



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DE
BAGNERES DE BIGORRE**

15 rue gambetta
Bp 149
65201 Bagnères De Bigorre
JUILLET 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	21
PARCOURS DU PATIENT	27
DOSSIER PATIENT	33
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	37
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	42

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE BAGNERES DE BIGORRE	
Adresse	15 rue gambetta 65201 Bagneres De Bigorre
Département / région	HAUTES-PYRENEES / MIDI-PYRENEES/LANGUEDOC-ROUSSILLON
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	650780166	CENTRE HOSPITALIER DE BAGNERES DE BIGORRE	15 rue gambetta 65201 Bagneres-De-Bigorre
Etablissement de santé	650786668	CENTRE HOSPITALIER DE BAGNERES DE BIGORRE-SLD	15 rue gambetta Bp 149 65200 Bagneres-De-Bigorre
Etablissement de santé	650786759	CENTRE DE PLANIFICATION FAMILIAL	Chg bagneres 15 rue gambetta 65200 BAGNERES DE BIGORRE
Etablissement de santé	650000052	CENTRE HOSPITALIER DE BAGNERES DE BIGORRE	15 rue gambetta Bp 149 65201 Bagneres De Bigorre

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Médecine	25	2
SLD	SLD	36	/
SSR	SSR	165	40

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	Oui
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Septembre 2015 : Hospitalisation de jour de court séjour Juin 2015 : Unité d'Hébergement Renforcé (UHR)

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 (A).

2. Avis prononcés sur les thématiques

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine	/patho aigue			MCO
2	Adulte	SSR HC	/ssr ortho			SSR
3	Adulte	SSR HDJ	/ssr neuro			SSR
4	Personne âgée	SLD	/patho chronique ou soins palliatifs			SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

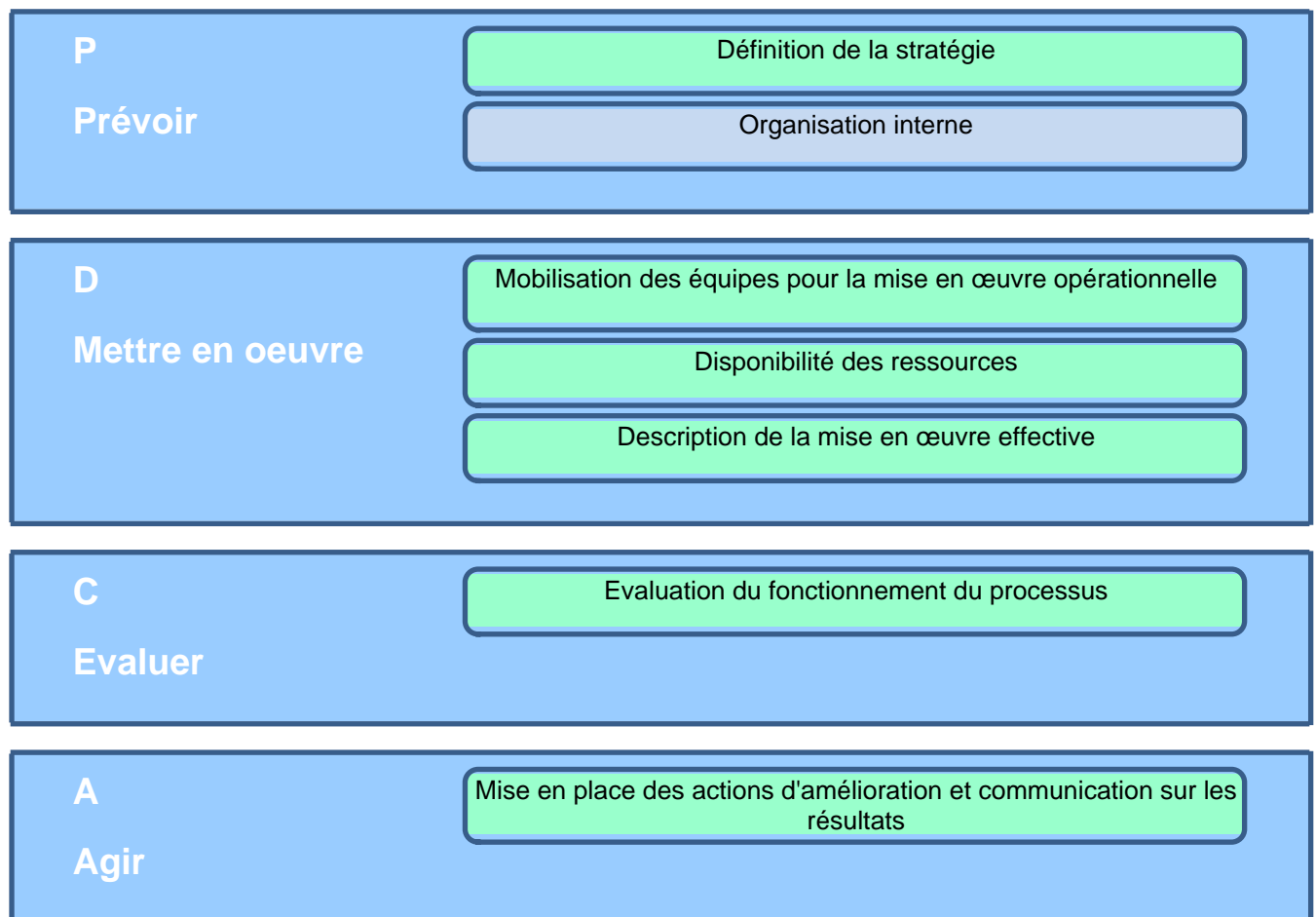
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins est inscrite dans les orientations stratégiques 2017-2022 et portée par le management.

Elle est signée par le Directeur de l'établissement et le président de CME dans sa version 3 de décembre 2016.

Cette politique est basée sur l'identification des missions et besoins, ainsi que l'analyse des risques de l'Etablissement ; elle intègre la stratégie d'Evaluation des Pratiques Professionnelles, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise.

