans un dispositif plus structuré est en projet. Dans le cadre de leur activité, les professionnels identifient des opportunités de progrès et s'associent à la définition de propositions d'amélioration, (par exemple questionnement sur l'horaire de réveil des patients en SSR...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles au sein des différents services et plateaux techniques en personnel médical et non médical. On retiendra notamment, s'agissant du parcours patient, des

professionnels des services de soins, des rééducateurs, des diététiciens, des travailleurs sociaux, des psychologues, des somaticiens s'agissant de la prise en charge en santé mentale. Le plan de formation est mis en œuvre ; parmi les actions en rapport avec le parcours patient, on notera des formations qualifiantes en éducation thérapeutique, la formation aux gestes et soins d'urgences (AFGSU), la formation au risque suicidaire. Enfin de nombreuses formations thématiques en rapport avec les prises en charge sont conduites.

Les ressources matérielles sont disponibles en regard des besoins. Des actions de maintenance et des opérations de mise en conformité sont conduites et ou planifiées, (par exemple mise en conformité des chambres d'isolement notamment en rapport avec le rapport du contrôleur général des lieux de privation des libertés). On retiendra parmi les ressources architecturales et matérielles disponibles, les salons de sortie, les salons familles, des dispositifs médicaux spécifiques (rails de transfert au CRN et chambres adaptées, aides techniques, équipement de simulation de domicile, dispositifs de pesée en position assise ou couchée, dispositifs standardisés de contention, dispositif de sécurisation des fenêtres en rapport avec le risque suicidaire, bracelets anti-fugue, défibrillateurs semi-automatiques et chariots d'urgence, ...).

Les ressources documentaires existantes sont disponibles à l'échelle de tout l'établissement, majoritairement au format numérisé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour la prise en charge du patient.

Le dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence est opérationnel, (service d'urgence, UHCD, SMUR), la continuité médicale est assurée et un dispositif de recours à des praticiens seniors est mis en œuvre lorsque les deux urgentistes présents sont engagés sur des SMUR. Dans le cadre de la prise en charge en santé mentale, les professionnels du CHAC assurent la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant aux urgences du Centre hospitalier intercommunal du val d'Ariège (CHIVA). Le dossier patient informatisé (DPI) partagé à l'échelle du groupement hospitalier de territoire permet la continuité des soins et l'accès sans délai aux données antérieures. L'existence d'un numéro identifiant régional permanent (NIP) contribue à la continuité et à la sécurité des soins ; un dispositif d'attribution de ce NIP régional est mis en œuvre pour les patients bénéficiant antérieurement d'identifiants locaux dans des établissements du GHT. L'établissement met en œuvre une fonction d'urgentiste référent afin de fluidifier le parcours patient.

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins, réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge. Une fiche de liaison spécifique à l'admission est en place en sus de l'outil « trajectoire ». Comme l'attestent plusieurs patients traceurs, dans les situations qui l'exigent, l'évaluation des besoins est engagée avant même l'admission et l'anticipation des ressources requises pour le séjour et la prise en charge est effective. L'appel de la veille s'agissant des activités ambulatoires est effectif.

L'accueil dans les services est assuré et chaque catégorie professionnelle met en œuvre les modalités d'initiation de la prise en charge conformément à l'organisation établie. Le livret d'accueil est remis et des explications complémentaires sont délivrées le cas échéant. La structuration du dossier patient informatisé (DPI), et notamment de la macro cible d'entrée, garantit l'effectivité du respect du processus d'accueil et la traçabilité de données pour l'ensemble des professionnels. S'agissant des patients de santé mentale, l'examen somatique à l'admission est assuré avec le concours des urgences pour les nuits et le week-end.

L'élaboration du projet de soins personnalisé (PPS) est effective et tracée, elle associe le patient et, le cas échéant, ses proches. Toutes les catégories professionnelles intervenant dans la prise en charge concourent à son élaboration et à son actualisation, l'articulation des activités de soins de suite et de réadaptation dans ce PPS est effective et constante. Le PPS prend différentes formes selon les prises en charge, on retiendra à titre d'exemple le passeport ambulatoire. Des staffs journaliers, des réunions pluriprofessionnelles et/ ou pluridisciplinaires sont mis en œuvre de manière institutionnalisée et au besoin en cas de situation complexe notamment. Des professionnels externes à l'établissement y participent en cas de besoin. La traçabilité de ces réunions est assurée dans le DPI.

Le projet de prise en charge en santé mentale intègre un volet somatique. Outre l'examen à l'admission et les examens requis par la réglementation, le suivi somatique des patients est assuré ; les surveillances spécifiques sont mises en œuvre, (examens biologiques, ECG...). Une prise en charge en stomatologie est en cours de consolidation au sein de l'établissement.

La prise en charge de personnes appartenant à une population spécifique est assurée, des réflexions restent en cours quant à l'amélioration de la réponse à leurs besoins spécifiques (par exemple entre

psychiatrie générale et pédopsychiatrie sur l'accueil des patient entre 16 et 25 ans, intervention si besoin des personnes expertes de la pédopsychiatrie en cas d'accueil d'adolescents en unité de psychiatrie générale...). Des équipes mobiles (gériatrie, PASS) interviennent dans ces prises en charge spécifiques.

Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels est effectif comme l'atteste la valeur des indicateurs « Dépistage des troubles nutritionnels » pour les différentes prises en charge. L'effectivité de cette surveillance a en outre été confirmée par l'ensemble des patients traceurs réalisés au cours de la visite. La surveillance est adaptée au regard des risques spécifiques des patients, (iatrogénie médicamenteuse par exemple). La traçabilité de cette surveillance est assurée dans le DPI.

Le dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est connu des professionnels et mis en œuvre. Il comporte une évaluation graduée du risque assorti de réponses adaptées.

Les équipes assurent le déploiement de l'éducation thérapeutique du patient (identification des besoins, formation des professionnels...). Outre les actions éducatives ciblées menées, deux programmes autorisés d'éducation thérapeutique sont d'ores et déjà mis en oeuvre, (le programme COUS'COEUR traitant des facteurs de risque cardio-vasculaires, le programme COUS'DIAB traitant des diabètes de type 2) et deux programmes à destination des patients de santé mentale sont en cours d'agrément par l'ARS, (programme multi sites d'éducation thérapeutique des affections psychiatriques chroniques, programme d'accompagnement au sevrage des benzodiazépines).

Toutefois, la traçabilité de l'éducation thérapeutique dans le dossier du patient n'est pas toujours assurée. Des actions éducatives ciblées sont conduites dans les prises en charge, mais elles ne sont pas tracées dans le dossier. Pour le patient traceur en hospitalisation sous contrainte à l'occasion d'un épisode inaugural, l'action éducative relative à l'instauration du traitement psychotrope n'est pas tracée. La continuité de la délivrance de cette information par les professionnels n'est pas optimale en l'absence de trace de la teneur des échanges et du recueil de l'expression du patient. Il en ressort un risque d'information incomplètement délivrée et/ou assimilée par le patient, ce qui peut impacter l'observance. La cause principale de cette absence de traçabilité est l'absence parmi les cibles disponibles dans le dossier patient, d'une cible éducation thérapeutique. L'établissement a acté la décision de créer cette cible spécifique.

La réponse à l'urgence vitale est opérationnelle, les protocoles d'urgence sont connus, les équipements bénéficient de vérifications périodiques tracées.

Les règles de présence et le système de gardes et astreintes permettent d'assurer la permanence des soins 24h/24. La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS) est opérationnelle. Les tableaux de gardes et astreintes sont établis, diffusés et actualisés. Les équipes assurent des temps de transmission et des mécanismes de relais sont opérationnels si besoin entre équipes (en interne, entre l'intra et l'extra-hospitalier, ...). Le recours aux avis spécialisés est organisé dans et hors l'établissement.

Eu égard à l'éloignement et aux conditions d'accessibilité pour les proches, des dispositifs d'hébergement et de restauration est proposés, (accueil au week-end, repas en commun, accès au salon familles...).

Dans le cadre de son approche territoriale du parcours patient et afin d'en assurer la fluidité, l'établissement intègre le projet de sortie dès l'admission du patient, ce projet concourant à l'élaboration et à l'actualisation du PPS. L'ensemble des partenaires de la prise en charge assurent la préparation de la sortie ou de l'orientation aval de manière précoce, concertée et tracée (service social, ergothérapeutes, équipes de liaison, ...). Des visites à domicile sont menées en cas de besoin et l'anticipation des ressources aval (aides techniques, matériel de maintien à domicile...) est effective. En SSR, des simulations de domicile peuvent être menées afin d'évaluer la faisabilité du projet. Des tests de matériel sont réalisés si besoin. La qualité du lien ville hôpital permet la continuité des soins à la sortie. Des dispositifs spécifiques sont mis en œuvre, le programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés (PRADO) notamment dans le cadre de l'obstétrique et de la maternité d'exception géographique de faible capacité, le Plan Interdisciplinaire d'Intervention Individualisée » (P3I), le dispositif de permanence d'accès aux soins de santé (PASS) organisé en 4 bassins de santé, l'hospitalisation à domicile départementale, les consultations délocalisées, l'appel du lendemain dans le cadre des activités ambulatoires, ...

Les commissions ou instances (commission des menus, commission des admissions non programmées, COPS, CLUD) et notamment la CME sont régulièrement saisies selon leurs attributions sur le thème de la qualité et de la sécurité du parcours patient, la traçabilité des réunions est assurée.

Les circuits établis pour les parcours patients et filières sont respectés. Les interfaces entre services de soins et services administratifs ou logistiques, entre disciplines et entre métiers, avec les prestataires (laboratoire d'analyse médicale...) et établissements partenaires, avec la médecine de ville et l'ensemble des acteurs du champ sanitaire et médico-social sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du parcours sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Sur le plan de l'offre de soins, l'établissement suit les indicateurs de recours de la population de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et prend en compte les données issues du diagnostic GHT partagé. Une commission psychiatrique de territoire élargie aux acteurs sociaux évalue l'accès aux soins de santé mentale. En interne, les contrats de pôle sont assortis d'indicateurs et le dialogue de gestion participe à l'évaluation du dispositif.

L'établissement recueille les indicateurs transversaux et de spécialité. De nombreuses EPP portent sur des composantes du parcours patient, dénutrition, escarres, courrier de sortie, mise en chambre d'isolement, chute... L'analyse des déclarations d'événements indésirables (DEI) concourt à l'évaluation du processus parcours patient.

Enfin, l'établissement a intégré dans son dispositif d'évaluation, la méthode du patient traceur.

A / AGIR

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

Au vu des résultats disponibles, l'établissement définit et met en œuvre les actions d'amélioration selon le dispositif en vigueur. Les actions sont intégrées au PAQGR et, pour celles à caractère prioritaire, au CQ. Ainsi, l'établissement a notamment pris en compte la recommandation résiduelle portant sur l'éducation thérapeutique en santé mentale et les indicateurs dont la valeur était inférieure au seuil attendu ou non validée, document de sortie remis au patient en MCO, délai d'envoi du courrier de sortie en santé mentale, prise en charge initiale de l'AVC s'agissant de la traçabilité de la survenue des symptômes. Des supports et modalités de diffusion sont établis en vue d'assurer la communication des résultats et actions en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers, communication à destination de la médecine de ville, résultats des EPP et suivis d'indicateurs en interne, affichage des indicateurs à diffusion obligatoire à destination des usagers... Dans le cadre de ce dispositif d'amélioration et continue de la qualité et de la sécurité du parcours patient et en lien avec le projet médical partagé, l'établissement contribue à des projets (notamment la plateforme territoriale d'appui aux situations complexes, l'offre d'USLD, le gérontopôle) et conforte ses filières.

