



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
HÔPITAUX DES PORTES DE
CAMARGUE**

Route d'arles
13150 Tarascon
OCTOBRE 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	24
DOSSIER PATIENT	29
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	33
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	38

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

HOPITAUX DES PORTES DE CAMARGUE - SITE DE TARASCON	
Adresse	Route d'arles 13150 Tarascon
Département / région	BOUCHES-DU-RHONE / PACA
Statut	Public
Type d'établissement	Hopital Local

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	130028228	HOPITAUX DES PORTES DE CAMARGUE	Route d'arles 13150 TARASCON
Etablissement de santé	130001258	HOPITAUX DES PORTES DE CAMARGUE - SITE DE TARASCON	Route d'arles 13150 Tarascon
Etablissement de santé	300000049	CENTRE HOSPITALIER BEAUCAIRE	Boulevard du marechal foch Bp 67 30301 Beaucaire
Etablissement de santé	130807233	HOPITAUX DES PORTES DE CAMARGUE - SLD	Route d'arles 13150 TARASCON

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
MCO	Médecine	27
SLD	SLD	30
SSR	SSR	51

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	/
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Personne âgée	Médecine gériatrique - Tarascon	A déterminer par le coordo	Programmé	Simple	MCO
2	Personne âgée	SSR polyvalent - Beaucaire	A déterminer par le coordo	Programmé	Complexe (Ré-hosp)	SSR
3	Personne âgée	SLD	Alzheimer	Programmé	Simple	SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

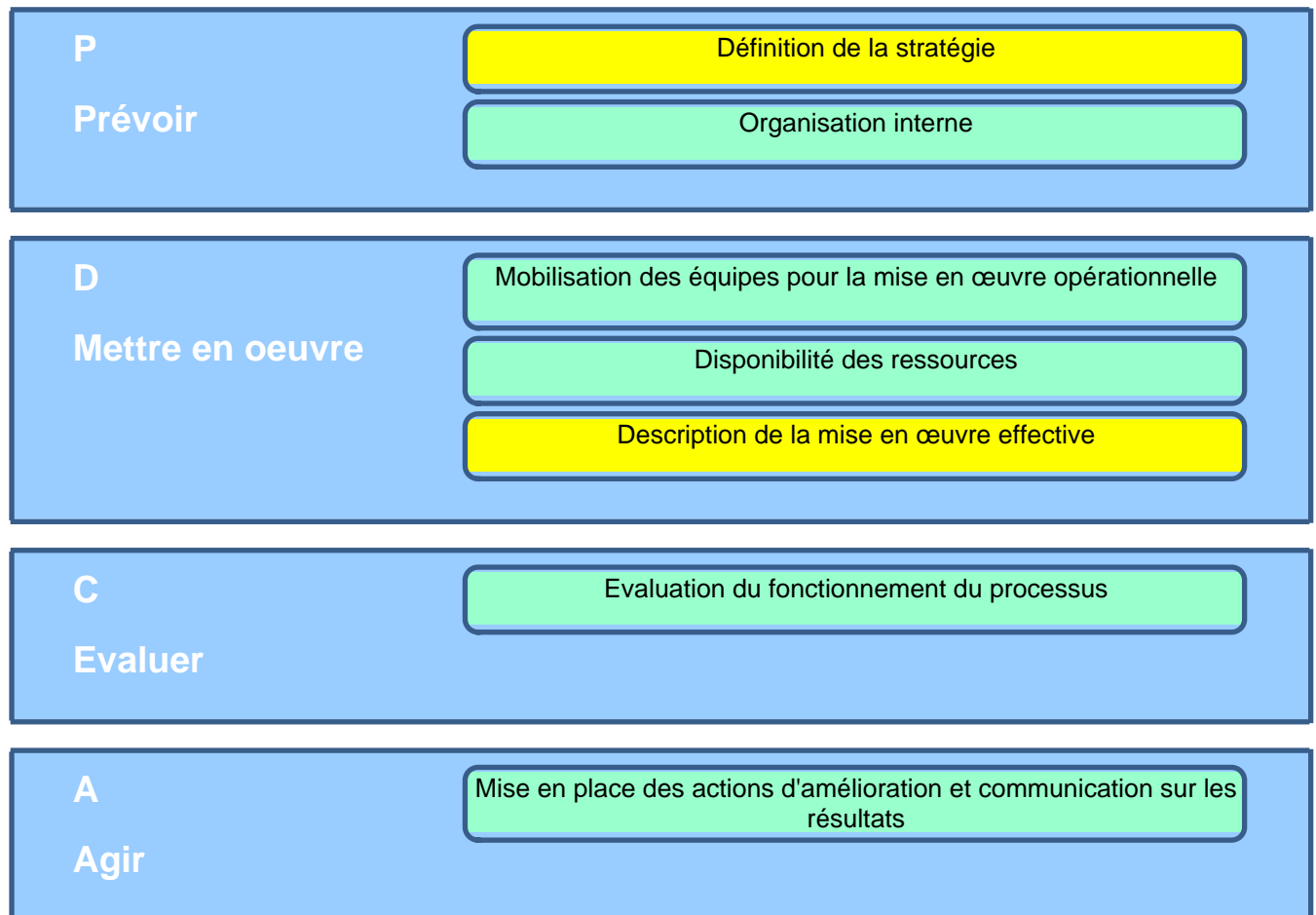
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins est inscrite dans les orientations stratégiques du projet d'établissement 2010/2014. Le nouveau projet d'établissement est en cours de réflexion suite à la mise en place d'une direction commune avec le centre hospitalier d'Arles en juillet 2015 et à une intégration de l'établissement dans un groupement hospitalier de territoire des Bouches du Rhône en juillet 2016. Le nouveau projet médical partagé de territoire 2016/2019 et le projet de soins partagés servent de fils conducteur au comité stratégique qualité et sécurité des soins du GHT (CoQuass) pour la construction d'un projet de management de la qualité et des risques du GHT13 axé autour de quatre objectifs. En interne, l'établissement assure la continuité dans la mise en œuvre de sa politique initiale d'amélioration de la qualité/gestion des risques et sécurité des soins. L'établissement a identifié ses besoins à partir de ses missions et activités de soins en tant qu'hôpital de proximité, il prend en compte les orientations du SROS et les objectifs définis dans le CPOM. Le développement de la culture qualité/sécurité des soins constitue un axe prioritaire avec un engagement continu, individuel et collectif des professionnels. La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques intègre les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise. Cependant, la stratégie EPP n'est pas formalisée et déclinée au niveau institutionnel notamment auprès de la communauté médicale dans le champs de la pertinence des soins et des démarches liées aux indicateurs de pratique clinique. La gestion des risques a priori a été établie par processus selon les thématiques du manuel de certification et intégrée dans une cartographie des risques. L'identification des risques s'appuie sur le recueil des événements indésirables, l'analyse des plaintes et réclamations, les résultats des enquêtes satisfaction et des différentes évaluations de pratiques dont celles issues des patients traceurs. La hiérarchisation des risques et l'évaluation des niveaux de maîtrise sont effectuées selon la méthodologie de la HAS. Les risques priorités sont intégrés dans le PAQSS et déclinés dans le compte qualité par processus. Les objectifs d'amélioration du PAQSS en lien avec le management de la qualité et de la gestion des risques sont ciblés, entre autres, sur la politique d'évaluation des pratiques professionnelles, l'implication des usagers et l'évaluation de leur satisfaction, la gestion documentaire, la déclaration et l'analyse des événements indésirables, l'amélioration de la gestion de crise en situation de plan blanc.. Le programme d'action institutionnel comporte les objectifs d'amélioration, les actions à mettre en place, l'identification des responsables, un échéancier, un état d'avancement et des indicateurs de suivi. Cependant, le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ne prend pas en compte l'intégralité des démarches d'amélioration engagées dans les différents processus. L'établissement n'a pas défini la méthodologie pouvant lui permettre d'alimenter son plan d'amélioration de la qualité et sécurité des soins et d'en établir un lien cohérent avec le compte qualité. L'analyse des risques, des événements indésirables, des plaintes et réclamations, des indicateurs, les EPP, ne sont pas systématiquement organisées dans une perspective d'évaluation à périodicité définie, d'intégration au PAQSS et d'identification des risques prioritaires dans le compte qualité.

Les représentants des usagers, membres de la nouvelle CRU ont été tout récemment formés et informés sur la thématique du management de la qualité et gestion des risques.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage institutionnel et opérationnel du management qualité/gestion des risques est organisé. L'organisation de la démarche qualité et gestion des risques est placée sous la responsabilité d'une direction qualité constituée de la directrice qualité, de la cadre supérieure de santé responsable également de la qualité gestion des risques et d'un secrétariat. Les missions et responsabilité de ces deux acteurs ainsi que celles des pilotes institutionnels pour la plupart cadre de santé des unités. Cette organisation est décrite dans l'organigramme de direction. Un médecin a été identifié comme coordonnateur des risques associés au soins, sa missions est formalisée. Il en est de même pour les professionnels, membres des groupes de travail, qui assurent le pilotage opérationnel par processus. Toutefois, les missions et responsabilités ne sont pas toutes définies. En effet, les quotités de temps dédiées à la qualité gestion des risques pour la directrice qualité et la cadre supérieure responsable de la qualité ne sont pas formalisées dans leurs fiches de poste au regards de leurs activités respectives. L'établissement a constitué, en accord avec la CME et en coordination avec le COVIRIS, un comité qualité composé des groupes de travail pluri professionnel dont les missions sont d'établir un autodiagnostic, une analyse des dysfonctionnements et d'être force de proposition dans les objectifs et actions à conduire pour chaque processus. Ces professionnels formés, issus du terrain, se réunissent régulièrement et assurent le déploiement de la démarche et des actions d'amélioration auprès de leurs collègues. L'ensemble de la démarche est pilotée par la direction qualité qui a réalisée, en parallèle une analyse de processus "parcours patient" afin de pouvoir avoir une vision transversale, développer les complémentarités et la mutualisation des actions. Elle intègre les obligations légales et réglementaires et assure la coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques : fonctionnement et accompagnement des groupes de travail et instances, suivi des événements

indésirables, plaintes et réclamations, sécurité des soins, sécurité des biens et des personnes, dispositifs de vigilance, veille sanitaire... Le dispositif de gestion de crise et le plan blanc sont formalisés. Une procédure décrit le circuit des plaintes et réclamations, leur traitement, leur analyse et les modalités d'intervention des médiateurs. Les deux nouveaux représentants des usagers, qui siègent à la CRU depuis fin 2016, ont été informés sur la politique et le programme qualité gestion des risques ainsi que sur les modalités de déploiement de la démarche. Ils ont eu connaissance en CRU des résultats des diverses évaluations, des plaintes et réclamations. L'établissement prévoit des formations individuelles destinées aux pilotes des processus et aux professionnels, membres des groupes de travail. Une démarche de formation a été ciblée autour de la méthodologie du patient traceur. Les professionnels ont été, par ailleurs, régulièrement sensibilisés à la procédure de certification en 2016 et 2017. L'établissement prévoit, dans ses plans de formation, des actions de formation spécifiques autour de la sécurité incendie, de la gestion des soins d'urgences, de la sécurisation du circuit du médicament... La gestion documentaire qualité gestion des risques est organisée et accessible aux professionnels sur le site intranet de l'établissement. Les professionnels disposent également de classeurs (différenciés par couleur) dans les services avec un listing des procédures, des protocoles, des noms des référents et correspondants des risques et des différents outils propres à leurs activités. Certaines procédures et protocoles sont en cours de réactualisation. Une procédure définit le dispositif de gestion des événements indésirables permettant une analyse des causes en associant les acteurs concernés et la mise en place de CREX. Le système d'information est organisé de façon à pouvoir répondre aux besoins des professionnels de l'établissement : ordinateurs fixes et portables, Wifi... La maintenance préventive et curative des locaux et des équipements est organisée. Les interfaces entre les services sont définies, la direction qualité travaille en collaboration avec la CME et les responsables des différents secteurs d'activités.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes sont mobilisées pour la mise en œuvre opérationnelle. Les groupes pilotes se réunissent régulièrement sur leurs thématiques. Les référents des unités et les cadres pilotes assurent l'interface avec les professionnels de leurs unités ainsi que la déclinaison du programme qualité et sécurité des soins. En 2016 et 2017, l'établissement a développé une campagne de sensibilisation auprès des professionnels sur la certification. Les professionnels sont sensibilisés sur les objectifs de leur unité. Chaque service dispose, sur intranet, du recensement des déclarations des événements indésirables provenant de son périmètre et peut ainsi suivre l'état d'avancement du traitement qui en est fait. Un engagement de "non punition" a été adopté et communiqué aux professionnels dans l'objectif de favoriser les déclarations d'événements indésirables. Les professionnels sont également impliqués dans les démarches d'évaluations et des 8 patients traceurs déployés dans chaque unité depuis 2016. Ils participent aux CREX : 5 CREX ont été réalisés en 2017 sur le risque infectieux et la prise en charge médicamenteuse. Les cadres des services s'assurent de la conformité des pratiques par le biais des évaluations périodiques : audit dossier patient, audit patient traceur, audit sur le circuit du médicament... Les résultats des audits sont communiqués aux professionnels par les référents et les cadres des services et sur intranet. Le journal interne "lis espitau di porto de camargo" participe également à la diffusion de ces informations.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences en effectif suffisant sont pris en compte conformément à la réglementation. La directrice des ressources humaines assure également la responsabilité de la direction qualité avec la cadre supérieure coordinatrice des soins responsable de la qualité gestion des risques. Ces missions et responsabilités sont définies dans leurs fiches de poste. Cependant, les quotités de temps dédiées à la qualité gestion des risques pour la directrice qualité et la cadre supérieure responsable de la qualité ne sont pas formalisées dans leurs fiches de poste au regard de leurs activités respectives. Les référents des groupes de travail et les professionnels sont formés, informés sensibilisés dans les unités sur les thématiques telles que : l'organisation de la démarche qualité, la gestion documentaire, les événements indésirables, le PAQSS, les audits et patients traceurs... La gestion documentaire en partie actualisée est diffusée et accessible par le biais de l'intranet de l'établissement et dans les classeurs situés dans chaque unité de soins. Le matériel nécessaire, adéquat et fonctionnel est mis à disposition des professionnels : ordinateurs portables et fixes sur le site de Tarascon et uniquement des ordinateurs fixes dans le poste de soin en SSR sur Beaucaire. L'établissement a inscrit dans son PAQSS une démarche d'amélioration et de sécurisation de son système d'information : homogénéisation des systèmes d'exploitation, changement du logiciel métier, changement du prestataire de maintenance informatique et Wifi. La maintenance préventive et curative des équipements et des bâtiments est organisée et fait l'objet d'objectifs d'amélioration intégrés dans le PAQSS.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation relative au management de la qualité et gestion des risques. Ils mettent en œuvre les protocoles et procédures établis par l'établissement pour le

fonctionnement et la prise en charge du patient. Le fonctionnement des vigilances est défini et tout récemment a fait l'objet d'un travail de réflexion afin d'améliorer le fonctionnement du COVIRIS. L'exploitation des plaintes et réclamations est réalisée en impliquant les professionnels. Les représentants nouvellement désignés en ont été informés en CRU.