L'analyse des risques prend en compte les risques a priori dont les risques professionnels, les événements indésirables analysés, les audits effectués. Une enquête d'appropriation de la culture qualité durant la semaine sécurité a également été intégrée, ainsi que le suivi de décision V2010 de la recommandation sur la gestion des événements indésirables.

Les risques sont hiérarchisés dans le Compte Qualité, selon la méthodologie proposée par la HAS ; les risques prioritaires sont identifiés dans le PAQSS et intégrés au Compte Qualité.

Le programme annuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, PAQSS, prend en compte l'ensemble des éléments attendus, validé et connu.

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a une déclinaison opérationnelle structurée. Il rassemble les plans d'actions à mettre en œuvre annuellement en fonction des risques prioritaires identifiés par processus.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation formalisée pour piloter le processus est en place. Les différentes composantes du système qualité et gestion des risques sont coordonnées.

L'organe de pilotage institutionnel qui assure la cohérence entre les objectifs fixés et les actions menées est le Copil Qualité et Gestion Des Risques (QGDR), en place depuis novembre 2015. Il est composé du Directeur Qualité, du Président de la CME du Coordonnateur Des Risques liés aux soins, de la qualitiennne, de la gestionnaire des Risques.

Cet organe assure le déploiement et le suivi de la politique Qualité / Gestion Des Risques ; il coordonne le PAQSS. Une charte de fonctionnement est formalisée. Une fiche mission est formalisée pour les membres.

L'organe de pilotage opérationnel qui met en œuvre le PAQSS est le service Qualité /Gestion des Risques ; il met à jour le PAQSS avant chaque Copil QGDR.

Le service QGDR est composé de deux personnes : la gestionnaire des risques à temps plein, et la qualitiennne affectée à une mission à 50 % sur la qualité et 50 % sur les risques professionnels. Ces deux personnes participent régulièrement aux réunions d'encadrement soignants et aux réunions des cadres logistique permettant de communiquer sur les avancées des plans d'actions du PAQSS.

Les pilotes de processus ont été nommés. Une fiche mission Pilote de processus signée par tous les pilotes a été validée en octobre 2016. Dans un objectif d'uniformisation, les pilotes sont accompagnés dans la démarche par le Service Qualité/ Gestion des risques.

Le service Qualité / Gestion des risques est composé de deux personnes qui se coordonnent pour animer les groupes de travail et participer aux différentes sous commissions.

La qualitiennne et la gestionnaire des risques participent aux réunions de service et font de l'information dans les services directement aux équipes. Cette stratégie concourt à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste pour le directeur qualité, le gestionnaire des risques à temps plein, le qualitiennne à 50 % sur cette mission, à 50 % sur les risques professionnels sur trois établissements, le coordonnateur des risques associés aux soins à 40 %, le responsable du management de la prise en charge médicamenteuse à 40 % ; la qualitiennne et la gestionnaire des risques ont un profil de poste formalisé identique.

L'ensemble de l'établissement s'est mobilisé dans l'élaboration du compte qualité à la fois par les sous commissions CME et par des groupes de travail.

La démarche d'évaluation des risques a priori est appropriée et opérationnelle, grâce à une formation faite par le service qualité à l'ensemble des groupes de travail, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement.

Le dispositif de gestion des événements indésirables (CASFEI) est organisé ; il permet une analyse des causes notamment profondes, selon une méthodologie adaptée (Alarm ou Ishikawa).

Des CREX, des RMM ou des Remed sont organisés.

Les dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques sont coordonnés pour les risques liés aux soins, les risques professionnels, ou les risques techniques.

Les représentants des usagers ont participé à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité / sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRUQPC.

Un point qualité est à l'ordre du jour de chaque CRUQPC et de chaque CME.

La gestion des plaintes et réclamations impliquant les professionnels et représentants des usagers est organisée, et contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Une organisation est en place pour le déploiement et la mise en œuvre de démarches d'EPP : 24 EPP sont identifiées dans l'établissement et répertoriées dans un tableau de bord.

Les professionnels dédiés à la qualité et la gestion des risques bénéficient des locaux, équipements et logiciels adaptés à leurs missions.

Un logiciel de gestion des risques et de gestion documentaire est prévu et déployé dans l'établissement.

La gestion des interfaces est organisée formellement par le Service qualité/Gestion des Risques pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres à chaque secteur d'activité sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle, grâce aux communications régulières du service Qualité / Gestion des risques en réunions d'encadrement et en CME.

Les cadres soignants sont les référents qualité pour les unités de soins.

Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus lors des réunions de service trimestrielles ou lors des transmissions.

Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Des infirmières rencontrées ont participé à des audits ou aux lpaqqs.

Quatre visites de risques ont été organisées en 2016 afin d'évaluer les risques professionnels.

Une charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables est affichée dans les services.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs).

Actuellement deux actions sont à l'essai suite à des événements indésirables :

- essai de modification du contenant ultime pour les médicaments,
- essai de port de gilets jaunes pour que les infirmières ne soient pas dérangés.

Des CREX, des RMM ou des Remed sont menés en fonction de l'analyse préalable effectuée en CASFEI.

Un CREX institutionnel est en place avec des membres permanents une fois par mois, selon un planning annuel établi par le coordonnateur des risques associés aux soins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Les pilotes de processus ont été formés à l'approche processus et à la méthodologie patient traceur en 2014 : 11 médecins et 15 agents ont été formés.

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

Tous les agents ont accès à la déclaration d'événements indésirables et au dispositif de gestion documentaire informatisé, opérationnel et connu.

Seule la procédure dégradée en cas de panne informatique est en version papier dans les services de soins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes.

Les médecins et les agents rencontrés dans les services ont participé à des groupes de travail, des Crex ou des RMM.