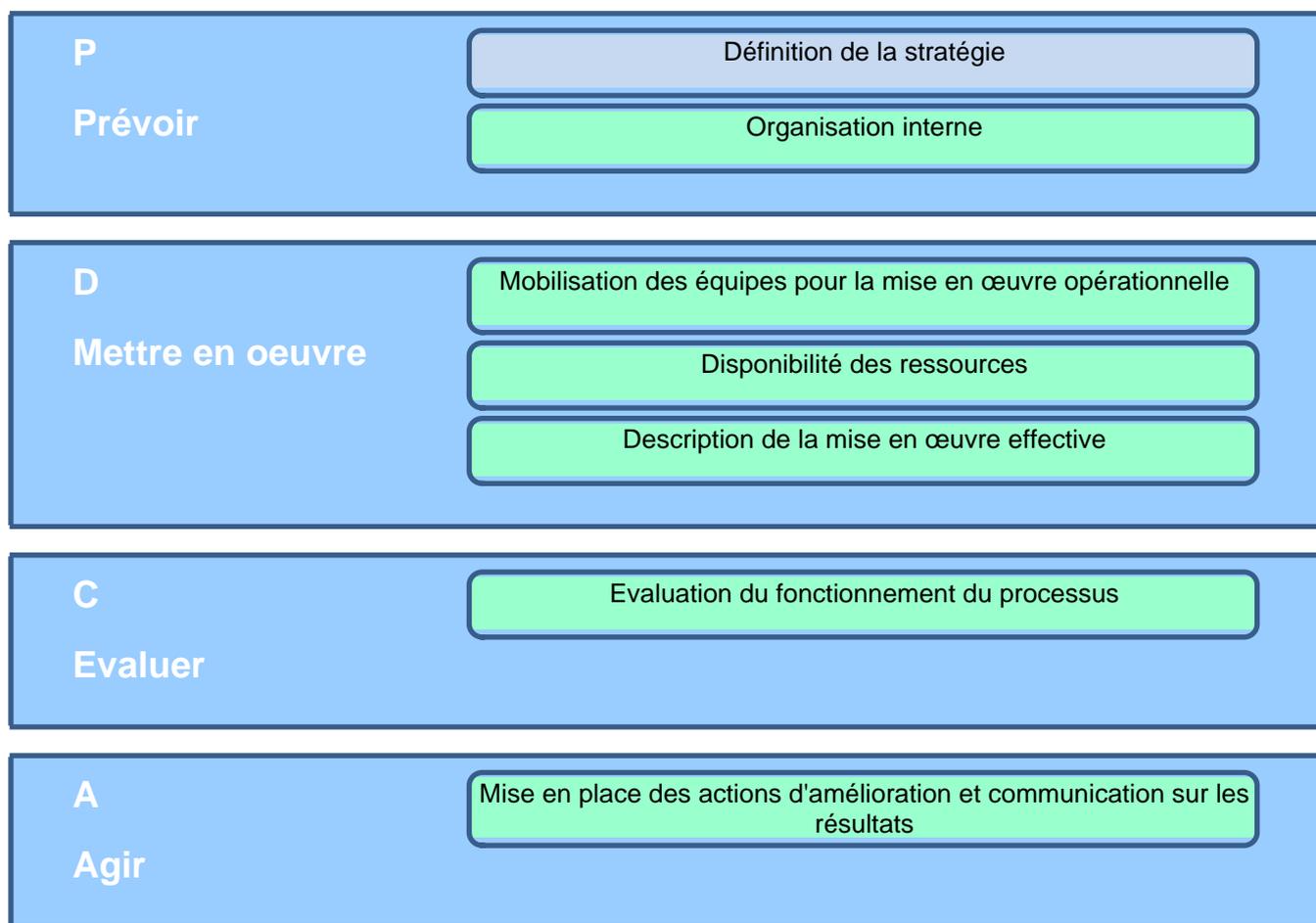
DOSSIER PATIENT

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 stratégie du dossier patient du Centre Hospitalier Ariège Couserans (CHAC) s'inscrit dans la politique du système d'information du GHT Pyrénées ariégeoises dont il fait partie, et qui regroupe les cinq établissements hospitaliers du Département de l'Ariège, le Centre hospitalier intercommunal du val d'Ariège (CHIVA) en étant l'établissement pivot. Les axes principaux de cette politique territoriale concernent les risques liés à l'identité du patient, à l'organisation des droits d'accès et à la traçabilité des actions concernant le dossier patient informatisé, ceci dans le cadre de la sécurisation du SIH.

Le guide du dossier patient du CHAC de 2017 détermine la politique du dossier patient. L'accès du patient à son dossier est intégré dans la politique de l'établissement.

Le dossier patient informatisé ainsi que les prescriptions informatisées sont en place dans les services à l'exception du bloc opératoire, des unités de gynécologie médicale et obstétrique pour lesquelles l'établissement a prévu le déploiement du dossier patient informatisé pour septembre 2017 et courant 2018.

L'établissement conduit sur le processus dossier patient une évaluation structurée des risques prenant en compte notamment la recommandation issue de la précédente certification.

Le plan d'actions de la qualité et des risques Programme d'amélioration qualité risque comporte les mesures de traitement des risques identifiés et les modalités de suivi. Le compte qualité reprend les risques prioritaires.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage global du processus est organisé dans le cadre du GHT des Pyrénées Ariégeoises.

L'organigramme de l'établissement identifie une direction du SIH du territoire ainsi qu'un responsable de la sécurité des systèmes d'information du territoire.

Des référents du dossier patient informatisé sont identifiés dans les services.

Un DIM est en place dans l'établissement.

Le guide d'utilisation du dossier patient détermine les conditions générales de la gestion du dossier, de sa création à son archivage, tant pour sa version informatisée que pour sa version papier.

L'accès du patient à son dossier est organisée en tenant compte des spécificités (mineurs, patients psychiatriques, ayants droits en cas de décès), l'information du patient sur la communication du dossier est organisée.

Dans le cadre de l'élaboration récente des contrats de pôle par l'établissement, l'organisation de la qualité et des indicateurs à suivre sont définis. Une annexe détermine les EPP et indicateurs IQSS à suivre précisément, notamment ceux concernant le dossier patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Dans le cadre du dossier patient, l'encadrement des services mobilise les professionnels sur la bonne tenue du dossier patient en version informatisé ou en version papier.

Il sensibilise également les professionnels quant aux résultats des services liés aux EPP, indicateurs nationaux concernant le dossier patient.

Cette démarche est conduite sur l'ensemble de l'établissement au regard de la politique relative au dossier patient informatisé intégrée dans le cadre du GHT.

Le service informatique vient également en appui des services pour la mise en œuvre du dossier informatisé et apporter les correctifs et adaptations souhaités.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'ensemble des professionnels est formé à l'utilisation du dossier patient informatisé ou papier. Des guides d'utilisation du logiciel sont à leur disposition et des référents informatiques peuvent être sollicités en cas de difficulté.

Les matériels informatiques sont à disposition des professionnels dans les services.

En ce qui concerne les dossiers patients en version papier des services du bloc opératoire et de la maternité, les professionnels disposent des supports adaptés.

Une procédure de tenue et de conservation du dossier patient est en place.

La procédure dégradée est établie et diffusée. Les supports papier permettant de passer à la procédure dégradée sont à disposition des services.

La documentation utile au service est accessible dans les secteurs notamment à partir des postes informatiques. Une astreinte de sécurité informatique opérationnelle est en place sur le territoire. L'archivage des dossiers patient est réalisée dans des locaux appropriés. Les patients sont informés de leur droit d'accès à leur dossier médical et sur les dispositions relatives à l'informatique et aux libertés par des informations figurants dans le livret d'accueil et sur le site internet. Ils sont également informés du fait que le dossier patient est partagé entre l'ensemble des établissements du GHT.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent et utilisent le dossier patient qui est structuré dans sa version informatisé ou papier. Les règles relatives à l'identitovigilance sont respectées. Les professionnels tracent leurs actions dans le dossier. Les éléments constitutifs de la prise en charge y sont mentionnés en temps utile comme l'atteste les indicateurs de tenue du dossier patient et les parcours patients traceurs réalisés.

L'accès au dossier par les professionnels repose sur une gestion des droits d'accès (connexion par mot de passe, restriction des droits selon la catégorie professionnelle concernée).

Le dossier patient comprend l'ensemble des informations concernant la prise en charge : évaluation initiale, observations cliniques, prescriptions, plan de soins, évaluation de la douleur, de l'état nutritionnel ainsi que le recueil des informations patient concernant notamment le consentement, le bénéfice risque, les directives anticipées, la personne de confiance.

Le dossier patient est communiqué en temps utile aux professionnels concernés.

Les prescriptions médicales sont horodatées, signées et identifiées.

L'archivage des dossiers patient est assuré ainsi que le circuit de transmission du dossier.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la procédure dégradée, les services ont à disposition les supports papier leur permettant de poursuivre leur activité (fiche de prescription et d'administration des traitements).

L'accès du patient à son dossier est réalisé conformément à l'organisation en vigueur et dans les délais réglementaires.

Les interfaces entre les différents services cliniques et autres sont opérationnelles.

La communication sur les actions et sur les résultats d'évaluation, dont les indicateurs, est effective dans les services.

La CDU est informée des demandes des patients pour l'accès à leur dossier.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus dossier patient sur la base d'outils identifiés. Il participe au recueil et suivi des indicateurs IQSS et HN concernant le dossier patient.

Des EPP sont réalisées et suivies concernant le dossier patient (tenue du dossier, délai d'envoi du courrier de sortie, consentement et bénéfice risque en chirurgie, mise en place et suivi des contentions physiques chez la personne âgée).

Les déclarations des évènements indésirables concernant notamment le dossier patient sont suivies dans le cadre du Comité Opérationnel Gestion des Risques (COGR) qui se réunit de façon hebdomadaire. Un bilan annuel des évènements indésirables est réalisé.

Les délais réglementaires de communication du dossier patient sont suivis.

A / AGIR

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

L'établissement prend en compte les résultats des évaluations externes pour définir les plans d'actions, EPP, IQSS...

La recommandation issue de la précédente certification concernant le dossier patient en santé mentale a fait l'objet d'un plan d'actions.

Les actions d'amélioration concernant le dossier patient sont intégrées dans le Programme d'amélioration qualité risque et le compte qualité.

Les actions d'amélioration sont communiquées aux professionnels (instances, information interne).

L'affichage des indicateurs à diffusion obligatoire est effectif.

Les délais de communication sont transmis à la CDU.