Les professionnels des unités de soins sont impliqués dans la démarche institutionnelle au niveau de l'autodiagnostic, de l'analyse et des propositions d'amélioration. Ils participent aux RMM et au CREX lors du signalement de certains événements indésirables. Cependant, le dispositif de gestion des événements indésirables n'est pas toujours opérationnel. En effet, le dispositif de gestion des événements indésirables n'a pas été opérationnel sur le premier semestre de l'année 2017. L'analyse des causes profondes des événements indésirables n'a pas été réalisée en associant les acteurs concernés. Des audits ciblés (dossier patient) ont été menés avec les professionnels. Des actions ciblées autour des enquêtes de satisfaction des patients ont été mis en œuvre en 2016/2017 afin de pallier le faible taux de retour des questionnaires de satisfaction lié aux longues durées de séjour. Les interfaces sont opérationnelles entre les services cliniques et avec les autres services administratifs, logistiques et techniques. La responsable qualité gestion des risques travaille en étroite collaboration avec l'encadrement, la pharmacie et les responsables des services technique et administratif. Le dispositif contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge du patient et de son entourage. Le compte qualité est actualisé régulièrement en fonction de l'évolution des plans d'actions. La CDU ne se réunit pas à périodicité définie. En effet, la CRU s'est réunie deux fois en 2016 et a été peu active en 2015.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du système de management de la qualité gestion des risques est réalisé en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés aux activités : nombre d'évènements indésirables, nombre de plaintes et réclamations, taux de retour des questionnaires satisfaction.. L'établissement a défini par thématique ses évaluations, il assure un suivi d'indicateurs qui comporte aussi le nombre de réunions et la participation des acteurs aux différents groupes de travail institutionnels. Des audits ciblés ont été menés sur 2016 et 2017 à partir des dossiers patients selon une méthodologie définie et validée par le comité qualité. Le CLIN, le CLUD, la PUI évaluent les pratiques des professionnels et assurent un suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs. L'établissement participe au recueil périodique des indicateurs nationaux IPAQSS DPA. Depuis 2016, des CREX et des démarches "patient traceur" sont menés avec les professionnels sur Tarascon et sur Beaucaire. L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée par le biais d'un questionnaire de sortie. Une enquête satisfaction ciblée sur le service d'USLD de Tarascon a été effectuée en 2015.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec les résultats obtenus aux diverses évaluations. Ces actions sont déclinées transversalement et/ou ciblées en fonction des secteurs et professionnels concernés. Ces plans d'action sont également définis avec les professionnels des groupes de travail institutionnels. Elles sont intégrées dans le programme d'actions institutionnel et réajustées en fonction des résultats des évaluations. Les résultats des évaluations avec les plans d'action d'amélioration validés par les instances dont la CME, sont communiqués aux professionnels par le biais d'intranet, par voie d'affichage dans les services et dans le journal interne de l'établissement. Pour certaines thématiques ces résultats et actions d'amélioration sont transmis auprès des professionnels des unités de soins par les référents soignants et pharmacie, les responsables d'encadrement et la cadre supérieure de santé coordinatrice des soins. La communication des résultats pour les usagers se fait par l'intermédiaire de la CRU nouvellement réactivée.

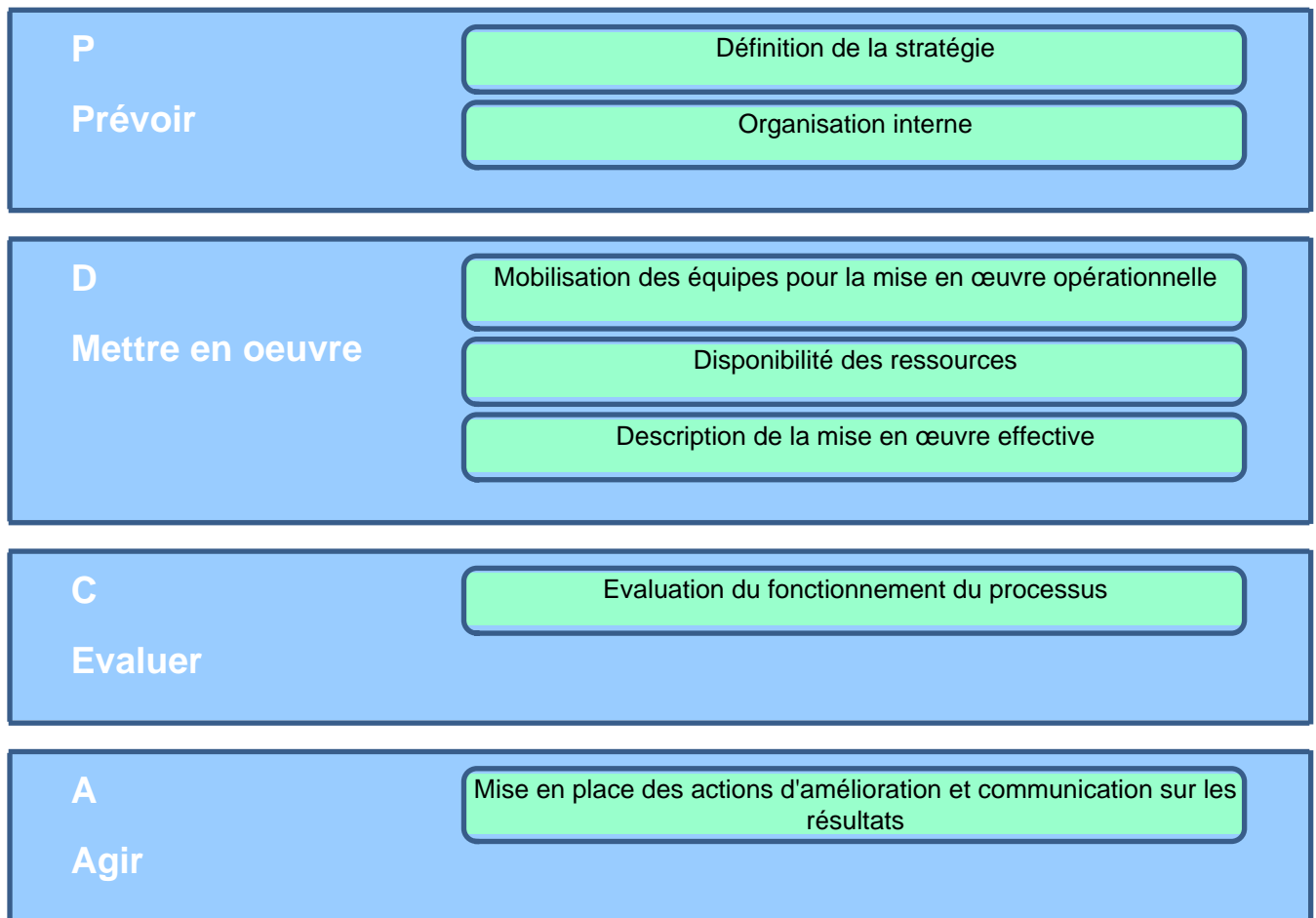
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie est définie au sein du CLIN, en concertation avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène. Elle est formalisée dans le rapport d'activité du CLIN qui est validé par la CME chaque année. La politique de maîtrise du risque infectieux s'articule autour des objectifs définis en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement, le programme annuel du CLIN, les résultats des évaluations et des indicateurs nationaux, les analyses de risque, la réglementation. Quatre risques prioritaires ont été identifiés dans le processus de gestion du risque infectieux et hiérarchisés par l'utilisation de la grille de criticité de la HAS. Elle est déclinée dans un programme d'amélioration global formalisé et priorisé mais aussi en actions plus spécifiques menées au sein des services. Le plan d'actions annuel repose sur des actions de prévention, de surveillance, de formation, d'évaluation et les principaux risques identifiés (infection du site de perfusion, et risque d'épidémie). Les objectifs sont définis en corrélation avec les besoins. Le suivi du plan respecte la méthodologie en vigueur dans l'établissement. Il est intégré dans le programme d'amélioration de la qualité à la taille de l'établissement, validé par les instances (CLIN, CME, CSIRMT).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par le président du CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière. Il s'appuie sur une équipe de six infirmières et aides soignantes référentes réparties entre les sites et coordonnée par un PH et une préparatrice en pharmacie ayant un DU d'hygiène hospitalière identifiés au sein des services. Le responsable de l'hygiène et de l'entretien des locaux est impliqué au sein du CLIN sur les questions de bio nettoyage et hygiène lié au circuit alimentaire. Les rôles et les responsabilités sont identifiés dans le règlement intérieur du CLIN. Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines nécessaires, en effectifs avec un réseau de correspondants au CH d'ARLES et compétences avec la formation du praticien hygiéniste et la formation en interne par le responsable du bio nettoyage. Le plan de formation fait mention d'actions à destination des correspondants et des professionnels. Les formations internes sont délivrées par les hygiénistes tant sur l'hygiène de base que pour les actes à haut risque infectieux. Les protocoles et les procédures de surveillance et de prévention du risque infectieux sont élaborés et validés au sein du CLIN et mis à disposition des professionnels sur l'intranet et sous format papier. Les produits et matériels de désinfection ainsi que les équipements de protection appropriés sont prévus. La promotion du bon usage des antibiotiques est organisée : une sensibilisation des prescripteurs est réalisée. Les interfaces sont organisées entre le CLIN et les autres structures ressources concernées, ainsi qu'entre le CLIN et les professionnels de terrain. Ce dispositif permet de faciliter la concertation entre professionnels et entre les secteurs d'activité. L'hygiène des locaux communs et hors soins et le bio-nettoyage des services de soins est assuré par des ASH gérés en équipe centralisée et encadrés par un ingénieur responsable de la filière hôtellerie. Les activités de nettoyage sont définies dans une charte de bio-nettoyage et des procédures élaborées avec l'EOH.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, les responsables organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle pour la gestion du risque infectieux en objectifs et plans d'action opérationnels. Les infirmières référents hygiène et le cadre assurent sur chaque site le relais pour l'accompagnement et/ou le suivi de la mise en œuvre des actions définies dans les services de soins. Le programme d'action du CLIN est diffusé sur intranet via le logiciel qualité et communiqué à l'encadrement et les responsables en hygiène identifiés sur chaque site. Les actions plus spécifiques aux services sont relayées sur le terrain par les correspondants en hygiène et l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène. Les correspondants de secteur sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur les procédures lors de réunions d'équipe organisées avec l'infirmière hygiéniste sur des thématiques ciblées ou la communication de résultats d'évaluation et d'indicateurs. Le cadre de santé s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues notamment pour l'application des procédures, en lien avec l'infirmière référente. Des actions correctives sont identifiées en cas de dysfonctionnement constaté comme suite à l'analyse d'EI en CREX portant sur la bonne pratique de pose et surveillance de cathéters sous cutanés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources nécessaires en compétences sont pris en compte avec un praticien hospitalier pharmacien hygiéniste à 0,4 ETP et une préparatrice à 0,1 ETP assurant la formation. Les besoins en matériel, en consommables sécurisés, en locaux et équipements spécifique de bionettoyage, en centrale de dilution

permettant l'usage raisonné des détergents sont disponibles dans les secteurs d'activité. La formation périodique des professionnels à l'hygiène des locaux, et à la prévention du risque infectieux est organisée soit en interne soit sur des sessions d'une heure sur 1 journée. Elle permet d'assurer la formation des professionnels par groupe successifs de 8 à 10 personnes . Un programme annuel est proposé et assuré par le département d'hygiène hospitalière pour l'ensemble des catégories de professionnels, y compris les référents en hygiène. Les médecins ont bénéficiés d' une formation concernant l'antibiothérapie par un intervenant externe, médecin réanimateur infectiologue du CH d'ARLES . Le logiciel du dossier patient intègre également un module d'aide à la prescription d'antibiotiques. Les ressources documentaires, pour la majorité d'entre elles, sont actualisées et accessibles dans le logiciel de gestion documentaire de l'établissement et aussi en version papier dans un classeur dédié dans chaque unité .