Les vigilants réglementaires sont désignés. Le coordonnateur des risques liés aux soins les réunit une fois par an pour présenter un rapport d'activité élaboré sur 3 indicateurs : nombre d'alertes descendantes, nombre d'alertes ascendantes, nombre d'actions correctives mises en place. Deux boîtes mails sont dédiées aux alertes externes émanant des tutelles.

Le dispositif de gestion des événements indésirables est approprié et opérationnel, il permet une analyse des causes notamment profondes, selon la méthodologie Alarm ou Ishikawa, et associe les acteurs concernés : les agents rencontrés savent comment déclarer des événements indésirables et sont en capacité de donner le dernier événement qu'ils ont déclaré ; ils affirment avoir des retours des FEI

déclarées.

Les plaintes et réclamations impliquant les professionnels et représentants des usagers sont analysées et contribuent à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Les agents rencontrés connaissent l'Arbre des Savoirs, la gestion documentaire informatisée.

La démarche EPP est déployée et mise en œuvre, avec l'engagement effectif des professionnels entre autre pour les RMM et les patients traceurs dans les secteurs concernés.

24 EPP sont en cours dans l'établissement et répertoriées dans un tableau de bord suivi par le service Qualité.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, notamment entre le service qualité et les services de soins.

Le service Qualité participe aux réunions d'encadrement et aux réunions des cadres logistiques.

La traçabilité des actes et activités est assurée et communiquée : les compte rendus de patients traceurs sont affichés dans les services de soins et accessibles dans la gestion documentaire informatisée, les compte rendus du Comité de Pilotage qualité/Gestion des Risques sont accessibles dans la gestion documentaire informatisée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.).

Des audits sont définis au niveau de chaque processus en fonction des risques prioritaires identifiés.

L'évaluation du système de management de qualité/gestion des risques est fait en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés ; une mesure de la culture qualité a été faite en 2015.

Pour chacun des processus, un tableau d'indicateurs est suivi par les pilotes de processus et le service Qualité.

Pour le processus management qualité et gestion des risques, le service Qualité/ Gestion des Risques suit :

- le nombre d'événements indésirables déclarés (754),
- le nombre d'événements indésirables pertinents (556),
- le nombre d'événements indésirables associés aux soins (330),
- le nombre d'analyse de causes profondes (11 en 2016 dont 8 Crex),
- le nombre de patients traceurs (13 entre 2014 et 2016),
- les plaintes et réclamations.

L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est mesurée annuellement et présentée en CME ; pour l'année 2015, un bilan annuel n'a pas été réalisé, un nouvel organe de gestion ayant été mis en place en 2015 (Copil QGDR à la place du Directoire).

La satisfaction des usagers est évaluée en lien avec la CRUQPC

Les questionnaires de sortie sont exploités mensuellement, diffusés par mail à l'ensemble des médecins et des cadres de santé de l'établissement et présenté à chaque Cruqpc

Une analyse en profondeur des questionnaires est faite semestriellement par le service Qualité/Gestion des Risques.

A / AGIR

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

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

Le programme de la politique qualité / gestion des risques est réajusté par le service qualité en fonction des évaluations menées et résultats obtenus.

Suite à l'audit de bracelet d'identification, le dossier patient informatisé a été modifié afin de donner la possibilité de tracer l'accord ou le refus de pose de bracelet, ou le retrait du bracelet.

Suite aux IQSS, il y a eu modification de la trame de courrier de sortie en service de médecine.

La Semaine sécurité des patients est organisée depuis deux ans dans l'établissement.

Des supports et modalités de diffusion sont établis.

Dans les services de soins, des lieux d'affichage sont dédiés à la qualité. Les Compte rendus des patients traceurs sont affichés dans les services.

En 2014 et 2015 le journal interne la Passerelle a communiqué sur la chambre des erreurs.

En 2016, la lettre Qualité a été publiée tous les mois pour communiquer sur la démarche qualité.

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

Un article sur la chambre des erreurs mise en place dans l'établissement est paru dans la presse locale en

décembre 2014 et 2015.