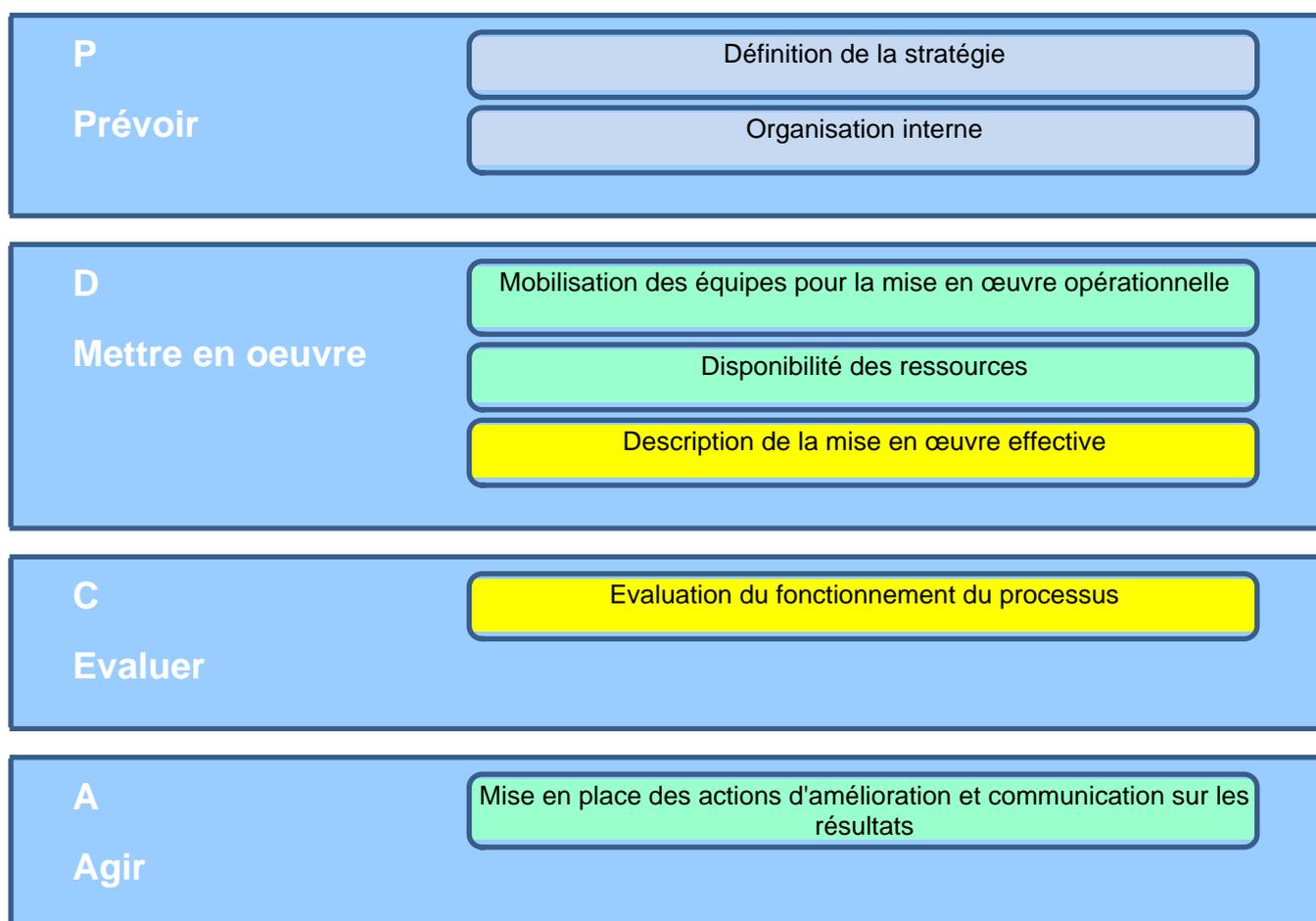
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 Centre Hospitalier Ariège Couserans (CHAC) est engagé dans une démarche d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge du patient par médicament ou par dispositifs médicaux implantables. Cette politique d'amélioration 2015 - 2020, validée en 2016 est encadrée par un engagement de la direction et de la Commission médicale d'établissement (CME).

Elle repose sur la nomination du responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, sur l'identification des responsables à chaque étape du circuit, sur le Comité du Médicaments et des Dispositifs Médicaux (COMEDIMS : sous-commission de la CME). Elle se décline autour de huit axes prioritaires. Cette politique s'inscrit dans la continuité des évaluations précédentes des visites de certification, (et notamment de la V2010, avec des recommandations sur le management de la prise en charge), de l'analyse des risques à priori et à posteriori, des recommandations des tutelles, de la réglementation en vigueur.

L'amélioration des bonnes pratiques de prescription notamment chez la personne âgée est prise en compte, et un travail sur la conciliation médicamenteuse chez la personne âgée est engagé au niveau du Groupement Hospitalier Territorial.

L'établissement a analysé ses risques, ils sont hiérarchisés selon la méthode proposée par la HAS et analysés avec les professionnels concernés.

Ce processus retient à ce jour, 4 risques prioritaires intégrés au compte qualité : l'amélioration de la qualité de la prescription, de l'administration – Sécurisation du circuit du médicament en intra et extra hospitalier (santé mentale) – l'obtention de prescriptions conformes à la réglementation et l'approvisionnement des services de soins dans les temps y compris en extra hospitalier.

Le plan d'actions est décliné dans un programme d'amélioration formalisé, priorisé et validé en instances.

Les objectifs sont élaborés sur la base d'une sécurisation de la prise en charge médicamenteuse propre à l'établissement.

Il existe une articulation entre les actions du compte qualité et le Programme d'amélioration qualité risque de l'établissement.

Les modalités de mise en œuvre du plan sont définies en termes d'objectifs, d'actions, de responsabilités, d'échéances et de résultats attendus.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus avec le pharmacien, chef de pôle responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, et les 2 autres pharmaciens de la structure. Les rôles et responsabilités de chacun d'entre eux sont identifiés et formalisés dans une fiche de mission.

Un organigramme de la pharmacie est en place.

Le COMEDIMS se réunit au minimum 3 fois par an, valide les déclinaisons opérationnelles.

La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) est rattachée au pôle des prestations médico logistiques de l'établissement.

La permanence pharmaceutique est organisée au sein de l'établissement.

Des préparateurs en pharmacie référents, ainsi que des infirmiers référents "pharmacie" sont identifiés par unité de soins.

Une procédure en cas de besoin urgents de médicaments et dispositifs médicaux en dehors des heures d'ouverture de la PUI est en place.

Sur l'ensemble des secteurs d'activité (sauf le bloc opératoire et la maternité), l'informatisation de la prescription médicamenteuse est effective. La dispensation est organisée en fonction des unités (nominative puis globalisée pour le stockage sauf pour les médicaments non identifiés dans le stock).

La liste des prescripteurs habilités est établie ainsi que la liste des médicaments à risques dans l'établissement.

Les étapes de la prise en charge médicamenteuse sont décrites dans la procédure du circuit du médicament réactualisée et adaptée à chacun des pôles : elle inclut l'ensemble de la prise en charge (la prescription avec les modalités d'utilisation du logiciel, dispensation avec l'analyse pharmaceutique et les différentes modalités de délivrance, l'administration avec la préparation des doses à administrer).

De nombreux protocoles encadrent le circuit du médicament (règles de gestion des traitements personnels apportés par les patients, fiches de bon usage, gestion des médicaments relevant de la chaîne du froid, gestion du rangement, du transport, des stupéfiants, des péremptions, etc.), ainsi que des documents d'aide à la prescription (livret thérapeutique, recommandations sur prise en charge des infections, réévaluation de l'antibiothérapie,...).

Des documents d'information sur des traitements spécifiques sont prévus pour les patients.

Des actions de sensibilisation aux risques d'erreurs médicamenteuses sont organisées pour les professionnels référents « pharmacie ». Ces actions sont inscrites au plan de formation, se reconduisent annuellement.

Les documents relatifs au management de la prise en charge médicamenteuse sont accessibles dans la base documentaire de l'établissement à partir des postes informatiques installés dans tous les secteurs d'activités. Les ressources matérielles nécessaires en équipement (armoires à pharmacie, chariots, casiers, ordinateurs ...) sont identifiées et déployées dans toutes les unités, y compris les secteurs extra hospitalier en santé mentale. La sécurisation du dispositif d'informatisation de la prise en charge médicale est organisée. Un plan de maintenance de l'équipement spécifique (chariot, petit matériel ...) est prévu. La gestion des interfaces est formalisée pour faciliter la concertation entre professionnels et les différents secteurs d'activités : préparateurs en pharmacie référents identifiés par unité. L'organisation est prévue avec les services transports pour l'acheminement des caisses de transports ainsi que pour l'entretien de celles-ci.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
<p>Compte tenu de ses risques et besoins, les priorités fixées par le management du CHAC et les pilotes du processus, les cadres des unités organisent la déclinaison de la prise en charge médicamenteuse en objectifs et plans d'actions opérationnels : ils s'assurent de la conformité des pratiques notamment pour les stupéfiants et pour les dates de péremptions des médicaments contenus dans les armoires à pharmacie des différentes unités. Les professionnels sont sensibilisés au bon usage des médicaments : une formation sur la pertinence des prescriptions est organisée par un pharmacien pour les internes en médecine. Une sensibilisation sur la prise en charge médicamenteuse est réalisée lors de l'intégration des nouveaux arrivants. Un programme de formation sur la sécurité de la prise en charge médicamenteuse est intégré au plan de formation du CHAC depuis 2013 (3 jours de formation réalisés par un organisme externe pour 20 personnes chaque année). En priorité, y participent les référents pharmacie de l'établissement. Les équipes participent au recueil et à l'analyse collective des erreurs médicamenteuses : 35 déclarations d'évènements indésirables en lien avec le médicament l'année précédente. Une d'entre elles a fait l'objet d'un CREX, une autre d'une RMM. Des actions correctives ont été identifiées et mises en œuvre. Une EPP sur la conciliation médicamenteuse chez le sujet âgé hospitalisé est en cours depuis 2015 avec un déploiement au niveau du GHT depuis 2016.</p>
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
<p>Les ressources en compétences sont disponibles avec 3 pharmaciens (3 ETP), 1 cadre de santé (0,4 ETP), des préparateurs en pharmacie (8,2 ETP). Des sensibilisations pour les professionnels et pour les nouveaux arrivants sur le risque d'erreurs médicamenteuses sont effectives. De nombreux documents d'aides à la prescription, à l'administration et au suivi des thérapeutiques y compris pour les personnes âgées, médicaments à risques sont à disposition dans les secteurs d'activité et dans la base documentaire : livret thérapeutique, etc. Les ressources en matériel et équipements (logiciels, ordinateurs, armoires, réfrigérateurs, caisses de transport, matériel utilisé pour les soins, chariots d'urgence, etc.) sont conformes aux exigences réglementaires dans les unités de soins y compris dans les unités extra hospitalières de santé mentale et à la PUI. Ces équipements sont sécurisés. Il existe une check-list pour les médicaments contenus dans les chariots d'urgence.</p>
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
<p>Les professionnels habilités appliquent les procédures et protocoles relatifs au circuit du médicament défini. Une procédure sur la prise en charge médicamenteuse spécifique à chaque pôle décrit les modalités de prescription, de validation des prescriptions, d'acheminement, de délivrance et de stockage des médicaments. Elle est connue par les professionnels concernés.</p> <p>Toutefois, les modalités d'identification des médicaments en dispensation nominative ne respectent pas toujours les bonnes pratiques. Lors des visites dans les unités de soins, il a été constaté que des médicaments étaient déconditionnés dans les piluliers nominatifs des patients. Cette pratique ne permet pas d'assurer l'identification du médicament jusqu'au moment de la prise et expose à un risque d'erreur. De plus, dans les armoires à pharmacie des unités de Médecine et Chirurgie, les casiers individuels réservés à la délivrance nominative comportent les numéros de la chambre et non l'identification du patient. Ces pratiques sont potentiellement source d'erreurs lors de la préparation pour l'administration.</p> <p>Les prescriptions informatisées sont conformes dans leur rédaction.</p> <p>Cependant, les règles de bonnes pratiques de prescription sur un support unique</p>

prescription/administration ne sont pas toujours respectées. Il a été observé lors du patient traceur de chirurgie ambulatoire une retranscription par l'infirmière sur le diagramme de soin de la prescription réalisée par l'anesthésiste sur le support informatique, afin de pouvoir en assurer la traçabilité de l'administration. Cette pratique de retranscription de la fiche d'anesthésie sur le diagramme de soins a été confirmée par les professionnels lors de la visite dans l'unité. La pratique habituelle consiste à prescrire sur le dossier d'anesthésie papier et à retranscrire par l'IDE cette prescription sur le diagramme de soins. L'établissement a pris en compte ce constat et a engagé une pratique de prescription sur double support informatisé et papier ; cette nouvelle organisation n'est pas appropriée par les professionnels au moment de la visite. Cette pratique expose à un risque d'erreur d'administration par erreur de retranscription.