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le bio nettoyage des locaux de soins est assuré par un équipement adapté aux besoins. Les produits de bionettoyage, de désinfection, d'hygiène des mains sont connus et utilisés par les professionnels qui sont formés à leur bonne utilisation dans un soucis d'usage raisonné .La traçabilité du bio nettoyage des locaux est assurée majoritairement par les professionnels. Les procédures en cas d'accident sont élaborées et affichées dans les locaux concernés. Le personnel dispose du matériel de protection en qualité et quantité suffisante. Un suivi des infections est réalisé en collaboration avec le laboratoire qui alerte l'hygiéniste et le service de soins en cas d'identification notamment de BMR ciblée. Pour les patients le nécessitant, des moyens de protection et d'isolement sont prévus et mis en place. La déclaration interne des infections liées aux soins et leur annonce aux patients et leur famille est mise en place. Il existe une déclaration ascendante des infections liées aux soins, avec l'intervention du PH hygiéniste dans le service qui valide et accompagne les professionnels dans la mise en place des conduites à tenir comme cela a pu être constaté, en visite, lors de l'investigation en USLD. Pour améliorer la réévaluation de l'antibiothérapie, des actions de sensibilisation auprès de prescripteurs ont été engagées. La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 48ème heure n'est pas systématique sur l'ensemble des services de soins compte tenu de la non informatisation de cette traçabilité et des difficultés de recueil de cet indicateur. L'indicateur ICATB a évolué positivement entre 2014 et 2016. Un audit interne des prescriptions a été réalisé en 2016, par la pharmacienne, les résultats confirment la progression vers les objectifs fixés. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, les règles de tenue vestimentaire et d'hygiène adaptées aux différentes catégories de locaux dont l'espace d'endoscopie sont connues et respectées. Le suivi du programme d'actions et des évolutions des pratiques est communiqué au CLIN, à l'EOHH et à la CME. Les procédures, protocoles, mode opératoires sont validés par le CLIN et disponibles via le site intranet ainsi que les différents comptes rendus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du programme de gestion du risque infectieux sont assurés par l'EOHH sur la base d'outils identifiés. Le bilan reprend les indicateurs nationaux et internes ainsi que les résultats des évaluations périodiques. Les résultats des prélèvements : surface, eau, sont suivis et analysés. Des audits des pratiques ont été menés en particulier sur le bon usage des antibiotiques. Des EPP ont été menés sur la pose et surveillance de cathéters veineux périphériques et l'infection urinaire. Des CREX sont réalisés dès qu'un EIAS est en lien avec le risque infectieux. Un plan d'action est décliné systématiquement. Un bilan d'activité annuel est réalisé, validé par le CLIN et présenté aux instances de l'établissement avant d'être diffusé.

A / AGIR

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

Le programme de gestion du risque infectieux fait l'objet d'une révision annuelle et d'un bilan d'activité. Les risques identifiés sont ajustés et les actions d'amélioration mises en place sont articulées avec le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. Les actions d'amélioration comme la mise en place de la check List cathéter sont effectives. Les formations des professionnels couvrent les différents champs de la thématique comme les mesures de précautions , les prescriptions et la maîtrise de l'antibiothérapie ainsi que les bonnes pratiques de bio nettoyage. Les résultats, notamment des indicateurs nationaux et du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales, sont diffusés à l'attention des patients par affichage publique dans l'établissement et communiqués aux praticiens lors des réunions de la CME.

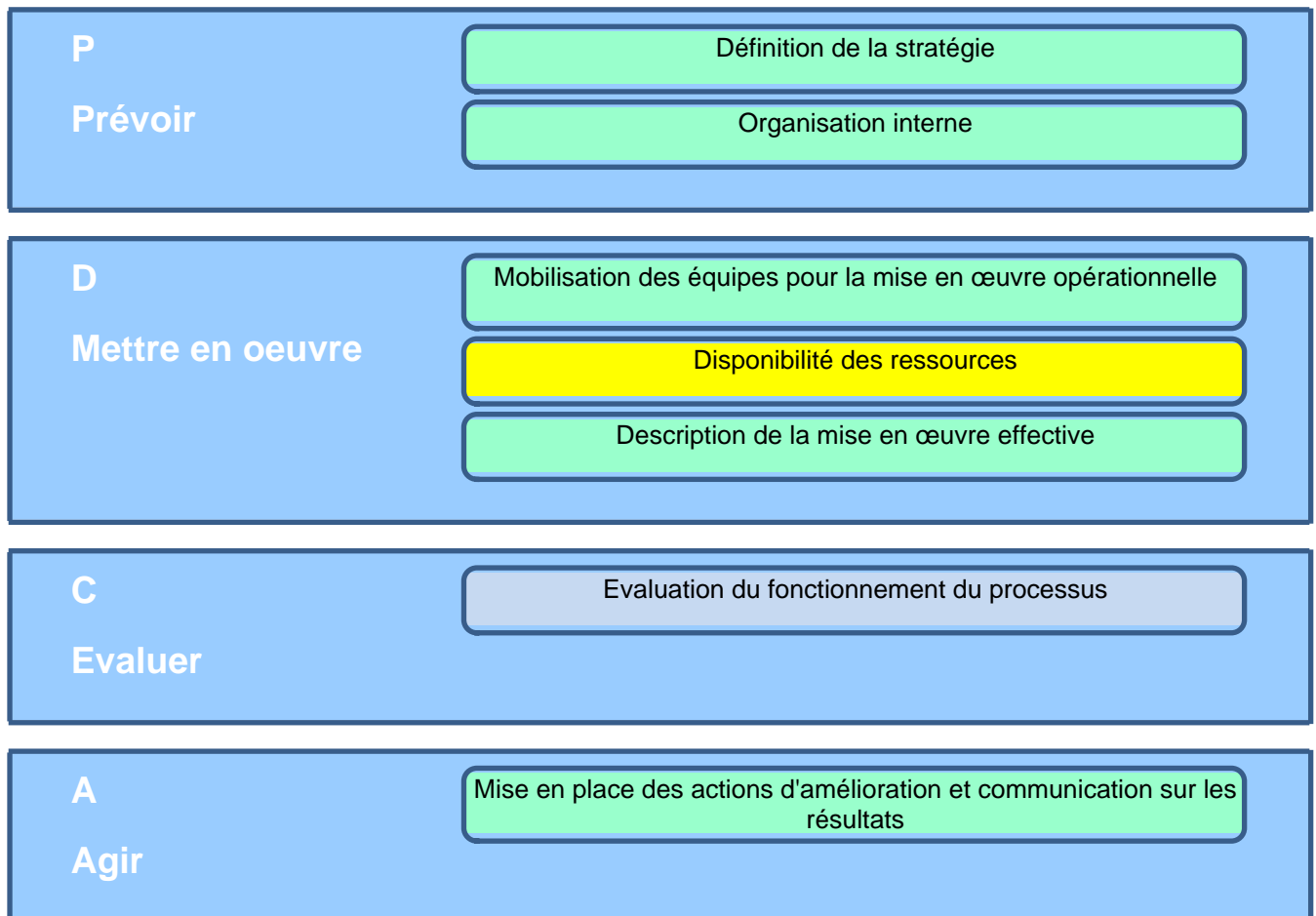
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les orientations stratégiques relatives aux droits des patients sont définies dans le projet de soins des Hôpitaux de Portes de Camargue en liens avec le projet médical partagé du territoire et la dynamique engagée au sein du GHT. Ces axes d'amélioration sont ciblés autour de la prévention de la maltraitance et d'une promotion de la bientraitance tout au long du parcours patient, du respect de la confidentialité des informations, de l'information du patient en cas de dommage lié aux soins, du recueil du consentement aux soins et des directives anticipées du patient ainsi que le respect de ses libertés individuelles. Les risques à priori ont été identifiés en s'appuyant sur l'analyse des évènements indésirables, des plaintes et réclamations, des résultats des enquêtes satisfaction, des démarches "patients traceurs" menées dans chaque unité de soins et des réflexions pluri professionnelles issues des groupes de travail. Ces risques ont été hiérarchisés et priorisés avec les professionnels concernés selon la méthodologie HAS. Ils ont fait l'objet d'une validation institutionnelle et ont été présentés devant les membres de la nouvelle commission des usagers. Ils sont intégrés dans le programme d'action institutionnel, une cartographie des risques "parcours patient" et articulés avec le compte qualité. Le programme comporte les objectifs attendus, les plans d'action, l'identification des responsables, un échéancier et les indicateurs de suivi institutionnels.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes institutionnels et opérationnels de la conduite du processus droits des patients sont identifiés. La directrice qualité en relation avec la cadre supérieure de santé, responsable qualité, en assurent le pilotage en lien avec la nouvelle CRU. Les missions et responsabilités des pilotes sont formalisées dans les fiches de poste. La CRU comporte deux représentants des usagers titulaires. A ce jour, une représentante a suivi une formation, la formation de la deuxième représentante est programmée fin juin 2017. Ses missions ont été définies dans un règlement. Afin de pouvoir répondre aux objectifs identifiés, l'établissement s'est organisé pour développer les connaissances et compétences des professionnels. Des groupes de travail pluri professionnels ont été mis en place sur les deux sites, l'un sur la bientraitance et l'autre sur l'humanité. Une Charte de bientraitance élaborée par les professionnels de santé est en place. Une réflexion éthique est engagée dans le cadre d'un comité local d'éthique territorial des Hôpitaux des Portes de Camargue commun avec celui du Centre Hospitalier d'Arles. Entre 2016 et 2017, ce comité a engagé une réflexion éthique autour de deux thèmes : la personne de confiance et les directives anticipées et le respect de la pudeur et de l'intimité. Les plans de formation institutionnel comportent des formations internes (Mobiquil) ou externes en lien avec le respect des droits des usagers : bientraitance, douleur, soins palliatifs... Un dispositif structuré de gestion documentaire, sur intranet et sous format papier, intègre les procédures relatives aux droits des patients : personne de confiance, procédure de recueil des directives anticipées, guide d'information du patient, guide d'annonce d'un dommage lié aux soins, signalement d'une maltraitance, procédure contentieuse, fiches d'information spécifiques destinées aux patients selon les activités secteurs de soins.... L'information du patient sur ses droits et les missions de la CRU est prévue dans le livret d'accueil. Ce livret a fait l'objet d'une réactualisation et comporte les informations réglementaires relatives aux droits des patients : traitement informatique et libertés, charte du patient. Le système d'information est structuré de façon à répondre aux besoins de l'établissement en matière de confidentialité. Il existe une Charte informatique et les professionnels disposent d'un code d'accès personnalisé. Un projet de rénovation des locaux est formalisé en cohérence avec le projet médical partagé autour de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients. Les interfaces sont organisés entre les secteurs cliniques et les secteurs administratifs, logistiques et techniques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels sont mobilisés pour la mise en œuvre opérationnelle. En janvier 2016, une action de sensibilisation a été dispensée en interne auprès des cadres de santé et des praticiens sur les directives anticipées, la procédure collégiale, le recueil de la personne de confiance. Des actions de sensibilisation et de rappels à la conformité des bonnes pratiques sont menées par l'encadrement au travers des réunions de service. Les professionnels sont sensibilisés, dès leur recrutement, au respect de la dignité et de la confidentialité. Les principes du respect de la dignité du patient sont rappelés aux nouveaux professionnels. Les équipes sont également sensibilisées et accompagnées dans la gestion des situations de fin de vie. En USLD, la promotion du projet de soins individualisé est organisée autour de la psychologue, de l'animatrice et d'une infirmière. Certains cadres ont réalisé un travail de réflexion spécifique avec les professionnels de leur unité lorsque la configuration des locaux, chambres à 2 lits,