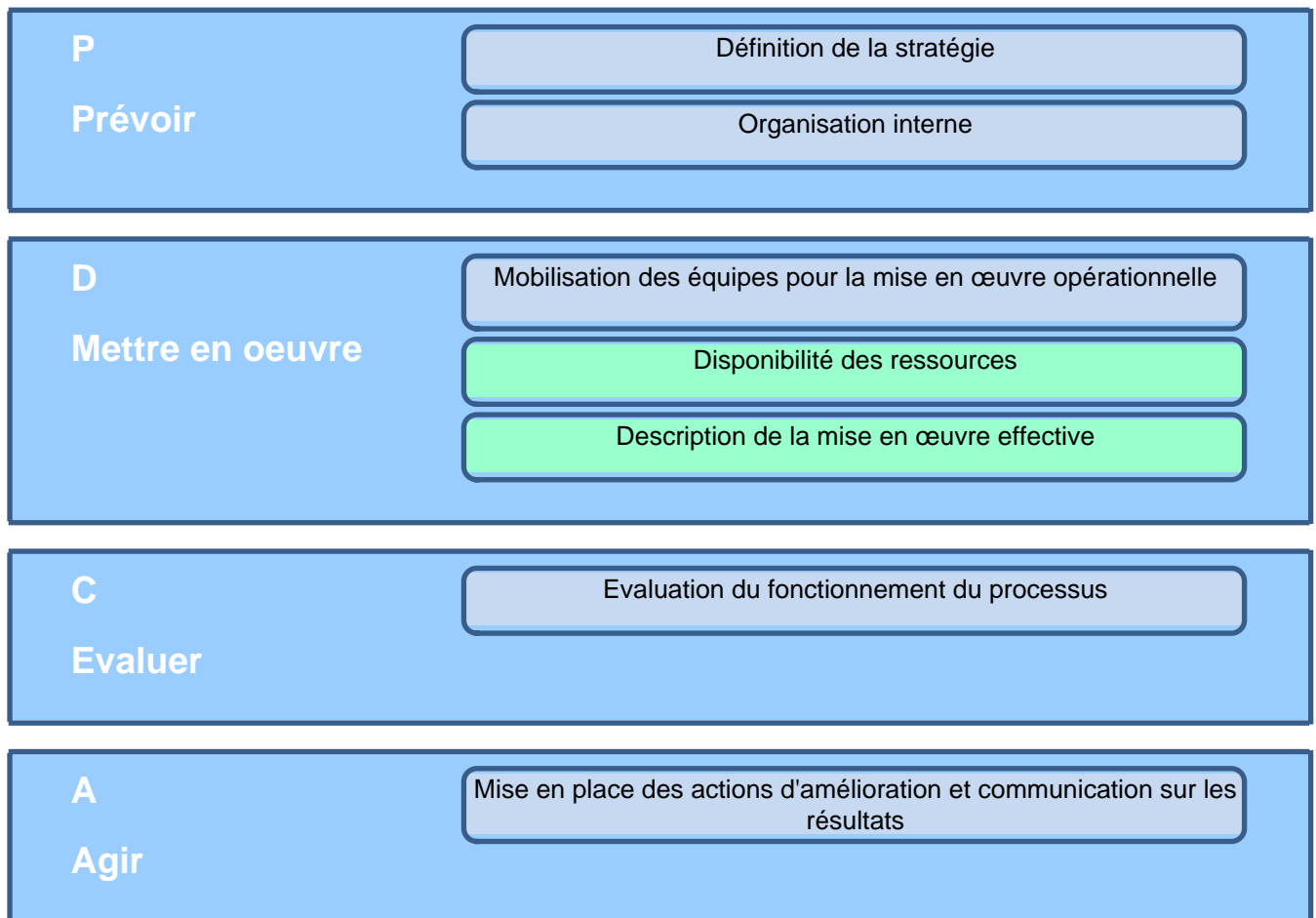
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique et des objectifs relatifs à la Gestion du risque infectieux, élaborés sur la base d'une identification des besoins et du contexte de l'établissement. Le Centre Hospitalier de Bagnères de Bigorre a formalisé et structuré sa stratégie pour maîtriser le risque infectieux, dans un document actualisé en février 2016, conforme aux objectifs nationaux du programme d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS-2015). En la matière, la politique de l'établissement a pour finalité principale la prévention des infections nosocomiales, tel que précisé dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens CPOM 2013-2017 passé avec l'Agence Régionale de Santé Midi - Pyrénées.

Les orientations stratégiques 2017 – 2022 de l'établissement, actualisées en octobre 2016, définissent les axes de travail prioritaires comprenant une prévention des risques liés aux soins, dont une réduction du risque infectieux lié aux actes invasifs, ainsi que le renforcement de la maîtrise de l'antibiorésistance dans tous les secteurs de soins. La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, révisée en juin 2016, se décline autour de plusieurs axes stratégiques, dont l'amélioration de la qualité de la prise en soins, notamment sur le thème du risque infectieux.

L'établissement a identifié ses besoins en établissant une carte d'identité du processus, avec plusieurs volets : maîtrise du risque infectieux, hygiène des locaux, bon usage des antibiotiques, et gestion des déchets. Une approche par analyse de processus a été conduite, en prenant en compte une cartographie des risques a priori, et en utilisant les différentes sources de données à disposition (enquête de prévalence des infections nosocomiales, résultats des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, audits internes, EPP,...). Dans le compte qualité, les risques sont hiérarchisés, comprenant le risque lié à la non traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie, et conduisent à la définition de priorités d'action à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge du patient.

Cette politique de maîtrise du risque infectieux est définie en concertation avec la CME (dont les sous-commissions : Comité Equipe Opérationnelle d'Hygiène CEOH, et Commission des Anti-Infectieux CAI), le praticien hygiéniste et référent en antibiothérapie, l'infirmière hygiéniste, et la coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins. L'ensemble de cette politique est validé par les instances concernées, dont le Comité de pilotage de la qualité et de la gestion des risques (Copil QGdR), et la CME en février 2016 ; elle est déclinée dans un programme d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS).

Les principaux axes de ce programme d'actions sont : prévenir les infections associées aux soins, maîtriser l'antibiorésistance, réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs, mettre en place des méthodes d'analyse des causes lors de la survenue d'évènements infectieux graves, et surveiller les AES.

Des modalités de suivi sont définies pour chaque action du programme institutionnel (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, modalités de suivi, état d'avancement). Ce programme est présenté trimestriellement en CEOH ou en CAI, pour ce qui les concerne, et annuellement en CME.

Ce programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement dont la CRUQPC. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action du programme institutionnel (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, modalités de suivi, état d'avancement)

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est en place pour mettre en œuvre la politique de Gestion du risque infectieux définie dans l'établissement, avec deux copilotes : l'infirmière hygiéniste et le président du Comité EOH, en concertation avec la coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins, et un appui méthodologique du service qualité et gestion des risques.

Le pilotage de la mise en œuvre de cette politique et du suivi du programme d'actions est assuré respectivement par le CLIN et par le CAI, pour ce qui les concernent ils veillent également à la communication des résultats. Le pilotage s'appuie également sur un réseau de correspondants en hygiène dans les différents secteurs d'activité de l'établissement.

Les pilotes de processus ont été désignés en janvier 2014, formés institutionnellement à l'approche processus, et disposent de fiches de mission. Un règlement intérieur du CEOH est en place. L'infirmière hygiéniste et les correspondants en hygiène disposent de fiches de poste et de mission.

Un dispositif de gestion documentaire est existant, avec règles de gestion formalisées. Des procédures et des protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont élaborés. Un plan de prise en charge et de maîtrise d'une épidémie est en place.

Une organisation est en place pour assurer les conditions d'hygiène des locaux (missions, responsables, protocoles, suivi,...), en lien avec l'objectif d'optimisation du programme d'actions.