La collaboration entre les prescripteurs, le pharmacien et les services de soins est effective.

Le pharmacien a accès au traitement complet du patient lorsque celui-ci est hospitalisé et réalise systématiquement l'analyse pharmaceutique des prescriptions, incluant son traitement personnel.

Les bonnes pratiques en matière de préparation des anticancéreux sont respectées.

La continuité du traitement médicamenteux est assurée lors d'éventuels transferts ou autorisations de sortie.

En fonction des unités, la délivrance est globalisée ou nominative puis reglobalisée pour le stockage dans les armoires à pharmacie des unités sauf pour les thérapeutiques spécifiques qui sont stockés dans un espace réservé mais qui perdent l'aspect nominatif (stockage dans des casiers identifiés par chambre).

La livraison des caisses de médicaments dans les secteurs d'activité met en œuvre les organisations et pratiques prévues y compris pour l'approvisionnement en dehors des heures d'ouverture de la PUI.

Les règles de gestion, de rangement, de transport des poches isothermes, des malles scellées, du stockage sont respectées dans les secteurs d'activité.

La surveillance de la consommation d'antibiotiques est assurée par un pharmacien identifié.

L'information du patient sur le bon usage des médicaments est faite par le médecin prescripteur et reprise si nécessaire par l'IDE lors de l'administration qui a, à sa disposition, les fiches nécessaires dans le système documentaire informatisé du dossier patient. En fonction de la situation médicale, l'information donnée est tracée.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

Les décisions relatives à la prise en charge médicamenteuse sont tracées dans les comptes - rendus de CME.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CHAC assure l'évaluation et le suivi de la prise en charge médicamenteuse sur la base d'outils identifiés : indicateurs IQSS, bilan d'activités du CBU, indicateurs de suivi de consommation, déclarations d'évènements indésirables, suivi de demandes complémentaires, actions ponctuelles menées en 2015 lors de la semaine nationale "sécurité du patient", EPP sur la conciliation médicamenteuse.

Toutefois, le dispositif d'évaluation de la prise en charge médicamenteuse n'est pas totalement structuré. Il n'existe pas d'audit périodique sur l'ensemble du circuit du médicament, notamment sur la qualité de l'administration et la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Ces absences d'évaluation ne permettent pas d'apporter des actions d'amélioration adaptées en fonction des résultats obtenus.

La communication des résultats obtenus est faite au Comité Qualité Évaluation, aux instances : CME, CSMIRT, CDU, etc.

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 et le Compte Qualité du CHAC.

Des supports de diffusion sont établis : rapports annuels d'activités du CBU, tableaux de suivi des consommations.

La communication des résultats est réalisée auprès des instances : en CME, COMEDIMS, CSMIRT, réunions d'encadrement ainsi qu'auprès des professionnels par voie d'affichage dans le flash "info pharmacie" mensuel. Des réunions "Enseignement Post Universitaire" sont organisées avec les médecins généralistes, mensuellement, par le pharmacien de l'établissement.

Un travail d'élaboration de documents communs est en cours avec les pharmaciens du GHT.

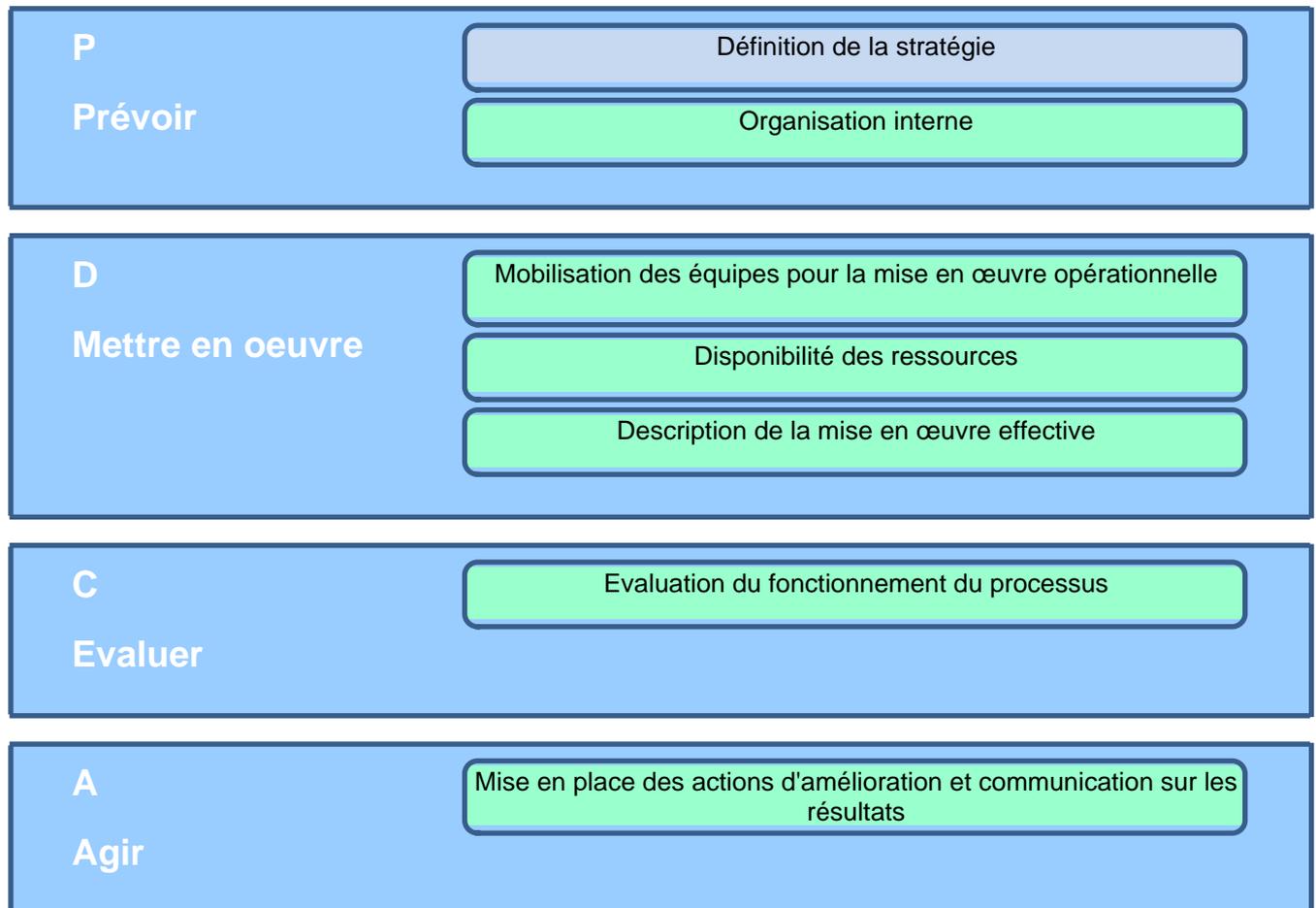
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que le service des urgences, partie prenante des réseaux d'urgences du territoire de santé, a défini une organisation qui garantit une réponse réactive et adaptée aux besoins de soins immédiats susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel. L'organisation doit intégrer la mise en place de filières adaptées à certaines pathologies ou populations et intégrer la formalisation de la contribution des différents services concernés à la prise en charge des urgences et à l'accueil des patients dans le cadre d'une hospitalisation.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Ariège Couserans (CHAC) a inscrit la stratégie et les objectifs du service des urgences dans une logique territoriale depuis deux ans au sein d'une fédération des urgences, en partenariat avec le Centre Hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège (CHIVA), et dans le cadre de conventions avec un CHU. Depuis un an, une convention constitutive du GHT Pyrénées ariégeoises a été signée.

Les orientations stratégiques sont déclinées, validées par les instances et communiquées aux professionnels. Des avis spécialisés sont sollicités auprès des praticiens d'autres structures hospitalières, mais aussi auprès de médecins libéraux pouvant intervenir au sein de l'établissement.

Le processus est établi en fonction d'une évaluation structurée des besoins et des risques ; les résultats de la dernière visite de certification, l'analyse des risques, le suivi des indicateurs sont pris en compte pour élaborer le programme d'actions. Le compte qualité comporte les risques et actions prioritaires du processus. Les mesures de traitement et les ressources sont arrêtées en regard des besoins identifiés. Les modalités de suivi sont identifiées.

ORGANISATION INTERNE

Le service des urgences appartient au pôle Médecine-Chirurgie-Obstétrique. Le pilotage est assuré par le médecin chef de service, le médecin chef de pôle et le cadre de proximité. Les rôles et responsabilités sont définis pour chacun des professionnels concernés, dans les fiches de poste des personnels non médicaux et dans le règlement intérieur pour les personnels médicaux. En particulier, l'application de la réforme du temps de travail des médecins urgentistes a permis d'attribuer des missions sur des temps dédiés, sur des périodes définies, et en fixant des objectifs sous la responsabilité du chef de service ; les médecins du service siègent en Conseil de Surveillance, CME, CHSCT, COMEDIMS, Commission des investissements, du DPC EPP, COVIRIS pour l'identitovigilance, CLIN, CLUD, Comité Qualité et Évaluation, Dossier Patient Informatisé. Des référents soignants participant à des groupes de travail sont identifiés. L'organisation prévoit que les personnels IDE en poste la nuit aient des compétences en psychiatrie. La formation d'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) des IDE est planifiée. Le service accueille des internes, prévoit leur formation et bénéficie de l'accompagnement du Centre d'Entraînement aux Soins d'Urgence (CESU) pour les formations, dont l'AFGSU des personnels hospitaliers.

Des groupes de travail pilotés par un référent se réunissent (le règlement intérieur a ainsi été révisé et sera soumis à l'approbation de la CME). Une cartographie des risques a été élaborée, les risques hiérarchisés et classés selon la méthodologie proposée par la HAS. Les résultats de la certification V2010 ont aussi servi de support à la mise en place d'actions (développement de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé).

L'organisation comporte trois secteurs d'activité identifiés : urgences, SMUR et UHCD. Les circuits des patients et de prise charge sont définis selon le degré d'urgence et la typologie des patients. La disponibilité des lits est connue en temps réel.

Le système d'information des urgences est intégré au SIH partagé au niveau du GHT s'agissant du dossier patient. L'établissement prévoit l'accès aux documents numérisés (gestion documentaire, livret thérapeutique informatisé...). Le service bénéficie de l'accès au Picture Archiving and Communication System (PACS) en radiologie pour le télé diagnostic, en coopération avec le CHU partenaire.

Les interfaces avec les services de l'établissement et les structures externes sont organisées (réunion mensuelle médico-soignante tracée, staff annuel multi-services interne, staff médical trimestriel avec le Centre Hospitalier du Val d'Ariège, etc.).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

En regard des risques identifiés et priorisés dans le service, des objectifs ont été fixés dans un plan d'actions ("enregistrer les données administratives dans les 15 mn après l'arrivée d'un patient pour éviter le départ d'un patient non identifié"), s'y ajoutent des objectifs qualité transversaux fixés par l'institution via les contrats de pôle. Les Déclarations d'Événements Indésirables sont analysés et traités en CREX ou RMM le cas échéant.