rend difficile le respect de l'intimité de la personne hospitalisée. Des groupes de travail se réunissent au sein des pôles sur des thématiques relevant du droits des patients notamment sur le risque de maltraitance en SSR et en médecine gériatrique. La campagne nationale sur les directives anticipées a été relayée au niveau de l'établissement. Un atelier a été organisé en 2016 sur le thème de la personne de confiance. Les résultats des enquêtes satisfaction, les plaintes et réclamations, les FEI sont portés à la connaissance des professionnels qui sont associés à l'identification et la mise en œuvre des actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences des professionnels sont pris en compte pour assurer une prise en soins pluridisciplinaire respectueuse des droits des patients. Les médecins, gériatres pour la plupart, disposent de DU spécifiques soins palliatifs et douleur. La formation des professionnels sur la thématique est réalisée notamment en lien avec l'humanité et les techniques snoezelen. La charte des droits du patient hospitalisé ainsi que la charte de bientraitance figurent dans le Livret d'accueil. Ces chartes sont affichées dans les unités. Le livret d'accueil informe le patient de ses droits et obligations et donne également les informations nécessaires sur la présence des représentants des usagers et précise les missions de la CRU. La gestion documentaire est structurée et connue des professionnels. Des procédures relatives aux modalités de mise en œuvre des droits des patients sont accessibles à tous les personnel via le site intranet de l'établissement. Elles ont été élaborées avec les professionnels : procédures relatives au consentement éclairée, à la personne de confiance, sortie contre avis médical, refus de soins.... Les besoins des accompagnants sont pris en compte. Des salons d'accueils sont mis à disposition des usagers , des familles et accompagnants dans la plupart des services. Le site de Beaucaire et le site de Tarascon disposent respectivement d'un dépositaire susceptible de permettre les présentations de corps. Les patients ou les familles peuvent requérir la présence d'un aumônier , quelque soit le culte , par l'intermédiaire de l'établissement. L'organisation et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations. Cependant, le respect de l'intimité des patients ne peut pas être toujours garanti lors des soins d'hygiène, de confort et de bien être. Près de 50% des lits de l'établissement sont en chambres doubles. Le nombre de paravents disponibles varie de 1 à 3 selon les services. Compte tenu de leur difficulté d'utilisation, ces paravents ne peuvent être utilisés que dans les situations spécifiques (fin de vie par exemple). La proportion importante de personnes âgées hospitalisées notamment en SSR et en USLD nécessite des soins de nursing et d'hygiène respectant leur intimité. Les moyens déployés et postures mises en œuvre par les professionnels ne permettent pas de suffire à garantir le respect de cette intimité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le respect des droits du patient dans sa prise en soins. Un accueil personnalisé et un soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent est assuré notamment en soins palliatifs et sur l'unité d'EVC. L'établissement dispose, en interne, d'un binôme de référents soins palliatifs/fin de vie composé d'un médecin et d'un cadre disposant l'un et l'autre d'un DU de soins palliatifs. Ce binôme intervient auprès des patients et des équipes, à leur demande en fonction des situations rencontrées. Le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche d'information en cas de dommage lié aux soins est formalisé et appliqué . Le consentement éclairé du patient et/ou de son entourage est recherché. La traçabilité du recueil de la personne de confiance et l'existence des directives anticipées sont assurées. Les projets de prises en soins pluri professionnelles sont personnalisés sur les deux sites. Les professionnels en USLD sont formés à la bientraitance et à l'humanité depuis 2014. Cette objectif a été étendu en SSR. L'organisation et les pratiques déployées veillent à respecter les libertés individuelles. Les mesures de contention ou d'isolement font l'objet d'une prescription médicale écrite . Une recherche systématique de l'évitement de la contention est recherchée dans le cadre des réflexions pluridisciplinaires et d'une analyse bénéfique/risques. Les accompagnants ont la possibilité de prendre leur repas auprès de leur patient. Ils sont, à leur demande, reçus par un médecin, le cadre ou l'assistante sociale du service. Lors des élections présidentielles 2017, les patients ont été sollicités sur leurs souhaits d'obtenir une permission pour aller voter. Pour ceux ne pouvant se déplacer, il a été proposé de procéder aux formalités de procuration avec déplacement de la police au sein de l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du respect des droits du patient et de sa satisfaction et celle de son entourage est réalisée par le biais des questionnaires de satisfaction. Une enquête satisfaction ciblée a été menée en USLD en 2015 et réalisée en 2016 auprès des patients et familles sur l'établissement. Au premier trimestre 2017, les résultats d'une première enquête satisfaction menée en médecine et SSR ont permis d'objectiver les pratiques autour du respect de l'intimité, de l'information du patient sur son état de santé, sur la confidentialité et sur la qualité de la prise en charge de la douleur. Un audit a été également réalisé, en mai 2016, pour mesurer la compréhension de la charte de bientraitance par les professionnels.

L'établissement assure le suivi d'indicateurs : taux de retour des questionnaires satisfaction, nombre plaintes et réclamation avec délai des traitements et des réponses (8 jours), bilan des FEI ... Les membres de la nouvelle CRU en ont été informé. Des actions d'amélioration du dispositif sont mis en place en fonction des résultats obtenus.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont intégrées dans le programme d'actions institutionnel. Les résultats de l'IPAQS dossier patient ont conduit le groupe pilote a déployer des actions d'amélioration sur la traçabilité du recueil du consentement du patient à ses soins et sur la mise en oeuvre effective de la procédure d'annonce du dommage lié aux soins. Les résultats et actions d'amélioration sont communiqués aux professionnels et groupes de travail par le biais du journal interne, du portail intranet de l'établissement.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

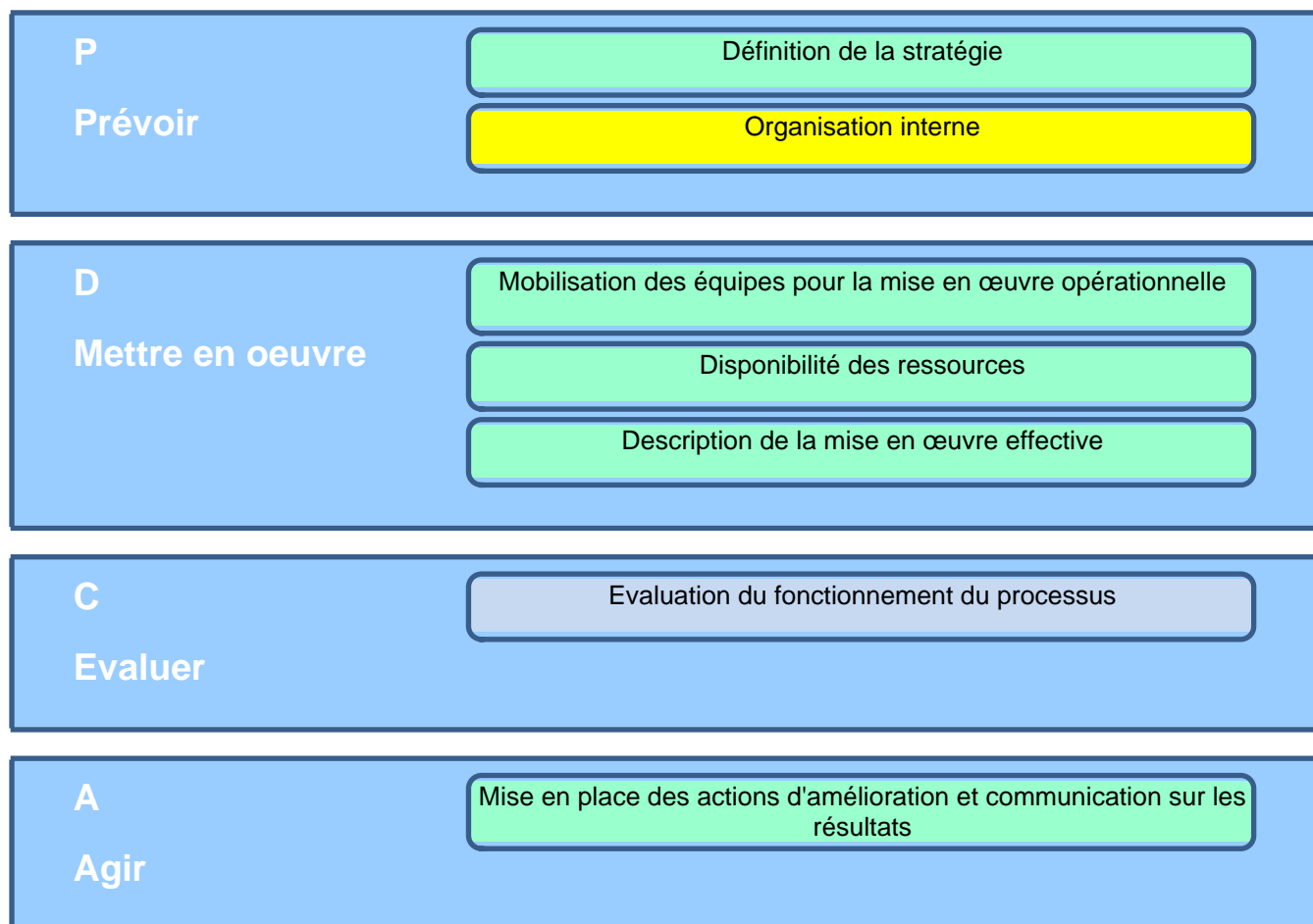
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 des portes de Camargue a défini une stratégie pour la thématique du parcours patient. Elle est intégrée dans de nombreux documents de référence : projet médical partagé de territoire, note d'orientations stratégiques, projet de soins 2016-2020. Cette stratégie prend en compte les besoins de la population définis dans le schéma de planification sanitaire et notifiés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Le projet médical partagé de territoire du pays d'Arles et la convention cadre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) des Bouches du Rhône prévoient d'intégrer les grandes orientations départementales du projet médical partagé ciblées notamment sur la thématique du parcours patient : structuration sur le territoire de filières identifiées et reconnaissance, dans un parcours de soins gradué et cohérent, de prises en charge des patients. En vue de la visite de certification, l'établissement a identifié ses principaux risques liés au parcours en s'appuyant sur les critères du manuel de certification rattachés à cette thématique. Il a également intégré, dans sa démarche, les données source issus des résultats de la certification HAS, les résultats des indicateurs IPAQSS, les EPP menées selon la méthode du patient traceur. Une démarche menée collectivement par service a permis d'identifier les risques propres à chaque étape du parcours du patient dans les trois typologies de prises en charge. Les risques ont été analysés, hiérarchisés et priorisés à partir d'échelles de cotations validées conduisant à la formalisation de quatre risques et de neuf actions d'amélioration inscrites dans le PAQSS et le compte qualité. Le PAQSS a été validé par le comité de pilotage qualité et les instances (CME, CSIRMT,).

ORGANISATION INTERNE

Le centre hospitalier des portes de Camargue est organisé autour de 3 activités cliniques relevant du champ sanitaire avec une activité de consultations avancées du centre hospitalier d'Arles et d'un pôle médico-social important. Il dispose d'un petit plateau médico-technique avec une pharmacie à usage intérieur dont l'activité de rétrocession est autorisée. Les lits de SSR sont répartis sur deux sites l'un situé sur Beaucaire et l'autre à Tarascon intégrant dix lits d' EVC. Les lits de médecine et d'USLD sont situés uniquement sur Tarascon. Le Centre hospitalier des portes de Camargue est en direction commune avec le centre hospitalier d'Arles. Il poursuit le développement de ses partenariats par conventions avec les partenaires des réseaux et les plateformes d'appui et de répit gériatrique visant à favoriser l'accès aux soins des patients selon une stratégie définie dans le projet médical de territoire. Les pilotes stratégiques et opérationnels sont identifiés. Le pilotage est assuré par la Cadre supérieur de santé également responsable qualité, ce double regard permet un pilotage opérationnel et une mise en œuvre du programme d'action d'amélioration dans les services de soins par les cadres de proximité. Les ressources nécessaires en effectifs et en compétences ont été identifiées en fonction des besoins des prises en soins : kinésithérapeutes, ergothérapeute, psychologue, assistante sociale, diététicienne Les praticiens hospitaliers, gériatres pour certains ont des DU en soins palliatifs et/ou douleur. La prise en soins en USLD est organisée par une équipe de professionnels formée en totalité à l'humanité et pour partie aux techniques snoezelen. Une infirmière est formée à l'éducation thérapeutique. Les besoins en formation initiale et continue pour cette thématique sont identifiés avec l'élaboration d'un plan de formation annuel intégrant la programmation régulière aux gestes et soins d'urgence. La formation des nouveaux professionnels est organisée par l'encadrement : intégration en doublure , un livret d'accueil spécifique remis systématiquement. L'établissement a identifié ses besoins et formalisé ses procédures et protocoles de soins qui sont connues et accessibles aux professionnels sur intranet et sous format papier dans les unités. Les modalités d'accueil du patient/résident dans les services d'hospitalisation sont formalisées et connues avec une visite médicale de préadmission systématique et un entretien des familles en USLD qui précède toute décision médicale d'admission. Cependant, l'organisation des plages d'ouverture du bureau des admissions ne permet pas d'assurer une continuité pour un accueil administratif sécurisé des patients notamment en matière d'identitovigilance. Le bureau est ouvert du lundi au vendredi. Lors des horaires de fermeture, le soir après 17 h et le week-end, il n'existe pas de procédure institutionnelle dégradée et/ou provisoire permettant la création d'un numéro d'identité patient, un numéro d'admission ainsi que l'impression d'étiquettes patient. Les professionnels, notamment du service de médecine, qui admettent en continue des patients, ne disposent pas toujours d'informations administratives fiables. Le recueil de données est rédigé à la main par le(s) soignant(s) et ne permet pas d'assurer une réelle fiabilité (identitovigilance) pour tout acte diagnostique ou thérapeutique. Un dispositif d'accueil permet d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence, la procédure est disponible et appliquée par les professionnels. Les règles de présence des professionnels ainsi que les gardes et astreintes médicales sont définies et validées par la Direction afin d'assurer une permanence des soins 24h/24. Le dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire repose sur le repérage médical lors de l'évaluation initiale. Il est tracé dans le dossier médical . Cependant, les modalités de la prise en charge effective des urgences vitales en situation réelle au sein de l'établissement ne sont pas formalisées. Les