L'établissement prévoit la promotion du bon usage des antibiotiques. Le médecin référent en antibiothérapie préside la Commission des Anti-Infectieux CAI, en charge de la pertinence de prescription des antibiotiques, dont les travaux sont articulés et coordonnés avec ceux du CEOH. Des actions de

sensibilisation sur le bon usage des antibiotiques et de conseil à la prescription sont organisées en CME.
 Les besoins en formation initiale et continue des acteurs sont définis : formation périodique des professionnels à l'hygiène, formation au bon usage des antibiotiques (y compris pour les nouveaux arrivants et notamment lors de l'accueil des internes).
 Des outils de communication sont en place, notamment pour sensibiliser sur les risques identifiés, et les résultats des indicateurs et les tableaux de bord sont diffusés à l'ensemble des professionnels.
 L'établissement a adhéré à la charte « Zéro bijou » initiée par le CCLIN.
 L'information du patient sur le risque infectieux est organisée par l'intermédiaire du livret d'accueil, du site internet, et de divers dispositifs d'information (par exemple, signalisation pour patient porteur de micro-organismes à haut potentiel de transmission croisée, etc.).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, les responsables de l'établissement organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels, avec sensibilisation et informations régulières des professionnels sur les différents risques identifiés.
 Des modalités de suivi sont définies pour chaque action du programme institutionnel (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, modalités de suivi, état d'avancement). Ce programme est présenté trimestriellement en CEOH ou en CAI, pour ce qui les concerne, et annuellement en CME.
 La mobilisation des professionnels est effective, notamment pour la participation aux audits de pratique (application des précautions standard, respect des tenues professionnelles, bon usage des gants des soins, hygiène de locaux, tri des déchets,...).
 L'infirmière hygiéniste et le président du Comité EOH, copilotes du processus « gestion du risque infectieux », avec l'appui des cadres des services et des correspondants en hygiène, s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.). Ils intensifient les actions de sensibilisation des professionnels suite aux évaluations, dont ils communiquent les résultats aux équipes. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Ces actions sont identifiées par les pilotes, les correspondants en hygiène et l'encadrement, avec la participation des professionnels (par exemple : demande d'acquisition de matériel à usage unique).
 En cas d'évènement indésirable grave lié aux soins, en rapport avec le risque infectieux, une démarche d'analyse approfondie des causes est conduite par la coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins, en concertation avec les copilotes du processus, et en associant les professionnels concernés.
 L'établissement a réalisé une EPP portant sur le bon usage des antibiotiques, avec audit clinique ciblé sur la justification de la mise en place de l'antibiothérapie initiale et lors de sa réévaluation.
 Les responsables des secteurs d'activité se sont saisis des enjeux liés à la maîtrise du risque infectieux (par exemple dans la participation aux contrôles environnementaux), et au bon usage des antibiotiques, et ils veillent à l'actualisation des compétences des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en effectifs et en compétences sont identifiés et répondent aux besoins exprimés dans ce domaine dans les orientations stratégiques de l'établissement.
 L'établissement met en place des actions de formation initiale et continue pour les personnels concernés par le risque infectieux (précautions standards et complémentaires, journées Hygiène des mains, bio-nettoyage,...).
 Des formations/sensibilisations aux procédures internes sont réalisées, conformément à la procédure interne d'intégration des nouveaux arrivants, actualisée en octobre 2016.
 Des formations médicales semestrielles au bon usage des antibiotiques sont également mises en place, avec liste d'antibiotiques ciblés et surveillance de la consommation.
 Les protocoles et procédures de surveillance et de prévention du risque infectieux sont élaborés, actualisés, disponibles et accessibles.
 Les ressources en matériel, dont locaux et équipements, sont disponibles dans les secteurs d'activité.
 La balnéothérapie fait l'objet d'un suivi d'entretien procéduré, et d'un dispositif de surveillance particulière, interne et externe, conformément à la réglementation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

En lien avec le programme d'actions défini, les professionnels de l'établissement mettent en œuvre les organisations prévues pour la gestion du risque infectieux, ainsi que pour le bon usage des antibiotiques.
 Les entretiens avec les professionnels des unités de soins, et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur démontrent l'effectivité de la mise en œuvre des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux, ainsi que des procédures d'hygiène des locaux et de surveillance environnementale.
 Les règles, procédures et protocoles de prévention et maîtrise du risque infectieux, et du bon usage des antibiotiques, sont connus des professionnels et appliqués. Le dispositif de signalement interne et

externe est connu, et mis en œuvre si nécessaire.
La traçabilité des informations est retrouvée, notamment l'inscription dans le dossier patient de la réévaluation entre la 24^{ième} et la 72^{ième} heure de l'antibiothérapie, dans les dossiers consultés par les experts visiteurs.
Le système d'information en place permet un partage de l'information, notamment en cas de patient nécessitant l'application de précautions complémentaires.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'infirmière hygiéniste et le président du Comité EOH, copilotes du processus « gestion du risque infectieux », assurent l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du plan d'actions du processus, sur la base d'outils identifiés (tableau de bord avec indicateurs).

Des modalités d'évaluation régulière du processus au sein de l'établissement sont définies : enquêtes (par exemples, prévalence sur les IN, incidence des infections urinaires,...), évaluations de pratiques, audits (par exemples, circuit des déchets, hygiène des locaux,...).

Les résultats des évaluations conduisent à la définition d'actions d'amélioration (par exemples, harmonisation de pratiques, actualisation de procédures, acquisition de matériels,...).

L'établissement a réalisé une EPP portant sur le bon usage des antibiotiques, avec audit clinique ciblé sur la justification de la mise en place de l'antibiothérapie initiale et lors de sa réévaluation.

Un bilan est réalisé a minima une fois par an au sein des différentes instances : CRUQPC, CME, CSIRMT, Conseil de surveillance.