Le médecin responsable et la cadre s'assurent de la conformité des pratiques ("récupération des autorisations de soins pour mineurs"), ils assurent la communication au sein de réunions, par voie

d'affichage, sur une main courante ou par courriel, chaque agent étant détenteur d'une adresse de messagerie personnelle. Des actions correctives sont déployées (suivi des DEI, formation pour la saisie d'une identité, ...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et ressources en compétences définis dans le règlement intérieur sont disponibles sur les différents secteurs et adaptés aux différentes périodes de la journée. La formation IAO est mise en oeuvre. Les professionnels bénéficient de formations dispensées par le CESU dans le cadre de leur exercice professionnel mais aussi d'accompagnement méthodologique à la démarche qualité. Des actions de formation à l'utilisation des différents logiciels mis à disposition sont assurées.

S'agissant des ressources matérielles et architecturales, le service des urgences comprend trois zones identifiables : une salle d'accueil d'urgence vitale, trois box polyvalents équipés de façon identique et un bureau de consultation polyvalent. Les accès aux locaux d'accueil des patients sont sécurisés par vidéophone. Les personnels disposent de moyens d'appel et de communication ainsi que d'un système de Protection du Travailleur Isolé. Des postes informatiques sont disponibles en quantité adaptée à l'exploitation du dossier patient informatisé. Les équipements sont adaptés et entretenus.

Les ressources documentaires informatisées sont accessibles aux professionnels. Il existe des procédures dégradées en cas de panne informatique ou d'admission sous X.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les circuits, les procédures de prise en charge du patient sont définis, connus et appliqués.

La traçabilité des informations relatives aux patients est assurée dans le dossier administratif et le dossier médical informatisés, selon des procédures validées.

La prise en charge initiale et la continuité des soins sont assurées, ainsi que le recours aux avis spécialisés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le service transmet ses éléments d'activité à l'Observatoire Régional Midi Pyrénées et reçoit le rapport annuel. Le service dispose d'évaluations quantitatives (nombre de patients accueillis et admis, durée du temps de passage...) et qualitatives (orientations, recueil et analyse des plaintes). Les FEI sont analysées (une CREX a été organisée avec la radiologie). Une enquête de satisfaction des patients a été conduite en avril dernier. L'analyse des temps d'attente est réalisée.

A / AGIR

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

Au regard de l'analyse des résultats d'évaluations, des programmes institutionnels et des actions validées, des actions d'améliorations sont mises en place. La dématérialisation des supports (livret thérapeutique, procédures...) et du recueil automatisé d'indicateurs ont contribué au partage des informations et à la communication.

L'établissement communique sur les résultats d'évaluation et actions d'amélioration.

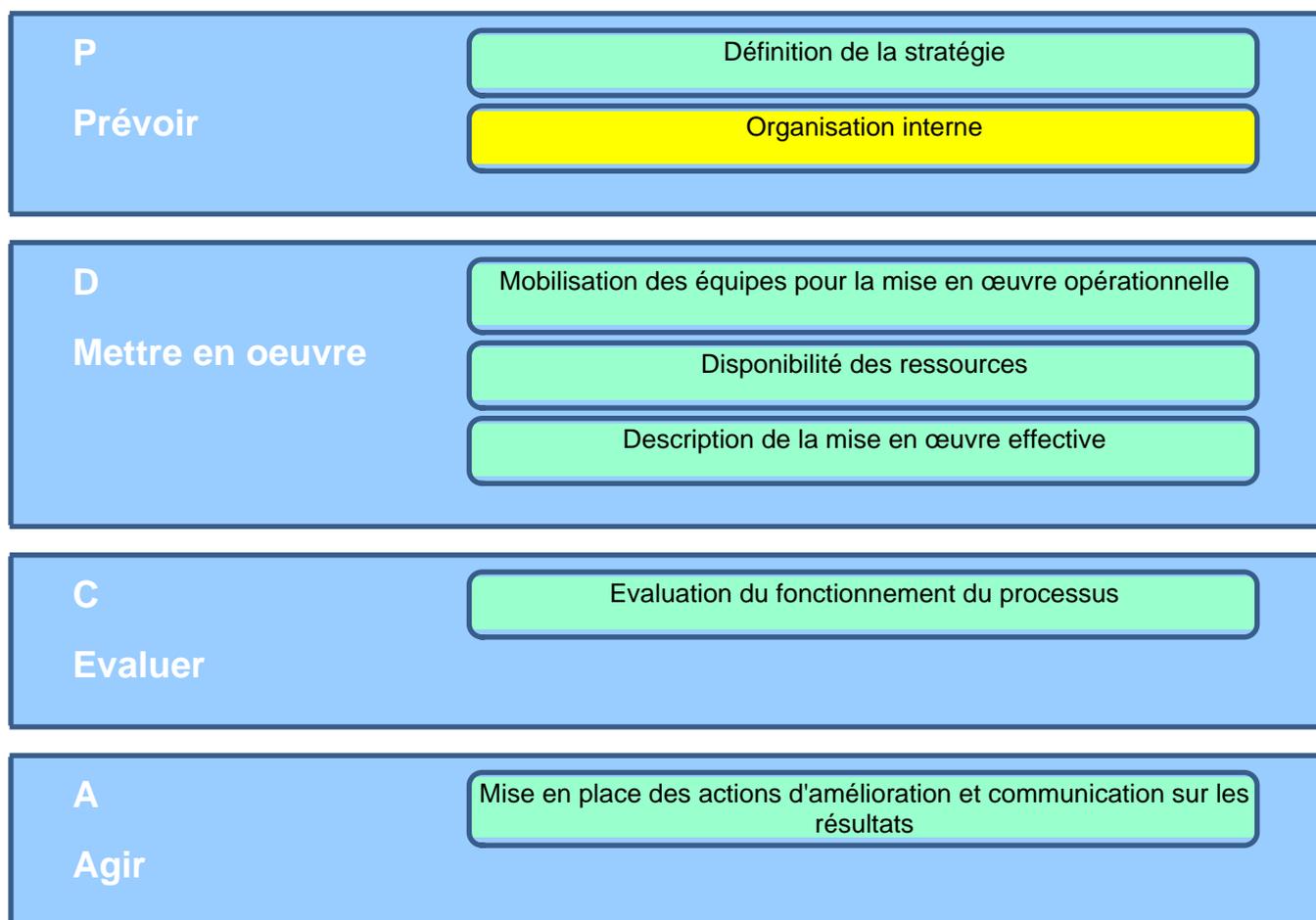
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Ariège Couserans (CHAC) a défini une stratégie et des objectifs propres au secteur du bloc opératoire, élaborés sur la base d'une identification des besoins et des risques. Cette identification a été formalisée dans une cartographie des risques du bloc opératoire qui identifie les risques selon leur gravité et leur fréquence. Une priorisation des actions est établie en fonction de la criticité. Un logigramme du processus est élaboré pour décrire les étapes chronologiques des prises en charge. La stratégie intègre une démarche qualité documentée et actualisée visant la sécurité de la prise en charge du patient au bloc opératoire, et organisant la diffusion de la culture qualité/sécurité.

Le plan d'actions est intégré au Programme d'amélioration qualité risque institutionnel, et neuf risques sont identifiés dans le compte qualité. Le programme d'actions a été communiqué et présenté aux instances.

ORGANISATION INTERNE

Le bloc opératoire centralisé du CHAC est situé sur le site principal Médecine-Chirurgie-Obstétrique. Il se compose de 3 salles opératoires pluridisciplinaires partagées entre les différentes spécialités chirurgicales de l'établissement, (orthopédie-traumatologie, chirurgie viscérale, stomatologie, ophtalmologie, urologie, gynécologie et ORL). Une salle est dédiée aux Endoscopies. Deux salles sont en ISO 5 et une salle est en ISO 6. Les locaux sont exigus mais l'organisation permet le respect de la marche en avant.

Le CHAC a établi une nouvelle organisation pour gérer le processus du bloc opératoire. L'ancienne charte datant de 2012 est en cours de révision. La formalisation d'une nouvelle charte vise à repreciser les missions, les ressources, les règles de fonctionnement et d'organisation du bloc opératoire. L'établissement a prévu de valider et diffuser la nouvelle charte au conseil de bloc de septembre 2017, ainsi que la nomination du président du conseil de bloc dans le même temps.

Cependant, la nouvelle charte de fonctionnement du bloc opératoire n'est pas validée par le conseil de bloc. La charte de fonctionnement datant de 2012 est en cours de révision dans le cadre d'une dynamique institutionnelle de réorganisation de la programmation, des missions et responsabilités et de la réaffectation des plages suite à l'augmentation du nombre d'intervenants au bloc opératoire. Le conseil de bloc n'a pas élu son président. Les règles de fonctionnement actuelles ne sont pas décrites dans la charte datant de 2012.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires en effectifs grâce au recours à des intérimaires. Les besoins en formation sont pris en compte dans le plan de formation établi selon les priorités du secteur, comme la formation des IBODE aux gestes exclusifs pour répondre à la législation. Un tutorat est en place pour les nouveaux arrivants. La gestion du programme ambulatoire est organisée en conformité aux règles et à la spécificité des bonnes pratiques de ce type de prise en charge. Une charte de fonctionnement du service ambulatoire (UCMA) a récemment été formalisée et il existe un logigramme spécifique à ce processus de prise en charge.

La régulation des activités est sous la responsabilité du cadre du bloc qui dispose d'une fiche de mission spécifique signée du Chef d'établissement en vue d'assurer le respect de la programmation et la sécurité des patients.

Des IBODES référentes sont identifiées pour assurer les liaisons avec les services transversaux : stérilisation, pharmacie, logistique et qualité gestion des risques.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Elles permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés.

Le technicien biomédical a identifié le parc des équipements dont il assure la maintenance curative. Pour tous les nouveaux matériels la maintenance préventive est intégrée aux contrats d'achats.

Une nouvelle structuration de la cellule biomédicale vient d'être formalisée sous la responsabilité de la Direction achats et logistiques en mai 2017. Un projet d'intégration à la GMAO de la GHT est en cours de finalisation, sous la responsabilité de l'ingénieur biomédical du Centre Hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège (CHIVA), avec l'objectif de l'exhaustivité de la maintenance préventive. Une formation est engagée à destination du technicien biomédical pour monter en compétences. La cellule Biomédicale est chargée de suppléer aux urgences de maintenance en cas d'absence du technicien.

La fonction transport est organisée et fonctionne selon un mode centralisé.

Un suivi par les services techniques en lien avec la commission des fluides médicaux est organisé. Les carnets sanitaires air, eau, contrôles particuliers et environnementaux sont conformes et le service d'hygiène est parti prenante dans le suivi des prélèvements.

Un local DASRI sécurisé est en place et le circuit des déchets est en conformité.

Les différents circuits de prise en charge (programmés, ambulatoire, en urgence...) sont identifiés et formalisés dans le logigramme du processus bloc opératoire. Le circuit du patient avec les urgences et le service d'imagerie sont définis. Le parcours patient est adapté à une prise en charge sécurisée.

La stratégie intègre une démarche qualité documentée dans le dispositif de gestion documentaire informatisé de l'établissement (protocole préparation cutanée de l'opéré, procédure de préparation des salles d'intervention, procédure de gestion et traçabilité des DMI, procédures de stérilisation, procédure de vérification des armoires de pharmacie, etc.).