modalités de suivi des chariots d'urgences sont définies. Il n'existe pas de procédure décrivant la conduite à tenir et le rôle de chacun des professionnels en cas de situation d'urgence vitale survenant dans une unité de soins sur les deux sites Tarascon et Beaucaire. Les professionnels rencontrés lors des visites ont permis d'objectiver une absence d'harmonisation dans les pratiques : adaptation au coup par coup selon la situation rencontrée, appel à un médecin sur place et/ou appel au 15... D'autre part, l'assurance d'une appropriation du matériel de réanimation disponible dans les services n'a pas fait l'objet d'une évaluation institutionnelle. Cette appropriation est variable selon les professionnels rencontrés. La prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est prise en compte dans le cadre d'une filière gériatrique structurée et constituée d'un service de médecine et de SSR gériatrique, d'une USLD, de deux EHPAD, d'une MAS. Les professionnels sont formés aux soins palliatifs et à la prise en charge de la douleur. Les pilotes de la thématique "parcours patient" ont identifié comme risque pour le patient, l'absence de programmes d'ETP au sein de l'établissement. Pour diminuer la criticité de ce risque, des actions d'amélioration ont été mises en place avec le recensement des principaux programmes d'ETP au sein du territoire (CH DARLES) et la communication de ces programmes aux patients en fonction de leurs besoins. Les interfaces entre les différents services et les secteurs d'activités de l'établissement soit existantes et opérationnelles en interne et avec l'extérieur : imagerie, laboratoire, consultations spécialisées, téléconsultation radiologique, structures et établissements ayant passés conventions avec le CHPC, dispositif MAIA, plateforme territorial d'appuie.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables d'encadrement sont impliqués dans la mise en œuvre des actions du PAQSS parcours patient. La direction des soins a formalisé des fiches actions et des grilles d'évaluation relatives au parcours patient dans son projet de soins 2016-2020 afin de pouvoir répondre aux objectifs du PAQSS. Les cadres de santé assurent la transmission et la communication des objectifs et des actions d'amélioration auprès des équipes notamment lors des temps de transmissions. L'intervention sur ces temps de la responsable qualité, cadre supérieure de santé, facilite une implication et une compréhension des professionnels et donne du sens aux objectifs d'amélioration recherchés dans la prise en soins. La vérification du respect de la conformité aux bonnes pratiques professionnelles attendues est assurée par les responsables d'encadrement. Les actions d'améliorations issues des CREX et des évaluations sont mises en place par les professionnels. Les résultats des indicateurs nationaux liés à a thématique parcours DTN , DEC , TRE sont communiqués aux équipes. Les résultats perfectibles au regard des cibles attendues ont donné lieu a des actions d'amélioration appliquée par les médecins et les infirmiers notamment sur le risque nutritionnel avec le concours de la diététicienne et sur la check list des documents et le courrier de sortie.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en ressources humaines sont définis dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire. Cet objectif est recherché avec la mise à disposition de compétences transversales dans les prises en soins avec la présence d'une diététicienne, d'ergothérapeute, de kinésithérapeutes, d'un psychologue. Des formations sur la thématique du parcours patient sont inscrites dans les plans de formations notamment sur les soins palliatifs, la douleur, l'AFGSU, l'humanité... Lors des visites de services, les procédures et autres documents relatifs à la thématique "parcours patient" sont disponibles et accessibles par les professionnels en poste dans chaque unité de soins. Le matériel d'urgence vitale est disponible avec une traçabilité effective de la vérification du chariot d'urgence dans les unités visitées. L'établissement s'est doté d'un équipement adapté aux besoins des patients accueillis : lèves-malades, dispositif de douche au lit du patient en USLD, matériel de positionnement ou orthèse de position individuel , lits pliants pour les accompagnements, salon de famille Les professionnels disposent du matériel lui permettant d'assurer des soins de relaxation snozelen.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels rencontrés mettent en œuvre collectivement l'organisation des parcours et la prise en charge des patients. La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et du recueil de l'ensemble de ses besoins. Elle est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge comme le confirme les 3 patients traceurs réalisés lors de la visite, et les résultats des IPAQSS 2016 en MCO et SSR sur le critère « Examen médical d'entrée renseigné » de l'indicateur "Tenue du dossier patient". La prise en charge repose sur des réunions pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires hebdomadaires au travers des staffs transversaux. Des réunions de synthèse réalisés au sein des services notamment en SSR permettent l'anticipation et la construction du plan d'aide à la sortie et/ou d'assurer une orientation adaptée. En USLD, elles facilitent la réalisation des projets d'accompagnement individualisés en mobilisant l'ensemble des acteurs de soins et de soins de support autour d'un projet médical cohérent avec une prise en soins respectant les souhaits et attente du résident. Cependant, le déploiement de l'éducation thérapeutique n'est pas organisée malgré la ressource en compétence d'une infirmière formée. Il n'existe pas d'évaluation des besoins éducatifs du patient

hospitalisé en médecine et en SSR .Le repérage des patients susceptibles de bénéficier d'éducation thérapeutique n'est pas réalisé ni l'incitation d'engagement dans un programme extra hospitalier. Aucune action d'éducation simple et ciblée comme l'apprentissage d'un geste, d'une technique de soins, d'une auto surveillance ou d'une auto évaluation de symptôme n'est engagée. Le document support d'information sur les programmes référencés n'est pas remis aux patients concernés. Le projet de soins personnalisé est formalisé dans les services de médecine et en SSR. Dans le service d'USLD, lors des patients traceurs, il est retrouvé dans les dossiers consultés la traçabilité de la réflexion bénéfico-risque dans le volet médical du projet d'accompagnement. Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient comme le confirme les 3 patients traceurs réalisés lors de la visite et les résultats IPAQSS 2016 de l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels ». La prise en charge des troubles nutritionnels est assurée par l'équipe en relation hebdomadaire avec la diététicienne. Des conseils alimentaires sont dispensés avant la sortie. La coordination pluri professionnelle des activités de soins de suite et de réadaptation dans le projet de prise en charge a été observée lors des visites avec une mobilisation des ressources en compétences notamment en matière de rééducation et d'ergothérapie : mobilisation des équipements et implication d'une kinésithérapie spécifique dédiée à la prise en charge des patients sur le secteur EVC.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

A l'échelle de l'établissement, les pilotes stratégiques et opérationnels assurent le suivi de la qualité et de l'efficacité des prises en soins sur le parcours du patient. L'évaluation du processus est réalisée sur la base des programmes d'EPP conduits au sein de l'établissement autour de la dysphagie asphyxiante, des troubles de la dénutrition, des chutes (en cours). Les professionnels ont participé à des patients traceurs, des CREX.... Les résultats des quicks audits dossiers et les grilles d'évaluation du parcours sont annexés au projet de soins, ils permettent de visualiser les pratiques et d'évaluer périodiquement le parcours patients en miroir dans la cartographie des risques sur cette thématique et dans le programme d'actions d'amélioration de la qualité et sécurité des soins. Le dispositif d'évaluation et de suivi s'appuie sur un suivi des indicateurs qualité nationaux et des indicateurs d'activité. Les actions d'amélioration sont définies à partir de ces évaluations et intégrées dans le PAQSS.

A / AGIR

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

Les plans d'actions d'amélioration sont établis en fonction des résultats des différentes évaluations. Par exemple, la sortie a fait l'objet d'actions d'amélioration ayant conduit en 2016 à une amélioration des résultats IPAQSS 2016 concernant l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Les résultats IPAQSS 2016 des indicateurs « Document de sortie » et "Qualité de la lettre de liaison à la sortie" font l'objet de nouvelles actions d'amélioration définies dans le PAQSS. Les résultats des indicateurs nationaux sont diffusés par voie d'affichage auprès des professionnels et communiqués lors de la tenue des instances. Il en est de même pour la communication des actions d'amélioration (CME, CSIRMT,). La CDU, nouvellement constituée, en tant qu'instance sera informée de ces résultats et des actions réalisées (rencontre avec les représentants des usagers).

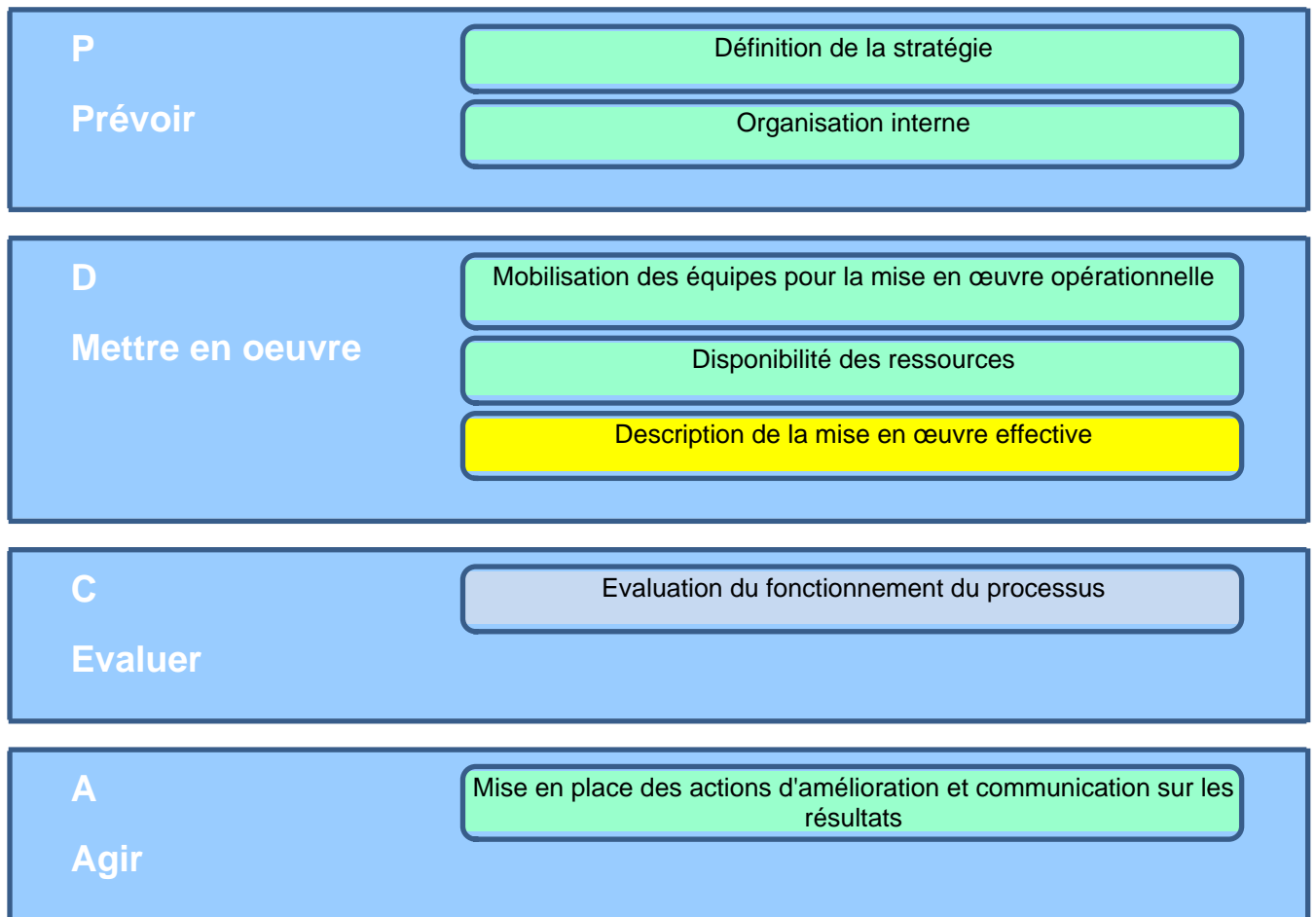
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a identifié ses besoins sur le processus dossier patient au regard de ses missions d'hôpital de proximité et des objectifs qui lui ont été définis dans le CPOM. Ces besoins ont été pris en compte dans le projet médical territorial partagé médecine-SSR qui fait référence à une restructuration du système d'information et à la mise en place d'un dossier patient informatisé. L'établissement s'est fixé quatre objectifs d'amélioration. Deux risques prioritaires sont identifiés. L'identification des risques a été établie à partir des résultats issus de la certification V2010 et de l'analyse des fiches d'évènements indésirables, des plaintes et réclamations et des résultats des audits réalisés. Les réflexions et propositions d'amélioration émanant du groupe de travail pluri professionnel ont été pris en compte. La hiérarchisation des risques et l'évaluation des niveaux de maîtrise des risques ont été réalisées selon la méthodologie HAS. Les risques identifiés et axes d'amélioration ont fait l'objet d'une validation institutionnelle et des instances concernées. Le programme d'amélioration institutionnel comporte les objectifs d'amélioration, les plans d'action, l'identification des responsables, les échéanciers et des indicateurs de suivi. L'ensemble est articulé avec le compte qualité et intégré dans la cartographie des risques du parcours patient.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes du processus sont un praticien hospitalier et la cadre supérieure de santé responsable qualité. Depuis 2016, elles conduisent le pilotage d'un groupe de travail institutionnel constitué de la directrice déléguée en charge des HPC, de représentants de la communauté médicale dont le médecin DIM, du pharmacien et de professionnels de soins des unités. Ce groupe a procédé à l'évaluation et à la hiérarchisation des risques ainsi qu'à l'élaboration d'un plan d'actions au regard des résultats des indicateurs IPAQSS 2014 et 2016. Afin de pouvoir répondre à ses besoins et ses objectifs, l'établissement assure un accompagnement par compagnonnage de ses professionnels, des nouveaux arrivants et des stagiaires notamment pour le dossier de soins informatisé et la prescription médicale informatisée. Le dossier patient est informatisé en partie. Il est composé d'un dossier administratif non interfacé avec le dossier de soins, d'un dossier médical papier, de dossiers spécifiques pour l'électroconvulsivothérapie et les consultations avancées et d'un dossier de soins paramédical informatisé. Une édition papier des saisies réalisées sur le logiciel PSI est effectuée par les professionnels soignants sur le logiciel pour le plan de soins infirmiers et la prescription médicale. Les modalités d'utilisation de ces fonctionnalités varient d'un service à un autre. Les professionnels disposent d'une gestion documentaire structurée avec des procédures et des formulaires qui leurs sont accessibles via le portail intranet et sous format papier dans les unités de soins. Un guide dossier patient, réactualisé en 2014, pose les règles de gestion du dossier patient (constitution, organisation et tenue du dossier, suivi jusqu'à l'archivage...) des Hôpitaux des Portes de Camargue. Il définit, entre autres, la responsabilité, le rôle et les obligations des différents acteurs impliqués dans la prise en soins du patient en terme notamment de confidentialité, de droits d'accès et d'information du patient. Les modalités d'archivage et de conservation y sont formalisées avec les champs de responsabilité des différents acteurs, les lieux et l'organisation des locaux de stockage. Les règles de constitution du dossier patient ainsi que différents imprimés, dont le recueil des informations afférentes à la volonté du patient, sont communs à tous les services et disponibles sur la GED. Les procédures d'archivage et imprimés de demande d'archivage sont formalisées et communes à tous les services, à l'exception des dossiers des consultations externes qui pour certains sont conservés dans le local de consultation et pour d'autres, suivent le médecin consultant. Les règles d'accessibilité et de communication du dossier médical sont définies. Une organisation est formalisée pour permettre au patient d'être informé et d'accéder à son dossier. Ces informations sont transcrites dans le livret d'accueil de l'établissement. Les modalités de communication, en temps utile, du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient sont prévues. Une fiche de liaison infirmière, l'ordonnance de sortie, le courrier de sortie et l'édition papier du SSI sont les outils de communication avec les correspondants externes. Une procédure de fonctionnement en mode dégradé est formalisée, en cas de dysfonctionnement du système d'information. Dans le cadre de son projet médical territorial partagé et du PAQSS en lien avec le système d'information, l'établissement prévoit la mise en place progressive d'un dossier patient informatisé, le renouvellement de son parc informatique et le changement de prestataire pour la couverture réseau et la maintenance informatique. L'établissement a organisé les interfaces entre les unités de soins et la PUI.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels sont mobilisés pour la mise en œuvre opérationnelle du dossier patient. Le groupe pluri professionnel du "dossier patient" qui assure le pilotage opérationnel participe à l'analyse des résultats et à la sensibilisation des professionnels. Des actions ont été menées auprès des professionnels paramédicaux avec les responsables d'encadrement autour de la traçabilité des informations dans le dossier de soins (transmission, évaluation de la douleur, recueil du poids, projet thérapeutique et accord du patient en SSR....). La communauté médicale a été sensibilisée et mobilisée sur la traçabilité de l'information du patient sur son état de santé, sur son accord, sur les documents de sortie... Les responsables d'encadrement s'assurent de la conformité des pratiques et organisent la formation et le tutorat des nouveaux professionnels paramédicaux. Ceux-ci participent aux audits, aux évaluations de pratiques "patients traceurs", aux CREX... Les résultats et plans d'actions sont présentés aux professionnels dans les unités notamment par les référents membres du groupe "dossier patient".