A / AGIR

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

Le programme d'actions spécifiques au processus « gestion du risque infectieux » est intégré et articulé avec le programme d'actions institutionnel d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Ce programme est suivi par l'infirmière hygiéniste et le président du Comité EOH, copilotes du processus, avec l'appui des cadres des services et des correspondants en hygiène, qui en rendent compte trimestriellement, respectivement au CEOH et à la CAI, pour ce qui les concerne, et annuellement à la CME, en proposant si nécessaire une révision : la plupart des actions sont réalisées ou en cours (par exemple, actualisation du protocole de pose d'une sonde urinaire et actions de sensibilisation à la prévention des infections urinaires).

Les recommandations des rapports d'inspection ARS d'octobre 2015, portant sur la gestion du risque légionnelles et sur les DASRI, sont intégrées dans les plans d'actions, et traitées en priorité.

L'établissement a réalisé une EPP portant sur le bon usage des antiseptiques, qui a conduit à une amélioration de pratiques sur l'utilisation des antiseptiques, en lien avec le programme de maîtrise du risque infectieux.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels (réunions institutionnelles et de service, affichage) et des usagers (notamment via la CRUQPC). Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, notamment du TBIN, sont affichés dans l'établissement et sur le site internet.

Le CEOH et la CAI mesurent l'efficacité des actions mises en œuvre (tableau de bord des indicateurs, rapport d'activité annuel....) et communiquent sur les résultats obtenus : tous les indicateurs du bilan de lutte contre les infections nosocomiales (BILAN LIN validé en aout 2016) sont en progression.

L'établissement a participé à des journées thématiques sur l'hygiène et la prévention des infections nosocomiales dans le cadre de la semaine de sécurité du patient et de la journée sur l'hygiène des mains.

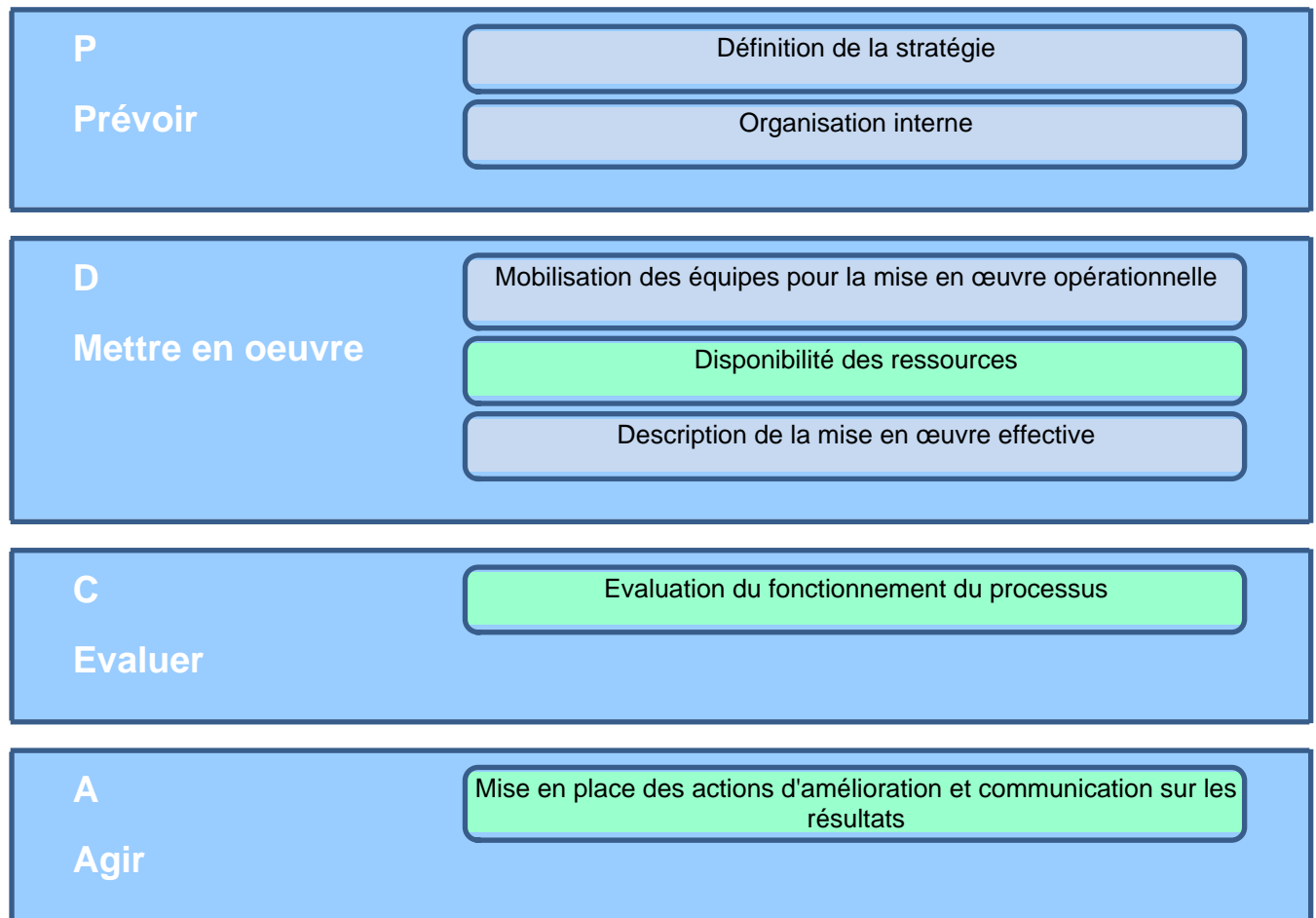
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique et des objectifs relatifs aux Droits des patients, élaborés sur la base d'une identification des besoins et du contexte de l'établissement. Le Centre Hospitalier de Bagnères de Bigorre a formalisé et structuré sa stratégie de promotion des droits et de la bientraitance des patients, dans un document de mai 2016, établi en cohérence avec sa politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, qui définit comme axe stratégique de mobiliser autour du respect des droits du patient et de son écoute.