La programmation est organisée et régulée par le cadre chef de bloc via un outil de programmation (tableau renseigné par les secrétaires de consultation et coordonné en staff hebdomadaire du jeudi après midi). Il permet la gestion des flux et l'interface entre les différents secteurs et professionnels sur la prise en charge péri-opératoire. La valeur des indicateurs de pré-requis hôpital numérique se situent au-delà du seuil attendu.

Toutefois, le système d'information du bloc opératoire n'est pas intégré au système d'information hospitalier. Dans l'attente du déploiement du DPI, la programmation opératoire est arrêtée sur un tableau le jeudi après-midi pour la semaine suivante par la cellule de régulation sous l'autorité du cadre du bloc et du praticien anesthésiste présent. Ce tableau ne permet pas la récupération automatique des identités des patients, ce qui oblige à une retranscription des identités, source potentielle d'erreur. La phase per-opératoire du dossier patient en mode papier cohabite avec le logiciel déployé dans les services de chirurgie, notamment en ce qui concerne la consultation d'anesthésie, la visite pré anesthésique, les données de la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI). Il n'existe pas de modalité d'intégration de ces données dans le DPI.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La récente identification des risques, incluant la démarche qualité, est déclinée en objectifs et plans d'actions opérationnels propres au secteur du bloc opératoire.

Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus via les réunions du conseil de bloc.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues notamment par le biais des EPP conduites telles que :

- l'EPP Check-list du bloc réalisée en trois temps, un temps d'enquête de pratique sur la base d'un questionnaire, un temps d'observation, et un temps d'audit de remplissage,
- une EPP sur le consentement éclairé et la traçabilité de l'information et du bénéfice-risque en chirurgie,
- un audit complet du processus bloc opératoire sous l'égide du médecin coordonnateur des risques liés aux soins.

Le CGRAS organise une réunion hebdomadaire du Comité Opérationnel de Gestion des Risques (COGR) où sont examinées les fiches de DEI en présence des référents qualité des pôles. Des RMM ou des CREX sont impulsées pour les événements indésirables graves, conformément à la procédure institutionnelle établie par le CGRAS pour le retour d'expérience.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin et les plans d'action sont formalisés. De même, lors des dysfonctionnements ou lors du suivi des préconisations et recommandations du rapport ASN d'octobre 2015, un plan d'actions a permis la levée des recommandations.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs en personnels médicaux et paramédicaux sont en adéquation avec les besoins du secteur opératoire. Le recours aux intérimaires est fréquent pour pallier aux difficultés de recrutement médical ou paramédical.

Le plan de formation est mis en œuvre, les professionnels bénéficient notamment de la formation AFGSU à caractère transversale, ou de formations à caractère spécifique. Une formation "nouvel arrivant" est réalisée, ainsi qu'un tutorat systématique sur un temps défini par fonction.

Les ressources matérielles requises sont disponibles.

Les procédures et protocoles formalisés pour le secteur opératoire sont diffusés aux professionnels du secteur.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels de terrain du bloc opératoire connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Leurs pratiques, dont le contrôle de l'identité du patient, sont conformes aux règles établies dans la charte de fonctionnement et aux procédures établies.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

La programmation est préparée en amont par les staffs hebdomadaires spécifiques de programmation communs (cellule de régulation avec présence d'anesthésiste) tous les jeudis pour la semaine suivante.

Les règles de l'ambulatoire pour la programmation et l'appel de la veille et du lendemain sont respectées. Dans l'attente du déploiement de l'informatisation du bloc opératoire le programme est saisi sur un tableur avant validation et diffusion.

La check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" est utilisée et tracée sur un mode papier avec respect du "Time Out". Une EPP a été réalisée sur son utilisation et son remplissage.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes est réalisée selon une procédure récemment actualisée et inclut une vérification de la saisie manuelle sur un nouveau formulaire archivé dans le dossier patient. Les traçabilités du bio-nettoyage et de la procédure d'ouverture de salle sont effectives sur des cahiers spécifiques. Les interfaces avec la stérilisation, sous la responsabilité de la pharmacienne responsable, matério-vigilante sont opérationnelles, avec formations régulières et spécifiques des personnels dédiés et traçabilité automatisée des cycles des deux laveurs-désinfecteurs.

Les vigilances réglementaires sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le recueil et l'analyse des événements indésirables avec implication des professionnels sont effectifs, sous la coordination du pôle Qualité Gestion des risques et du médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS), chef du pôle Qualité Gestion des risques.

Des RMM ou des CREX sont impulsées pour les événements indésirables graves conformément à la procédure institutionnelle établie par le CGRAS pour le retour d'expérience. Des comptes-rendus et des plans d'actions sont formalisés à l'issue de ces réunions. Par exemple le secteur a conduit deux CREX en 2016 l'une suite à une panne électrique et l'autre suite à la fermeture de la salle 2 du bloc consécutive à des prélèvements d'air non conformes. En 2017, un CREX a été conduit suite à une indisponibilité de matériel et un RMM suite à un événement indésirable grave avec le "Cell-Saver". Toutes ces réunions ont abouti à la mise en place de plans d'actions. Un audit complet du processus bloc opératoire et des patients traceurs en chirurgie ont été réalisés et ont conduit à la mise en place par exemple d'actions : formalisation de la procédure de traçabilité des DMI, mise en place de la cellule biomédicale pour le recensement et le suivi de la maintenance préventive des équipements, réorganisation, classement et identification des médicaments à risque, etc.

Une EPP"check-list et une EPP sur le consentement éclairé, l'information et le bénéfice-risque ont été conduites avec mesure d'impact ; des actions d'amélioration ont été mises en œuvre.

L'établissement suit des indicateurs quantitatifs et a prévu dans sa nouvelle charte la diffusion des indicateurs qualitatifs d'efficacité issus du benchmark régional à l'encadrement de proximité du secteur opératoire, pour leur en permettre l'exploitation.

Néanmoins, l'évaluation du fonctionnement du processus est incomplète il n'existe pas de dispositif global de suivi d'indicateurs qualitatifs permettant la mise en place d'actions d'amélioration. En dehors du suivi des ISO, des DEI, des CREX et ou des RMM et des EPP, il n'a pas été retrouvé de tableaux de bord reprenant par exemple des indicateurs d'efficacité tels que les taux de retard, taux de déprogrammation, taux de rajouts, taux de débordements, etc., sous le pilotage de l'encadrement. Les données issues du benchmark régional du bloc ne sont pas à disposition de l'encadrement du bloc opératoire.

A / AGIR

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

Les résultats des évaluations réalisées conduisent à la mise en place d'actions concrètes d'amélioration. Le retour d'expérience est effectif.

Les actions et les évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'action du Compte Qualité.

L'établissement communique sur les résultats d'évaluation et les actions d'amélioration.

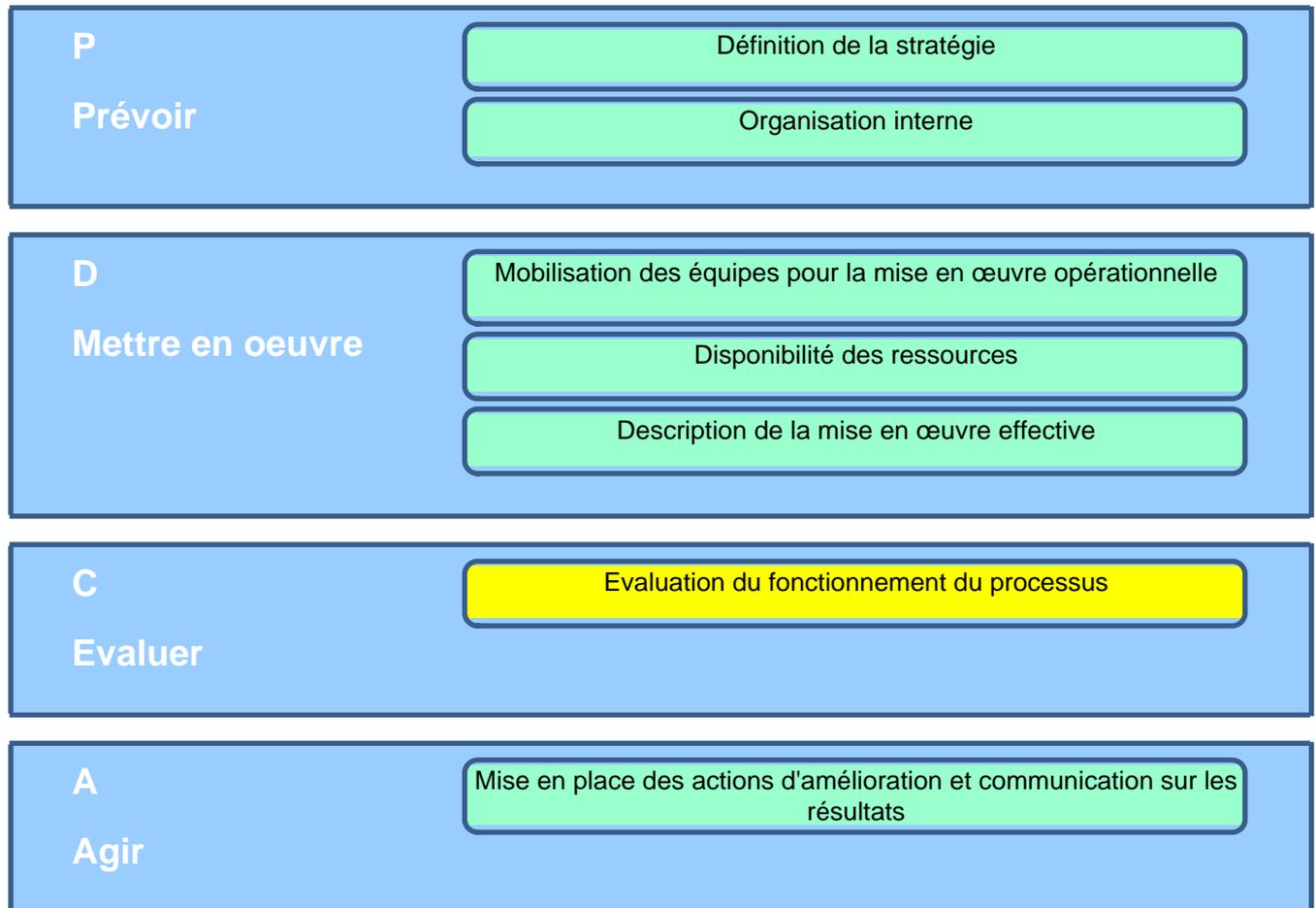
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Au Centre Hospitalier Ariège Couserans (CHAC), l'activité d'endoscopies concerne plusieurs spécialités médicales : gastro-entérologie, pneumologie, ORL, urologie et cardiologie.

Le CHAC a défini une stratégie et des objectifs propres au secteur d'endoscopie, élaborés sur la base d'une identification de ses besoins et de ses risques, notamment dans le cadre plus global du bloc opératoire, où l'endoscopie est intégrée.

Une cartographie des risques a été établie en lien avec l'EOH, elle retient deux risques pour lesquels un plan d'action institutionnel validé par les instances a été mis en place. Les actions sont inscrites au programme d'actions qualité gestion des risques, articulé avec le compte qualité.