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences des professionnels sont pris en compte au niveau de la gestion des ressources humaines. Les professionnels sont formés par leurs pairs sur le dossier en interne. Le compagnonnage, sur le dossier de soins et la tenue du dossier patient est organisé au niveau institutionnel. Les ressources documentaires, procédures et documents, sont formalisés et diffusés sur la GED. Ces ressources sont accessibles sur tous les postes informatiques des unités et connues des professionnels. Les règles de tenue du dossier patient incluant les modalités de circulation et communication du dossier y sont décrites. Les plans de secours et procédures dégradées sont prévus. L'équipement informatique nécessaire pour le fonctionnement dans les unités est mis à disposition : postes informatiques fixes et mobiles (fixe dans l'unité de soins en SSR Beaucaire), documentation papier et formulaires... Les dysfonctionnements du système d'information sur le site de Beaucaire (lenteur de l'outil informatique et du logiciel) pour la saisie dans PSI ont été pris en compte dans le PAQSS et le projet médical territorial partagé. Les droits d'accès aux dossiers patients papier et au PSI sont définis en fonction du métier. Les locaux d'archivage, tant sur le site de Tarascon que sur celui de Beaucaire, ainsi que les moyens de transport et de distribution des dossiers répondent aux besoins. Une procédure d'accès aux locaux de secrétariats médicaux où sont archivés les dossiers de moins de 2 ans est formalisée en dehors des horaires d'ouverture du secrétariat. Les locaux de soins, les bureaux administratifs, les locaux d'archivage sont conformes et permettent la sécurisation des données du dossier patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque professionnel dispose d'un code d'accès personnalisé sécurisé. L'organisation de l'accès du patient à son dossier est réalisée. Le patient est informé sur ses droits d'accès à son dossier et droits de contestation et de rectification. Ceux-ci sont portés à sa connaissance dans le livret d'accueil. Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sont respectés. Le dossier administratif est initié dès l'étape de pré admission en SSR et USLD via les Plateformes régionales PACA et/ou Languedoc Roussillon pour Beaucaire et/ou à l'admission programmée ou non en Médecine selon l'indication médicale. Le recueil des informations est assuré par les professionnels au regard des vérifications d'usage. La saisie des coordonnées du patient respecte les recommandations de bonnes pratiques notamment en matière d'identitovigilance. Le dossier administratif est transmis sous format papier aux unités de soins avec le NIP, le numéro d'admission et les étiquettes du patient durant les plages horaires d'ouverture du bureau des admissions. Le recueil des informations et formulaires relatifs à la personne de confiance, la personne à prévenir et le consentement aux soins est effectué dès l'admission du patient puis notifié dans son dossier. Le dossier "papier" du patient est constitué du dossier médical, de l'édition papier des prescriptions médicamenteuses informatisées, du dossier de soins papier rangé dans chaque unité de soins dans une pochette collective à intercalaire, chaque intercalaire correspondant à un patient. Pendant le séjour, les dossiers papier sont conservés dans les salles de soins à l'accès sécurisé. Les investigations menées dans les unités ainsi que les trois patients traceurs durant la visite ont permis de constater que la traçabilité des principaux éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient est réalisée dans les différents supports et permet un suivi et une coordination dans la prise en charge du patient. Cependant, les modalités de communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge n'est qu'en partie effective. En effet, la visualisation de l'ensemble des données de la prise en soins à un instant T n'est pas garantie du fait d'une multiplicité des supports de saisie des activités de soins réalisées, de modalités de classement des informations afférentes au patient durant son séjour non harmonisées, d'une diversité des pratiques en matière de traçabilité des activités dans les éléments constitutifs du dossier. Pour exemple, certains professionnels tracent leurs activités uniquement dans le PSI tels le diététicien, l'ergothérapeutes etc. En SSR du site de Beaucaire, l'activité du kinésithérapeute est tracée dans un classeur disponible en salle de soins. Lors de la sortie du patient, les différentes composantes du dossier patient sont regroupées dans un dossier unique archivé et stocké entre 2 et 3 ans au secrétariat médical du service avant d'être transféré au local central des archives des HPC sur le site de Beaucaire.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation institutionnel du dossier patient est en place. Un premier audit sur la tenue du dossier patient a été réalisé en janvier 2015. L'établissement suit l'indicateur IPAQSS "tenue du dossier patient" en SSR et en médecine. Les résultats 2014 et 2016 ont conduit le groupe pilote à définir un plan d'action d'amélioration par secteur d'activité. Un quick audit effectué en mai 2017 sur 30 dossiers de Médecine et SSR a permis de mesurer l'impact des actions d'amélioration mises en œuvre en 2016. Des audits patient traceurs ont été réalisées en SSR et en USLD en 2016 et 2017. L'établissement suit ses indicateurs relatifs aux FEI, au nombre de demandes d'accès au dossier patient ainsi que les délais de transmission des dossiers. Suite aux résultats des IPAQSS et du « Quick audit » des actions d'amélioration ciblées par unité et par site ont été mises en œuvre notamment autour du délai de production des lettres de sortie, de la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier, traçabilité consentement aux soins...

A / AGIR

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

Le groupe pilote du dossier a travaillé autour de la procédure mode dégradé en cas de dysfonctionnement du système d'information.

Les plans d'action validés au niveau institutionnel et par les instances concernés font l'objet d'une communication auprès des personnel par les responsables d'encadrement. Ces actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS et articulées avec le compte qualité et la cartographie des risques du parcours patient.

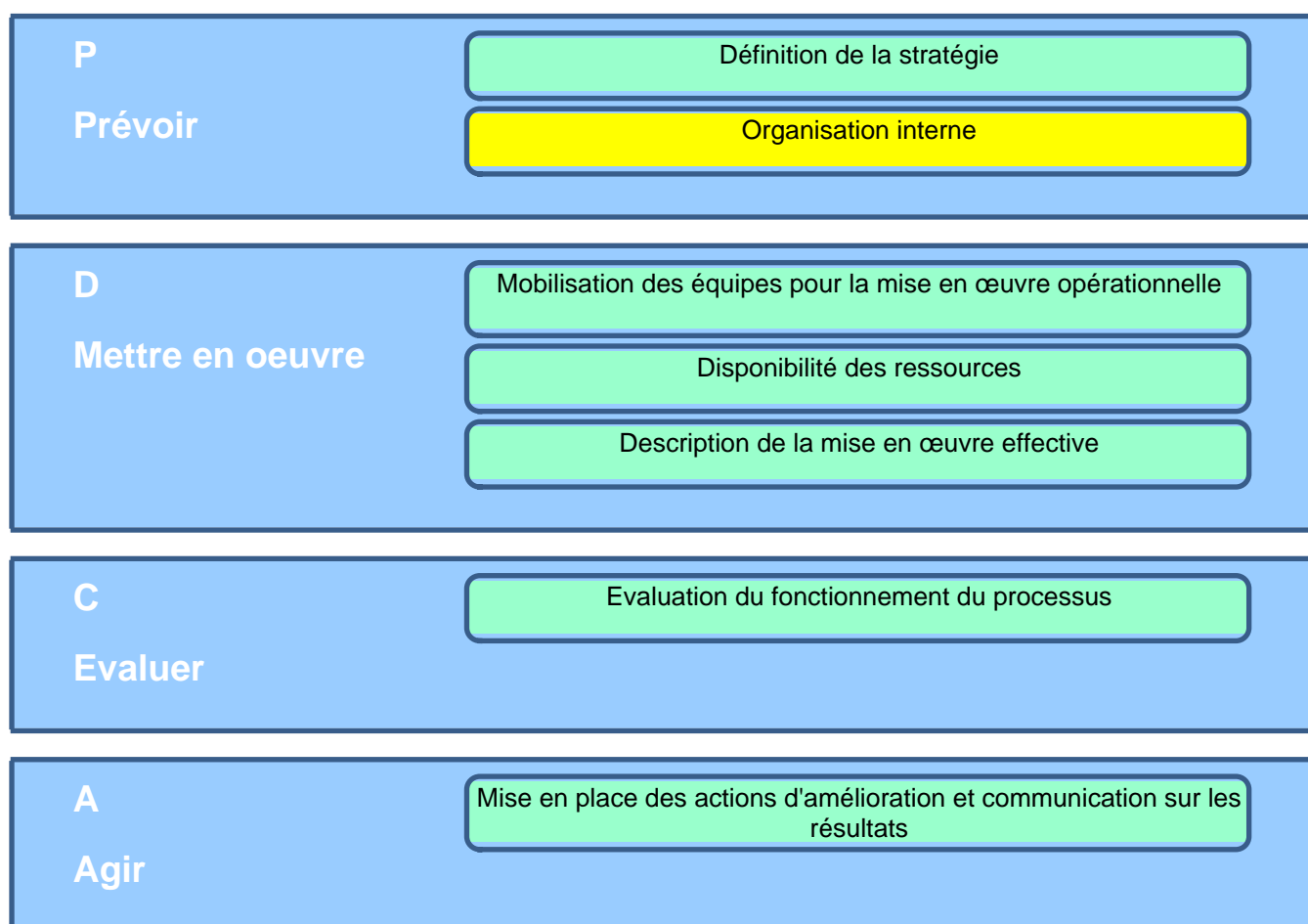
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