La politique des droits des patients du Centre Hospitalier de Bagnères de Bigorre vise à garantir le libre choix de l'établissement, la qualité de l'accueil, des traitements et des soins, le droit à l'information, le recueil du consentement, l'accès à l'information, l'expression des observations sur le séjour, le respect de la personne, le respect de la vie privée, et le respect des libertés individuelles.

De plus, les orientations stratégiques 2017 – 2022, actualisées en octobre 2016, prévoient notamment de poursuivre l'objectif de respecter les droits des patients, de placer les usagers, les patients et leurs aidants au cœur de la démarche du dispositif de santé du territoire, et particulièrement de continuer à positionner l'établissement comme un acteur important de la chaîne de mise en œuvre de la réinsertion familiale, sociale et professionnelle précoce (participation au programme Comète France de construction, dès l'hospitalisation, d'un projet professionnel compatible avec l'état de santé du patient).

Pour compléter cette politique, le Centre Hospitalier de Bagnères de Bigorre a mis en place, depuis novembre 2012, une charte de bientraitance, validée par la CRUQPC, diffusée à l'ensemble des professionnels et affichée dans l'établissement.

L'ensemble de cette politique est validé par les instances concernées, dont le Comité de pilotage de la qualité et de la gestion des risques (Copil QGdR), et la CME ; elle est déclinée dans un programme d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), qui a été présenté à la CRUQPC.

L'établissement a identifié ses besoins en établissant une carte d'identité du processus. Une approche structurée par analyse de processus a été conduite, avec élaboration d'une cartographie des risques a priori prenant en compte différentes sources de données : indicateurs (dont tenue du dossier patient en MCO, en SSR, et indicateurs Hôpital Numérique), questionnaires de satisfaction, plaintes et réclamations, analyse des événements indésirables (EI), enquêtes et audits (par exemples, audit de tenue du dossier patient, audit ciblé sur la personne de confiance et le recueil des directives anticipées, enquête de satisfaction des familles en USLD, Patient Traceur, EPP...).

L'établissement a défini un plan d'actions spécifique à cette thématique, avec intégration des recommandations de la CRUQPC (évaluer la procédure d'annonce d'un dommage lié aux soins, communiquer sur le respect du secret professionnel, poursuivre les enquêtes de satisfaction de l'entourage du patient et des familles).

La CRUQPC a validé le Compte Qualité, qui hiérarchise les risques et définit les priorités d'actions à mettre en œuvre dans l'établissement.

Les principaux axes de ce programme d'actions sont : poursuivre la sensibilisation des professionnels sur l'annonce d'un dommage lié aux soins, actualiser les procédures de désignation de la personne de confiance, de recueil des directives anticipées et de signalement d'un éventuel cas de maltraitance, et développer les formations des professionnels concernant l'information donnée au patient et le respect de la confidentialité.

Des modalités de suivi sont définies pour chaque action du programme institutionnel portant sur cette thématique (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, modalités de suivi, état d'avancement).

L'établissement présente sur son site internet, dans une rubrique « vos droits », des renseignements généraux et spécifiques concernant les droits et informations réglementaires applicables à tout établissement public de santé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus : la directrice de la clientèle, un praticien hospitalier MPR, assurant les fonctions de médiateur médical, et le directeur des soins copilotent la thématique « droits des patients », avec l'appui méthodologique du service qualité / gestion des risques. Les pilotes de processus ont été désignés en janvier 2014, formés institutionnellement à l'approche processus, et disposent de fiches de mission.

Le pilotage de la mise en œuvre de la politique et du suivi du programme d'actions est assuré par la CRUQPC, présidée par le chef d'établissement ou par la directrice de la clientèle par délégation. La coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins participe aux travaux de la CRUQPC, qui dispose d'un règlement intérieur spécifique depuis mai 2014. Les représentants des usagers sont impliqués dans la démarche processus mise en œuvre. La CRUQPC veille également à la communication des résultats (par exemple, résultats de l'enquête de satisfaction des familles).

Les projets de prise en charge permettent le respect des droits des patients et de ses libertés individuelles : projet de soins favorisant, dans la mesure du possible, l'implication du patient et l'expression de ses préférences, accueil personnalisé et accompagnement de l'entourage.

L'établissement a mis en place une unité de réinsertion socio-professionnelle, en partenariat avec l'ensemble des professionnels SSR, dans la cadre de son implication dans le programme Comète France.

La gestion des interfaces est organisée, notamment entre les pôles, services et unités de l'établissement, pour faciliter la concertation entre professionnels.

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

Les besoins en formation initiale et continue des professionnels sont identifiés, y compris pour les nouveaux arrivants (formations aux droits des patients incluses au plan institutionnel de formation et au cours de la procédure d'intégration). Le plan de formation 2016 comprend par exemples les formations « droits des patients et position des professionnels de santé », « annonce d'un dommage lié aux soins », « de la maltraitance à la bientraitance », « protection de l'adulte vulnérable », « soins de bien-être et confort-massages », et « relations avec les familles des personnes âgées ».

Le règlement intérieur de l'établissement de mai 2005 comprend un chapitre « droits et conditions de séjour des personnes hospitalisées », et rappelle aux professionnels les principes fondamentaux liés au respect de la personne hospitalisée, les règles de bonne conduite professionnelle, ainsi que la nécessité d'information sur les soins.

L'établissement a mis en place un dispositif de gestion documentaire et une organisation permettant l'information du patient sur son état de santé et les soins proposés, ainsi que le consentement éclairé du patient, avec recherche de son implication dans le projet de soins.

Le livret d'accueil de l'établissement, remis lors de l'admission, informe le patient sur ses droits et sur les missions de la CRUQPC. Le site internet de l'établissement relaye ces informations.

Un espace de réflexion éthique, réunissant les professionnels de santé du Haut Adour, est en place.