Toutefois les missions de l'établissement ne sont pas entièrement communiquées au public et aux professionnels. L'activité d'endoscopies n'apparaît pas sur le tableau des consultations mis à jour en mars dernier sur le site internet du CHAC. Le motif en est qu'il ne s'agit pas en tant que telle d'une activité de consultation, et qu'elle est réalisée par un praticien libéral exerçant à ce titre dans un GCS.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation de l'activité d'endoscopies repose sur trois sites : au sein du bloc opératoire dans une salle attenante à la salle de nettoyage des endoscopes pour les endoscopies gynécologiques, digestives et réalisées sous anesthésie ; en secteur de consultations externes pour les fibroscopies ORL, les échographies trans-oesophagienne et les cystoscopies ; et en Service de Soins intensifs Respiratoires pour les patients hospitalisés.

Les rôles et responsabilités des professionnels et notamment des référents sont identifiés dans chacun des secteurs.

L'établissement prévoit les ressources humaines en regard de l'activité, notamment avec le concours de praticiens intervenant dans le cadre de coopérations ou de complémentarités territoriales validées par les instances.

La formation est organisée avec le concours de la technicienne bio hygiéniste et des fournisseurs de matériel. L'organisation des gardes repose sur l'effectivité du niveau de compétence attendu pour le traitement du matériel pour les professionnels paramédicaux concernés. La programmation des examens est organisée dans les différents secteurs, et les circuits de patients définis. La réponse aux urgences endoscopiques est organisée au niveau du CHIVA.

La disponibilité des équipements est organisée, l'achat d'équipements et de matériel est validé par la CME et la Direction. Dans le but de renforcer le dispositif de maintenance, une Cellule Biomédicale dont la composition et les objectifs ont été présentés récemment fonctionnera de façon coordonnée avec l'ingénieur biomédicale du Centre Hospitalier du Val d'Ariège (CHIVA).

L'établissement prévoit les ressources documentaires et supports nécessaires à son activité d'endoscopie, check-list, évaluation du risque ATNC...

Le système d'information n'est pas intégré au SIH, mais pour les prises en charge endoscopiques assurées majoritairement au bloc opératoire, la traçabilité des données et prise en charge est effective dans le dossier patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement veille à la mise en œuvre des objectifs et plans d'actions établis pour le secteur d'endoscopie, s'assure des bonnes pratiques, assure la sensibilisation des professionnels aux risques identifiés, et promeut la déclaration des événements indésirables dont l'analyse est organisée au plan institutionnel.

Toutefois, il n'y a pas de Déclaration d'Évènement Indésirable relative au secteur d'activités endoscopiques : les professionnels ne déclarent pas ou peu les événements indésirables.

Les professionnels rencontrés connaissent les deux risques identifiés et notifiés dans le Compte Qualité, et les mesures de traitement apportées. 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 pour l'activité d'endoscopie.

S'agissant des ressources en compétences, les effectifs médicaux et non médicaux sont adaptés à l'activité. Les personnels soignants du bloc et assurant des gardes sont formés par l'IDE hygiéniste pour l'entretien du matériel ; par les médecins pour les techniques d'aide ou de prélèvement ; et par les fournisseurs de matériel. Les nouveaux professionnels bénéficient d'un temps de doublage lors de la prise de fonctions.

Les ressources documentaires et notamment les procédures actualisées sont accessibles et connues des professionnels.

Les ressources matérielles sont disponibles ; à la suite d'une EPP en 2012, une machine permettant l'automatisation du nettoyage des endoscopes au bloc a été acquise. Cette année, il a été recouru à l'usage de gaines stériles à usage unique pour l'ORL et l'urologie en secteur de consultations. Le matériel est traité selon les recommandations de bonnes pratiques (désinfection selon le niveau de risque, stérilisation ou usage unique). La maintenance curative des appareils est effective. Les contrats d'achat des matériels et appareils acquis récemment incluent la maintenance préventive. L'entretien des locaux est assuré conformément aux recommandations, et tracé.

Toutefois le plan de maintenance n'est pas exhaustif. Il n'existe pas de plan de maintenance préventive pour le parc des endoscopes, à l'exception des appareils achetés récemment avec un contrat de maintenance.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents professionnels des secteurs connaissent et mettent en œuvre l'organisation prévue. Les circuits de patients en consultations externes ou au bloc sont mis en œuvre de la prise de rendez-vous à la sortie : remise de documents d'information au patient, de consentement du patient, programmation hebdomadaire au bloc, coordination avec l'équipe de transport interne, communication des résultats d'examen, communication au médecin traitant. Le compte-rendu est rédigé le jour même en consultations ou inséré dans le DPI. La traçabilité des opérations de traitement est assurée par appareil et par patient. L'activité d'endoscopies au bloc opératoire est soumise au règlement du bloc. Le Conseil de Bloc (traitant également de l'activité d'endoscopie) se réunit deux fois par an, les principes de fonctionnement sont inscrits dans la charte du bloc datant de 2012 en cours de révision. Les Check-list en endoscopie digestive et bronchique sont renseignées. La cadre de santé responsable du bloc et des consultations assure les interfaces entre secteurs (bloc, brancardage, consultations externes, service achats et logistique, stérilisation, équipe hygiène).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation quantitative des activités est réalisée. Le Comité Opérationnel de Gestion des Risques auquel participe la technicienne bio hygiéniste, se réunit mensuellement. L'évaluation qualitative porte sur la prévention du risque infectieux et les mesures barrières qui s'y rapportent. Dans le cadre de son Développement Professionnel Continu (DPC), un médecin réalise une évaluation de son activité (score de Boston et taux de dépistage des adénomes coliques).

Toutefois il n'existe pas de dispositif global de suivi d'indicateurs qualitatifs permettant la mise en place d'actions d'amélioration. La qualité de remplissage des check-list, de la préparation colique, les reports, annulations ou retards ne sont pas recueillis, la satisfaction des patients, la qualité des informations données ne sont pas évaluées. Il n'existe pas de tableau de bord de suivi des indicateurs.

A / AGIR

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

Les actions d'améliorations (choix de l'usage unique pour l'ORL et l'urologie, renouvellement d'endoscopes bénéficiant de contrat de maintenance, projet de réorganisation des plages horaires d'activité...) sont intégrées au programme d'actions qualité risque institutionnel.

La communication interne porte sur l'organisation des plages d'activité selon les disciplines.

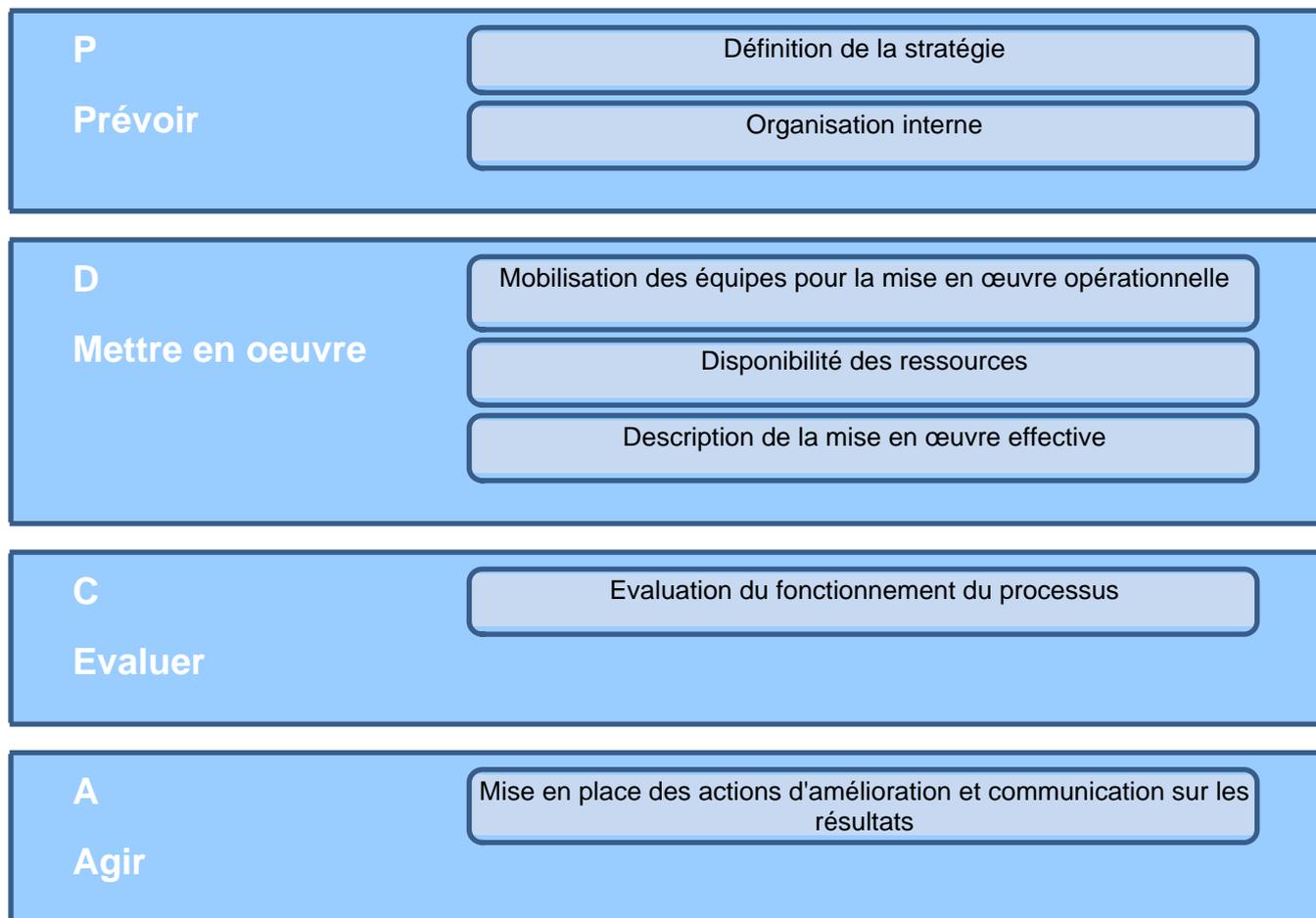
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie validée et des objectifs qui prennent en compte le niveau de risque fœto-maternel en fonction du type 1 de la maternité du Centre Hospitalier Ariège Couserans (CHAC). Une charte de fonctionnement spécifique au bloc obstétrical / salle de naissance est rédigée et décrit les stratégies des différentes prises en charge. Les collaborations inter-établissements sont formalisées dans le cadre du réseau régional de périnatalité de la région Midi-Pyrénées « réseau Maternip » situé au CHU de Toulouse, maternité de niveau 3 pour la région. Des conventions sont également établies dans le cadre du Groupement Hospitalier du Territoire (GHT) avec le Centre Hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège (CHIVA) regroupant les centres hospitaliers de Foix et Pamier, constituant l'établissement support du GHT (maternité de niveau 2). Une convention est également formalisée avec la Protection Maternelle Infantile (PMI) départementale pour les prises en charge sociales et le secteur s'inscrit dans le dispositif "PRADO" avec les sages-femmes libérales.

La stratégie est élaborée sur la base d'une identification du contexte, des missions, des indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS) et de l'analyse des risques propres à la salle de naissance du CHAC. L'analyse est structurée sur la base d'une démarche processus pour les différents types de prise en charge (circuit programmé, urgences, grossesses pathologiques et suites de couches...). Les mesures de maîtrise des risques sont arrêtées.

Sept risques prioritaires sont dégagés dans le Compte Qualité et font l'objet d'un plan d'action comportant les pilotes, échéances et indicateurs de suivi. Ce plan d'actions est articulé avec le programme d'action qualité gestion des risques institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le secteur de la salle de naissance. Les pilotes sont le responsable médical obstétrical et le coordonnateur sage femme du secteur. Les missions, les rôles et les responsabilités des pilotes du processus sont identifiés dans des fiches de postes.