L'établissement a formalisé sa politique de la prise en charge médicamenteuse. Cette politique fait référence à neuf étapes du processus. Elle identifie sept objectifs stratégiques d'amélioration et précise le dispositif institutionnel en place ainsi que les modalités d'évaluation et de communication en interne. Cependant, la politique de prise en charge médicamenteuse ne répond que partiellement aux exigences réglementaires de l'arrêté du 6 avril 2011. La stratégie de déploiement de cette politique n'est pas intégrée dans la politique qualité et sécurité des soins et gestion des risques. Lors de la visite, il a été transmis un document non validé par les instances relatif à la réactualisation de cette politique. Document dont les objectifs identifiés prennent en compte, les obligations réglementaires de l'arrêté concernant : la politique de gestion des risques à priori pour les personnes âgées et adultes polyhandicapés avec réduction de la iatrogénie évitable, l'amélioration des pratiques de prescription et la surveillance des médicaments à risques dont la liste est déjà préétablie, le développement de la conciliation médicamenteuse et de la culture de signalement en place....). L'établissement a analysé ses besoins au regard de ses missions, de son projet médical de territoire 2016/2019, de son activité de soins de proximité, du profil des patients accueillis. Cette analyse des besoins et d'identification des risques s'est appuyée sur les résultats des audits en intégrant les actions correctives mises en oeuvre suite à la visite de certification V2010. Les populations à risques identifiées sont le sujet âgé et l'adulte polyhandicapé. L'établissement a établi la liste de ses médicaments à risques tels que les insulines, les anticoagulants, les neuroleptiques et benzodiazépine et les stupéfiants. Les étapes et activités à risques potentiels du circuit du médicament sont ciblées, entre autres, sur la gestion du traitement personnel, la conciliation médicamenteuse, la méconnaissance du matériel et la sécurisation de l'administration du médicament ... Les risques liés aux médicaments sont intégrés dans la cartographie des risques du parcours patient SSR/Médecine/USLD qui a été réalisée avec les professionnels. L'établissement s'appuie sur la méthodologie de maîtrise du risque de l'HAS pour établir ses niveaux de maîtrise. Les risques liés à la prise en charge médicamenteuse ont été présentés en COMEDIMS et validés par les instances. Ils sont intégrés au programme d'action qualité sécurité des soins institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus de prise en charge du circuit du médicament. Le nouveau médecin responsable du management de la qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse ainsi que les deux pharmaciennes en assurent le pilotage institutionnel et opérationnel en lien avec la CME, le COMEDIMS et le COVIRIS, la direction qualité et le groupe pluriprofessionnel "prise en charge du médicament". Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des deux pharmaciennes et des professionnels référents pharmacie, de chaque unité, membres du groupe de travail. L'identification des besoins en ressources humaines intègre les évolutions liées au projet médical de territoire qui prévoit la mise en place d'une seule PUI centrale sur le site de Tarascon. Les besoins en compétences pharmaceutiques et médicales sont pris en compte. Les deux pharmaciennes assurent également la pharmacovigilance et la matériovigilance. Cependant, la procédure institutionnelle de gestion des alertes en pharmacovigilance et matériovigilance n'est pas finalisée. Cette procédure avec le logigramme ne comporte pas les modalités organisationnelles mises en place pour assurer la continuité dans la gestion des alertes le week-end, les jours fériés et en l'absence des pharmaciennes. Lors de la visite, il a été constaté qu'une alerte descendante de l'ANSM, en date du vendredi 2 juin 2017 au soir, a été traitée le mardi 6 juin 2017 au matin suite au lundi férié de Pentecôte. Des référents sur le médicament sont identifiés sur chaque unité et participent au groupe de travail sur le processus du circuit du médicament. Les plans de formation intègrent la formation des professionnels impliqués dans la mise en oeuvre du circuit du médicament et sur le risque d'erreurs médicamenteuses. La prescription médicale est informatisée sur les deux sites concernés. Les modalités de traçabilité informatique de l'administration des médicaments sont harmonisées sur le site de Tarascon. Les besoins en ressources matérielles sont définis et prennent en compte les évolutions de pratique en lien avec le projet médical de territoire. L'organisation de la coordination et de la continuité de la prise en charge médicamenteuse est en place avec la PUI unique et prend en compte les besoins exprimés par les médecins prescripteurs et les infirmiers des unités. Cependant, la liste des médecins habilités à prescrire, en date du 5 août 2015, n'a pas fait l'objet d'une réactualisation. Les pharmaciennes ne disposent pas d'une liste actualisée avec un dépôt des signatures réactualisé. Lors de la visite, le secrétariat de la direction des ressources humaines, a transmis une liste réactualisée des médecins habilités à prescrire datée du 8 juin 2017. Les règles de prescription ne sont pas formalisées. Les règles de prescription ne sont pas intégrées dans la base documentaires et n'ont pas fait l'objet d'une démarche de validation par l'ensemble des prescripteurs. Les ressources documentaires prennent en compte les besoins des utilisateurs et répondent, en partie, aux exigences réglementaires relatives aux différentes étapes du circuit du médicament. Les procédures et protocoles sont validés en COMEDIMS et présentés en CME. La gestion documentaire institutionnelle relative au circuit du médicament est formalisée et

accessible aux professionnels sur intranet et sous format papier dans un classeur sur chaque unité de soins. La gestion des interfaces et des circuits est organisée progressivement avec la PUI unique. Elle est facilitée par la désignation de préparateurs en pharmacie référents sur chaque unité de soins. La concertation entre les professionnels médicaux, paramédicaux des unités de soins avec la pharmacie et entre les secteurs d'activité est organisée notamment sur Tarascon. L'organisation logistique relative aux modalités de coordination et de continuité pharmaceutique sont pas formalisées au niveau institutionnel. Suite au déploiement progressif de la PUI unique depuis février 2017, l'organisation logistique relative aux modalités de coordination et de continuité pharmaceutique mises en place entre l'unité de SSR Beaucaire et la PUI sur Tarascon ne sont pas formalisées au niveau institutionnel. Les professionnels de l'unité ainsi que la pharmacienne et la préparatrice référentes de la PUI Beaucaire ont été informés par l'établissement des nouvelles modalités de fonctionnement concernant l'accès au dossier de préadmission et au traitement personnel des patients de l'unité par la PUI de Tarascon, l'accès à la prescription médicale avec l'analyse et la dispensation pharmaceutique, l'organisation du transport des médicaments hors dotation.... La démarche d'appropriation de cette nouvelle organisation n'a pas été évaluée auprès des professionnels concernés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'action opérationnels du programme qualité sécurité du circuit du médicament sont formalisés au niveau institutionnel et déclinés de manière transversale et/ou en fonction des spécificités propres à chaque unité de soins. Les professionnels en sont tenus informés par les responsables d'encadrement, les préparateurs référents des unités et par les référents infirmiers "pharmacie" qui ont pour mission de faire circuler les informations et de sensibiliser aussi au respect des bonnes pratiques professionnelles. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Les professionnels ont connaissance des risques identifiés et participent au signalement des événements indésirables et aux CREX réalisés sur le médicament. Les résultats obtenus font l'objet d'une communication en interne et au niveau institutionnel (intranet, affichage et journal interne "lis espitau di porto de camargo". Des actions correctives sont identifiées et mises en oeuvre par les professionnels en cas de besoin au sein de chaque unité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines nécessaires pour la mise en oeuvre du circuit sécurisé du médicament au niveau de la PUI sont pris en compte. La nouvelle organisation de la PUI unique repose sur 1,7 temps pharmaciens et 6,1 temps de préparateurs. Les modalités de remplacement ainsi que le planning mensuel de présence sont organisés. Onze professionnels ont été formés aux erreurs médicamenteuses en 2016 sur Tarascon. Les infirmiers du SSR Beaucaire ont été formés sur la méthode d'analyse des erreurs médicamenteuses entre 2015 et 2016. Les professionnels de la PUI ont bénéficié de formations sur la maîtrise et la sécurisation du circuit du médicament, sur les médicaments, sur les patients et situations à risques identifiés dans la cartographie des risques. Dans les unités des formations ont été ciblées sur l'EPP et les CREX... Les référents pharmacie des unités bénéficient également de formation in situ. Les pharmaciennes et les préparateurs assurent un accompagnement auprès de chaque professionnel des unités et auprès des nouveaux professionnels et des stagiaires. Les ressources en matériel sont pris en compte par l'établissement : projet de restructuration de la nouvelle PUI unique sur Tarascon avec le renouvellement des équipements vétustes. Les activités de stérilisation et les préparations magistrales sont soustraitées. La PUI assure une activité de rétrocession 4 demies journées semaines. Les plages horaires d'ouverture de la PUI sont définies. Il n'existe pas d'astreinte pharmaceutique, les modalités pour assurer la continuité pharmaceutique sont formalisées dans une procédure. L'accès aux armoires à pharmacie, aux stupéfiants et aux chariots de distribution de médicaments est contrôlé dans chaque unité de soins. Les armoires et chariots sont sécurisés. Les dotations sont définies et réajustées avec les médecins et les professionnels en fonction des besoins. Chaque unité de soins est dotée d'un chariot de distribution de médicaments à dispensation nominative hebdomadaire. Les professionnels disposent d'un poste informatique mobile sur chaque unité à Tarascon et fixe en SSR sur Beaucaire. Les équipements et caisses de transports sont conformes aux exigences réglementaires. La gestion documentaire est organisée, les procédures, protocoles et guides de bonnes pratiques sont accessibles aux professionnels des unités de soins et en PUI. La base documentaire comporte également les documents relatifs aux différentes étapes du circuit du médicaments : livret thérapeutique, livret sur le bon usage antibiotique, fiches pour commande, liste de la dotation, liste des médicaments à risques, feuille de prescription médicamenteuse en cas de procédure dégradée....

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les médecins assurent la prescription médicale en intégrant les traitements personnels des patients. Dans les unités de SSR et en USLD, les pré-admissions favorisent la connaissance, en amont, des traitements personnels pour les médecins prescripteurs et la PUI. La gestion des traitements personnels est organisée avec la PUI et l'information est portée à la connaissance des usagers dans le Livret d'accueil.

Les prescriptions informatisées en DCI et/ou sous format papier sont réalisées suite à un examen clinique initial systématique en SSR et partiellement en MCO. Le week-end, en l'absence d'ouverture du bureau des entrées, la prescription est effectuée en mode dégradé en médecine. Une procédure dégradée papier est disponible en cas de dysfonctionnement informatique. Toutefois, les prescriptions ne respectent pas toujours les bonnes pratiques. En effet, les professionnels de l'unité du SSR sur Beaucaire, effectuent une retranscription de la prescription médicale sur le plan de soins infirmiers pour les traitements injectables prescrits. L'analyse avec la validation pharmaceutique des prescriptions sont effectuées systématiquement par le pharmacien. L'émission des avis pharmaceutiques est tracée dans le logiciel et accessible aux médecins et infirmiers. Les deux pharmaciennes s'appuient, en grande partie, sur les données biologiques et physiques car certains résultats peuvent être portés à leur connaissance plus tardivement. La dispensation est informatisée et organisée en fonction de modalités d'approvisionnement et de dotations établies contractuellement avec les médecins de chaque unité selon un dispositif plein vide. La dispensation est nominative et hebdomadaire en SSR, MCO, USLD et tous les 15 jours dans l'unité d'EVC. Les modifications de traitement sont pris en compte journalièrement durant les heures d'ouverture de la PUI. Les professionnels disposent d'une dotation d'urgence dans chaque service avec stock plus conséquent en médecine. Les modalités de dotation, de prescription et d'approvisionnement des stupéfiants sont formalisées. L'administration des médicaments et la traçabilité de cette administration, en temps réel, sont réalisées dans toutes les unités de soins. Les motifs de la non administration sont tracés et motivés dans le logiciel sur Tarascon et dans les plans de soins des deux sites. Cependant, la traçabilité de l'administration ne permet pas toujours la sécurisation de la prise en charge. En effet, la traçabilité de l'administration en temps réel des médicaments en SSR sur Beaucaire n'est pas réalisée sur un support unique. La fiche utilisée au quotidien pour la traçabilité de l'administration des médicaments est la fiche institutionnelle de signature issue de la "procédure dégradée". Elle ne permet pas d'identifier les médicaments administrés en visualisant la prescription médicale et ne comporte que les signatures des infirmières. Une organisation est définie pour assurer avec les préparateurs en pharmacie le suivi des stocks et la distribution des médicaments.

Les professionnels assurent l'information des patients et/ou des familles sur les traitements et le bon usage des médicaments. Des livrets de suivi thérapeutique sont en place pour les patients sous insulinothérapie et sous traitement d'anticoagulants. La préparation de la sortie est anticipée avec la rédaction d'une ordonnance de sortie. En USLD, l'organisation en place, permet d'assurer la continuité en cas de permission d'un résident. En cas de transfert, la première prise médicamenteuse est transmise systématiquement au service qui accueille le patient avec une fiche de liaison infirmière par toutes les unités de soins. Les circuits sont respectés et les interfaces entre les unités et la PUI sont opérationnelles. La traçabilité des actions et des activités est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La planification des évaluations est intégrée dans la démarche institutionnelle. Les évaluations sont réalisées par la PUI, les pilotes du processus, les professionnels référents de la pharmacie, les cadres responsables des unités et la RAQ. Ces évaluations sont effectuées sur la base d'outils identifiés. L'établissement dispose d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs qui lui permettent d'évaluer son processus. Le recueil des indicateurs obligatoires IPAQSS "tenue du dossier patient" est formalisé en MCO et SSR. La PUI assure le suivi annuel de certains indicateurs d'activités et de consommation. Des audits sont réalisés par la PUI. Des tableaux de bord de suivi sont mis en place et permettent d'assurer le suivi des résultats du processus.