Une charte spécifique de fonctionnement du secteur bloc obstétrical /salle de naissance est rédigée. La Charte de fonctionnement du secteur bloc obstétrical/salle de naissance a été réactualisée en mai 2017 suite à une visite de risques de l'assureur de l'établissement, afin de l'harmoniser avec la charte du bloc central (actuellement en cours de réécriture). Elle décrit et anticipe les situations à risques. Elle vise à assurer la sécurité de la prise en charge de la patiente et du nouveau né dans ce secteur, en prenant en compte les circuits, les responsabilités et les missions. Elle intègre les processus supports, logistiques (matériel, approvisionnement, linge, déchets...). Les professionnels y sont associés par l'intermédiaire d'un groupe de travail spécifique.

Le secteur de naissance "bloc obstétrical" comporte 2 salles de naissance, séparées par un sas de réanimation bébé, situées à proximité immédiate des 3 salles du bloc opératoire en ISO 5 et ISO 6 ou sont pratiquées les césariennes. Une salle de consultation située à proximité des 4 lits d'hospitalisation de l'étage directement au niveau supérieur sert pour le pré- travail.

La maternité du CHAC a réalisé 222 accouchements et 29 césariennes selon les données 2015.

Au regard de ses missions et des risques identifiés en salle de naissance, l'établissement a également organisé la mise à disposition en temps utile des ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Les professionnels se sont appropriés les protocoles du réseau de périnatalité "Maternip" qu'ils ont adaptés au contexte local.

La continuité des soins est organisée avec 3 gynécologues obstétriciens, 9 sage-femmes, 6 auxiliaires de puériculture, une garde de gynécologue, le recrutement d'un pédiatre de jour à 0,5 ETP, le recours à des intérimaires en cas de besoins ponctuels). L'organisation prévoit la présence quotidienne d'un pédiatre dans le cadre de la convention avec le CHIVA. Un anesthésiste est toujours présent 24h/24h. Un interne de médecine générale est également présent chaque semestre grâce au travail en réseau avec les médecins généralistes de ville.

Les besoins en formation des professionnels sont intégrés au plan annuel, et plusieurs actions de formations pluriannuelles sont organisées pour le maintien des compétences de l'ensemble de l'équipe, en coopération étroite avec les professionnels du réseau périnatal "Maternip" soit in situ, soit sur Toulouse.

La gestion des équipements en termes de contrôle et de maintenance (matériel en salle d'accouchement et matériel pour la réanimation du nouveau-né, chariots d'anesthésie et chariots d'urgence vitale pour la mère et le nouveau né), ainsi que la gestion environnementale (locaux, déchets, traitement de l'air pour la salle de naissance et les salles du bloc où sont pratiquées les césariennes en code "rouge") sont déterminés. La maintenance matérielle préventive et curative est organisée. Les modalités et périodicités

sont prévues. Un plan d'équipement et de renouvellement du matériel est prévu.

La disponibilité du matériel d'urgence est organisée.

Les interfaces avec la stérilisation située immédiatement sous le bloc opératoire sont opérationnelles et sécurisées

Des procédures en lien avec la prise en charge en salle de naissance sont prévues, (procédure code rouge, procédure peau à peau, injection d'ocytocine, infection néonatale, anoxie néonatale, hémorragies du post-partum, identification du bébé, transfert in utéro...), de même que leur diffusion au moyen du dispositif de gestion documentaire informatisé. Ces procédures prennent en compte la contrainte de l'éloignement de la maternité de niveau 3 située à une heure et demie de route (CHU de Toulouse), et l'inscription du Centre Hospitalier dans le réseau régional. L'organisation des transferts de la mère et/ou de l'enfant est formalisée dans des conventions spécifiques. L'obtention en urgence des produits sanguins labiles est organisée avec présence du dépôt de sang sur place au sein du bloc central.

La sécurité de l'identification des femmes et des nouveaux-nés est organisée. Des modalités sont en place pour faciliter l'accès aux données respectives de la mère et de l'enfant (procédure sous X, adoption...).

Les interfaces avec les services médico-techniques prévoient les échanges d'information nécessaires à la prise en charge de la patiente. L'interface de la salle de naissance avec le bloc opératoire est organisée. Il en est de même pour la Direction qualité et le médecin CGRAS, avec un lien étroit entre les responsables sages-femmes du secteur et du pôle, en particulier dans le cadre du circuit des événements indésirables.

L'organisation et la gestion des interfaces sont revues régulièrement, notamment à chaque événement ayant une incidence sur le fonctionnement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres au secteur de salle de naissance ont été établis. La démarche est déclinée en fonction des objectifs institutionnels mais aussi dans le cadre du réseau régional Maternip. Les principales thématiques dégagées portent sur la prise en charge de la réanimation du nouveau-né, la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance, le dossier obstétrical.

L'encadrement diffuse la culture qualité-sécurité des soins. Les professionnels sont sensibilisés lors des staffs nombreux, et notamment les staffs en visioconférence mensuelles avec le réseau Maternip. Le chef de service et la coordinatrice sage-femme du secteur salle de naissance et du pôle s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats.

Plusieurs actions de formation avec inscription obligatoire de l'ensemble des membres de l'équipe sont organisées sur la réanimation néonatale par les pédiatres du CHIVA, et réanimation des mères par les anesthésistes. Plusieurs ateliers type "chambre des erreurs" ont eu lieu avec "débriefing".

Des exercices sur simulateurs ont été réalisés tant au niveau du réseau que sur site du CHAC par des membres du réseau. Des évaluations des pratiques professionnelles sont réalisées. Des RMM ou des CREX sont impulsées pour les événements indésirables graves, conformément à la procédure institutionnelle établie par le CGRAS pour le retour d'expérience. Des comptes-rendus et des plans d'actions sont formalisés à l'issue de ces réunions. Des RMM locales, avec présence du regard extérieur d'un membre du réseau "Maternip" et CREX sont réalisées suite aux déclarations des événements indésirables via la fiche institutionnelle (DEI) qui est également systématiquement adressée conjointement au réseau "Maternip" en cas d'évènement indésirable grave, afin d'organiser la RMM avec le regard extérieur d'un membre du réseau présent à la réunion.

Le praticien chef de service est présidente du CLIN et de ce fait mobilise particulièrement les équipes sur la prévention du risque infectieux.

Les dysfonctionnements sont signalés et analysés avec les professionnels qui concourent en outre à la définition des actions correctives, par exemple actualisation du protocole MEOPA, procédure de pose et procédure de retrait du cathéter péridurale et formation des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, documentation et matériels sont disponibles en salle de naissance et anticipées, notamment s'agissant des bases de connaissances.

La permanence des soins est assurée. Des plannings de gardes et astreintes sont ainsi définis et mis en place pour l'ensemble des spécialités requises (obstétriciens, pédiatres, anesthésistes, ...). Des tableaux d'effectifs sages-femmes et auxiliaires de puériculture ou aides-soignants sont définis en fonction des activités, en respect de la norme réglementaire. Outre les formations institutionnelles, (notamment aux gestes d'urgences au bloc obstétrical avec exercices de simulation, la prise en charge du nouveau-né en

salle de naissance, l'allaitement, le peau à peau, les participations aux journées régionales et RMM du réseau et au staff médico-psycho-social mensuel en place avec la PMI), l'établissement met en place de nombreuses formations sur les situations d'urgences obstétricales. Des sages-femmes sont formées à des DU notamment échographie et formation "hypnose". Elles réalisent des consultations d'échographie et des prises en charge en hypnose. Les équipes s'inscrivent également dans des programmes de Développement Professionnel Continu (DPC) sur le rythme cardiofoetal (RCF) au cours du travail et pendant la grossesse, et sur les manœuvres obstétricales.

Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures et des protocoles concernant les prises en charge dans leur dimension médico-soignante et réglementaire, dont ceux partagés avec le réseau régional (protocole "peau à peau", protocole de surveillance post-césarienne...). Les ressources documentaires sont intégrées dans le système de gestion documentaire de l'hôpital, en incluant les recommandations issues du réseau régional. Elles sont validées et réactualisées en fonction des évolutions internes, de l'avancée des technologies et des obligations réglementaires.

Les locaux nécessaires sont disponibles et maintenus.

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 de la patiente et du nouveau né : programmation, filières, gestion de la salle de pré travail et des deux salles de travail, règles de bonnes pratiques, contrôles, hygiène, approvisionnements. Le travail en équipe est encouragé et l'organisation permet une capacité de réaction adaptée en cas d'imprévu.

La cadre sage-femme assure, en lien avec la cadre du bloc, la régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation (en lien avec les consultations, la salle de naissance et le bloc opératoire) et la sécurité des patientes et des nouveaux nés.

Un staff hebdomadaire pluridisciplinaire est en place. La traçabilité des décisions dans le dossier patient en mode papier est réalisée en temps réel. Le dossier est complet et comprend l'ensemble des éléments utiles à la continuité des soins.

La prescription/administration des médicaments est informatisée dans le DPI en cours de déploiement.

Un staff médico-psycho-social est également tenu mensuellement.

De nombreux documents d'information sont élaborés et remis aux patientes.

La traçabilité des actions et des activités est assurée, elle inclut les vérifications effectuées sur les actes, les matériels en termes de nettoyage/désinfection, de maintenance et de contrôles.

La check-list HAS "sécurité du patient" est mise en œuvre selon les recommandations.

Une analyse du rythme cardio-fœtal est conduite et tracée ; le partogramme est renseigné.

La prévention du risque infectieux est effective avec des prélèvements à périodicité définie, suivis avec l'EOH.

Les interfaces sont opérationnelles, en articulation avec le parcours de la patiente en salle de naissance et la prise en charge du nouveau-né. Une fiche de liaison service maternité /salle de naissance est utilisée.

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. Il existe ainsi des indicateurs d'activités institutionnels suivis dans le cadre du pilotage du secteur (DMS, taux d'occupation, etc...). Le secteur de naissance suit également des indicateurs spécifiques locaux et régionaux (hémorragies de la délivrance, accouchements prématurés, taux de césariennes, taux de péridurales, % de patientes en préparation, % de patientes en hypnose, % d'entretiens du 4ème mois, morts in-utéro, pré-éclampsies, etc...).

Le recueil et l'analyse des événements indésirables avec un retour d'expérience aux professionnels, ainsi que le suivi du taux de satisfaction des patientes permettent d'évaluer le processus.

Plusieurs EPP (Hémorragie du post partum, césariennes programmées et césariennes non programmées) et audits sont conduits en interne. Le secteur s'inscrit également, sur la base de ses résultats, dans un

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques en continu de façon à déterminer des éventuelles mesures d'amélioration complémentaires au sein du secteur. A titre d'exemple, l'indicateur IQSS "Hémorragie du Post Partum" a conduit à la modification du dossier obstétrical afin d'améliorer la traçabilité de l'unité de référence des volumes de sang, et à l'élaboration d'une check-list de sortie de maternité avec identification des responsabilités dans la tenue du dossier obstétrical pour la continuité et la coordination des soins.

Les actions et les évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions du Compte Qualité. L'efficacité des actions est évaluée, l'analyse des résultats permet de réajuster la stratégie et les objectifs.

La communication des résultats est assurée selon les modalités propres au secteur (suivi des RMM, EPP, réunions de services, staffs...). Des liens sont réalisés au sein du réseau de périnatalité régionale. La communication auprès des patients et des usagers est en place (livret d'accueil, évaluation du taux de satisfaction, ...).