A / AGIR

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

L'analyse et le suivi des résultats des différents indicateurs amènent à la mise en place d'actions d'amélioration au niveau institutionnel, en PUI et dans les unités de soins. Ces actions sont concertées avec les différents professionnels concernés et impliqués dans le pilotage du processus en lien avec la communauté médicale. Elles sont intégrées dans le programme d'actions institutionnel et articulées avec le compte qualité. Elles font l'objet d'une démarche de communication en interne et au sein de la direction qualité du centre hospitalier d'Arles. Des supports et modalités de diffusion sont établis en interne : informations relayées par les préparateurs en pharmacie et référents pharmacie référents dans chaque unité, communication dans le journal interne de l'établissement... Ces actions sont accessibles aux professionnels dans la base documentaire qualité intranet.

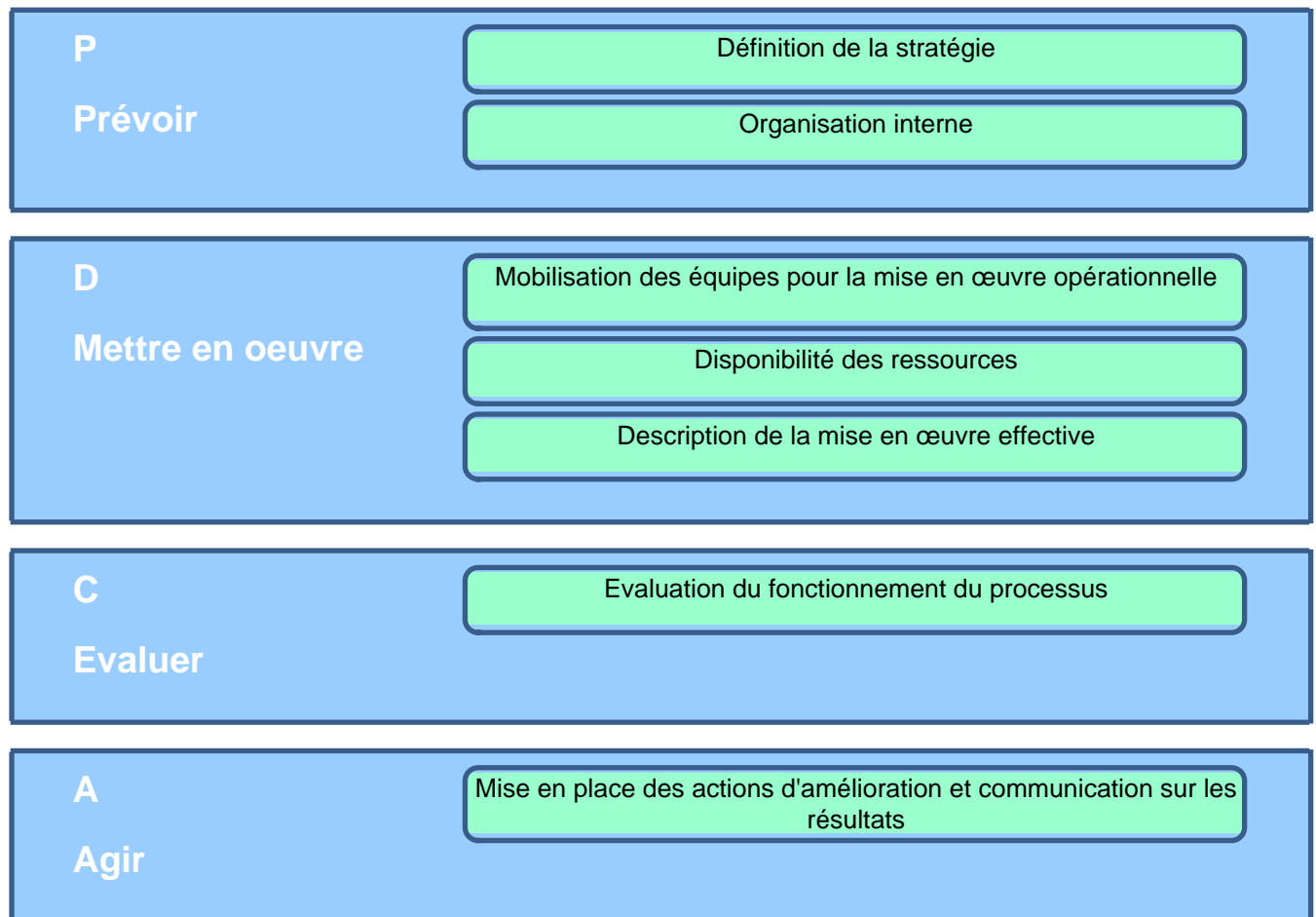
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

Les objectifs du processus de prise en charge du patient en nasofibroscopie sont à mettre en lien avec le projet médical territorial partagé Médecine -SSR 2016 / 2019. Cette activité s'inscrit dans une stratégie médicale partagée et adaptée aux besoins du territoire dont un des objectifs est de développer des consultations avancées sur le site de Tarascon. A cet effet, la réalisation de nasofibroscopie s'effectue dans le cadre d'une consultation avancée ORL mise en place, deux jours/semaines, avec le centre hospitalier d'Arles. Les objectifs ont été élaborés sur la base d'une reconfiguration de l'offre de soins spécialisés dans un contexte de déficit de prise en charge en charge de proximité. L'analyse des risques et des besoins est à replacer dans ce contexte. Les décisions de la V2010 ont amené l'établissement à suspendre toute autre activité d'endoscopie. L'analyse des risques et des besoins, identifiés avec les professionnels et le CLIN, intègre les recommandations de la V2010, les événements indésirables associés aux soins, les exigences réglementaires applicables ainsi que les risques identifiés à partir des recommandations des sociétés savantes. Quatre risques prioritaires sont identifiés par les professionnels et ciblés sur la rupture de la gaine de protection du nasofibroscope, sur la traçabilité de la prévention de la maladie de Creutzfeld Jakob avant chaque acte, sur les modalités d'acheminement du dispositif souillé vers la stérilisation du CH d'Arles et sur le circuit de stérilisation de l'endoscope rigide. L'établissement s'est appuyé sur la méthodologie HAS pour analyser, prioriser les risques et identifier ses niveaux de maîtrise des risques à priori. Ces risques prioritaires sont validés par les instances et déclinés dans le programme d'action qualité sécurité des soins de l'établissement. Les deux pilotes institutionnel et opérationnel en assurent la mise en œuvre selon un calendrier préétabli dont les actions d'amélioration et résultats d'indicateurs attendus sont formalisés au niveau institutionnel et avec la stérilisation du centre hospitalier d'Arles. L'ensemble des risques prioritaires est intégré au Compte Qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le praticien responsable hygiène du CHU de Nîmes, président du CLIN, et l'infirmière de la consultation avancée ORL assurent le pilotage du processus en concertation avec le comité qualité, la CME, le CLIN et le service de stérilisation du centre hospitalier d'Arles. Les rôles et responsabilités des professionnels sont identifiés et formalisés conformément au système qualité du Centre hospitalier d'Arles. La réponse aux besoins en ressources humaines est organisée en interne et avec le praticien hospitalier. L'activité de nasofibroscopie, non programmée, est réalisée dans le cadre de la consultation avancée ORL planifiée deux jours/semaines soit une moyenne de cinq nasofibroscopies semaine. Les besoins en formation de l'infirmière sont pris en compte. L'infirmière fait l'objet d'une suivi spécifique par la médecine du travail. Les locaux dédiés à la consultation ORL et à l'activité de nasofibroscopie sont spécifiques. Les besoins en ressources matérielles sont pris en compte au niveau institutionnel et les équipements sont adaptés en concertation avec la stérilisation du centre hospitalier d'Arles. Suite aux recommandations issues de la V2010, l'organisation de l'activité a été repensée afin de supprimer tous les risques liés au prétraitement et à la décontamination de l'endoscope avec l'acide per-acétique : les locaux ne permettant pas de garantir une ventilation adéquate ainsi que le traitement des effluents. Au regard des risques identifiés relatifs à une non maîtrise du risque infectieux avec une possibilité de rupture de la gaine de protection, l'établissement avec la professionnelle concernée s'est attaché à sécuriser son dispositif. Les procédures et protocoles ont été revues conformément aux bonnes pratiques professionnelles, validées avec le CLIN et la stérilisation du centre hospitalier d'Arles. La gestion documentaire est accessible sur intranet et dans le classeur papier du CLIN. La gestion des interfaces est organisée en interne entre le bureau des admissions, le praticien ORL, l'infirmière de consultation et la secrétaire médicale de la consultation. Il en est de même avec la PUI de Tarascon, le service logistique pour le transport vers la stérilisation du centre hospitalier d'Arles.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'action opérationnels propres à l'activité de nasofibroscopie sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle par l'infirmière de consultation ORL en coordination avec le CLIN et le centre hospitalier d'Arles. Elle est très sensibilisée aux risques identifiés et participe à l'élaboration des protocoles et procédures qui lui permettent de répondre aux bonnes pratiques et de sécuriser l'activité. Elle assure la mise en œuvre et le suivi des actions d'amélioration et participe à l'évaluation de ces actions. Suite aux résultats obtenus après une campagne de prélèvements "avant et après désinfection du nasofibroscope souple", des actions d'amélioration ont été mises en place par le CLIN et l'infirmière qui ont souhaité mettre une "barrière supplémentaire".

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences des professionnels sont adaptés à l'activité. Les règles de présence de l'infirmière sont définies et planifiées au regard de la présence deux jours semaines du médecin intervenant en consultation. L'enregistrement des consultants et la cotation des actes sont réalisés au bureau des admissions. Une secrétaire médicale à 50% assure la gestion des courriers et des dossiers des consultations avancées. L'infirmière a été formée aux soins d'urgence niveau II. En tant que référent hygiène, elle a suivi une formation hygiène et bénéficié également d'une formation sur la maîtrise du risque infectieux en endoscopie. Les espaces sont aménagés et les locaux sont dotés d'un équipement adapté qui permet de répondre aux besoins de l'activité. La liste des dotations médicaments et DM est établie. Les commandes des dispositifs médicaux est effectuée tous les 15 jours. Deux nasofibrosopes, l'un souple et l'autre rigide, sont mis à disposition. Les dossiers des patients relevant de la file active sont sous format papier et archivés dans l'espace "bureau médical et infirmier". Les protocoles institutionnels notamment pour l'hygiène sont accessibles sous format papier et sur intranet. Sont également affichés, entre autres, les protocoles relatifs : au nettoyage et l'utilisation du nasofibroscope, à la désinfection du nasofibroscope en cas de rupture de gaine, à la désinfection des endoscopes en cas de patient suspect ou atteint d'ATNC, les précautions standard et la conduite à tenir en cas d'AES. Une fiche de suivi individualisée permet d'assurer le Check List du suivi des opérations par patient et par acte réalisé .

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels impliqués dans l'activité de consultation ORL et de nasofibroscopie connaissent l'organisation en place et l'infirmière met en œuvre les protocoles et procédures établis avec elle pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Le planning hebdomadaire est formalisé et porté à la connaissance des professionnels concernés. L'enregistrement des consultants est effectué au bureau des entrées sur présentation de leur carte d'identité, de la carte sécurité sociale et de leur mutuelle. Le dossier patient est créé lors de la consultation à partir d'une évaluation du risque. Le médecin ORL formalise systématiquement un courrier d'information clinique auprès du médecin adresseur et/ou médecin référent du patient ainsi que les résultats des prélèvements. Les résultats des prélèvements sont également transmis au patient par courrier. En cas d'urgence, la transmission est réalisée directement par téléphone. L'acte est réalisé sous anesthésie locale avec un contrôle systématique du nasofibroscope, de son étanchéité et de la conformité de la gaine de protection. Les circuits sont définis et respectés. La gestion des prélèvements est organisée : bactériologie par chauffeur sur le CH d'Arles, l'anatomopathologie sur un laboratoire privé. Les modalités d'acheminement du matériel et du fibroscope rigide vers la stérilisation du CH d'Arles sont définies en concertation avec le CLIN. Les interfaces avec la PUI sont organisés. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée tout au long de l'acte et classée dans le dossier du patient avec le numéro de lot de la gaine.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation de l'activité de nasofibroscopie ainsi que le suivi de la mise en œuvre des bonnes pratiques définies par le CLIN et le service de stérilisation du CH d'Arles. A ce jour, aucune FEI en interne a été déclarée. Le CH d'Arles responsable de l'acheminement du matériel en stérilisation réalise le suivi des FEI éventuelles et en informe l'infirmière et le praticien de la consultation.

Une évaluation sur la manipulation du nasofibroscope a été réalisée en interne (selon un grille établie par le CH de Tourcoing). L'établissement dispose des indicateurs issus d'un audit annuel "client-fournisseur" réalisé avec le CH d'Arles : le CH d'Arles vient auditer le circuit pré-stérilisation sur Tarascon et la présidente du CLIN audite le reste du circuit sur la stérilisation d'Arles. Les résultats de ces indicateurs font l'objet d'un suivi institutionnel et sont présentés en CLIN.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre notamment pour la maîtrise du risque infectieux : procédure de désinfection du nasofibroscope souple, organisation du suivi des prélèvements et résultats avec réajustement de pratiques.. Ces actions sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnels et dans le bilan d'activité du CLIN. Les supports et les modalités de diffusion sont établis et mis à disposition des professionnels concernés. La communication des résultats et des actions est réalisée, en interne comme en externe notamment avec le Centre hospitalier d'Arles.