La CRUQPC est active, en présence de représentants d'associations d'usagers et de familles particulièrement impliqués dans la démarche, et attentifs à la bientraitance et au respect de la dignité des patients.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, les responsables de l'établissement, des différents services et unités organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels, avec sensibilisation et informations régulières des professionnels sur les différents risques identifiés (par exemple : réflexion institutionnelle en cours sur l'élaboration des projets de soins individualisés).

Les copilotes du processus, avec l'appui des membres de la CRUQPC, s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.). Ils intensifient les actions de sensibilisation des professionnels suite aux évaluations. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Ces actions sont identifiées par les responsables des secteurs d'activité, avec la participation des professionnels et de représentants des usagers (par exemples : rappels de sensibilisation sur la désignation de la personne de confiance, sur le respect de la confidentialité, mise en place de personnes référentes manutention patient et utilisation du chariot d'urgence,...). La prévention des risques liés à la contention physique a fait l'objet d'une EPP avec audit clinique ciblé, ayant conduit à une harmonisation des pratiques et à une actualisation de la procédure en novembre 2016.

Les résultats sont communiqués aux équipes, notamment ceux concernant le taux de retour des questionnaires de sortie, et la satisfaction des usagers et des familles.

Les professionnels de l'établissement sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, ainsi qu'au respect des libertés individuelles.

Les plaintes et réclamations font l'objet d'un traitement en lien avec les professionnels concernés ; elles sont toutes examinées en CRUQPC, qui propose des actions d'amélioration (par exemples, proposition systématique au plaignant d'un entretien avec un médiateur, démarches d'amélioration relatives à la restauration, à la mise en place d'une prise en charge ambulatoire d'un patient incommodé par le bruit des travaux,...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les différents services et unités de l'établissement.

Le Centre Hospitalier de Bagnères de Bigorre a mis en place des procédures actualisées dont admission du patient, gestion des inventaires et dépôt des patients, désignation de la personne de confiance, recueil des directives anticipées, gestion des plaintes et réclamations, information du patient en cas de dommage lié aux soins, signalement d'un acte de maltraitance, contention physique du patient, saisine de l'espace de réflexion éthique, etc.

Les formations réalisées et prévues comprennent des actions relatives aux droits des patients : par exemples, formations sur « droits des patients et position des professionnels de santé », « annonce d'un dommage lié aux soins », « de la maltraitance à la bientraitance », « protection de l'adulte vulnérable », « soins de bien-être et confort-massages », et « relations avec les familles des personnes âgées ».

Des sensibilisations des professionnels aux principes, valeurs et pratiques, règles de confidentialité sont organisées par l'encadrement, conformément à la procédure interne d'intégration des nouveaux arrivants, actualisée en octobre 2016.

Les conditions d'hébergement en hospitalisation complète permettent de garantir le respect de la dignité et de l'intimité des patients (142 chambres individuelles, et 47 chambres doubles, équipées de dispositifs de séparation fixes ou mobiles). Il en est de même au niveau des urgences et du plateau technique de rééducation, qui dispose de locaux récents particulièrement adaptés. Les bâtiments sont accessibles aux personnes à mobilité réduite, ainsi que notamment les sanitaires des chambres.

L'établissement a établi un projet de restructuration et de modernisation de ses locaux, équipements et signalétique, qui est en cours de réalisation et se développe sur plusieurs années. La phase de réhabilitation de l'hébergement du pôle MPR est en cours de finalisation lors de la visite de certification.

Des documents d'information sont mis à disposition des patients et des familles, et l'accès à ces ressources est facilité au niveau des points d'accueil des deux sites, et par l'intermédiaire du site internet. Un représentant des usagers assure une permanence mensuelle dans un local mis à disposition dans le hall d'entrée du site principal.

L'établissement développe différents dispositifs d'animation, d'écoute et de soutien aux usagers et aux familles (par exemples, interventions de bénévoles de l'association des visiteurs de malades des établissements hospitaliers, et de l'association « espoir et amitiés », réseau des traumatisés crâniens en Midi-Pyrénées,...). Un accès wifi est mis gratuitement à disposition des patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

En lien avec le plan d'actions défini, les professionnels de l'établissement mettent en œuvre des actions portant sur les droits des patients : information, confidentialité, intimité, bientraitance, projets personnalisés de soins.

Les entretiens avec les professionnels des différents services et unités, et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur ont démontré la sensibilisation et l'attention des équipes au respect des droits des patients. Les professionnels sont mobilisés autour de nombreuses pratiques de bientraitance en place dans les services (ex : utilisation de gaz analgésique lors de soins et pansements douloureux aux urgences et en SSR, hypno-analgésie dans la prise en charge des douleurs aiguës et chroniques, sophrologie, balnéothérapie, clinique du positionnement en fauteuil roulant, soins en toucher-massage, soins de support, respect des rythmes de vie des patients dans l'organisation des soins, médiation par l'animal, communication avec la personne âgée en perte d'autonomie psychique en utilisant la méthode de validation selon Naomi Feil, dotation de linge pour personnes démunies,...).

Les procédures sont connues des professionnels et appliquées. La traçabilité des informations est retrouvée.

L'organisation permet le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients, ainsi que la mise en œuvre de pratiques de recueil du consentement ou du refus de soins du patient.

Le dispositif d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est mis en œuvre avec traçabilité dans le dossier.

La procédure de contention physique est respectée, avec surveillance du patient assurée et tracée dans le dossier.

Un dispositif est également en place afin d'accueillir au mieux les proches du patient (par exemples, mise à disposition de lit - accompagnant, prise de repas en compagnie d'un patient, offre de prestation d'hébergement dans une institution située à proximité du site principal de l'établissement).

La gestion des plaintes et réclamations est articulée avec celle des évènements indésirables.

La procédure de traitement des réclamations des patients est mise en œuvre avec un tableau de suivi informatisé.

La CRUQPC émet des recommandations tracées dans les comptes rendus et prises en compte dans le programme d'actions.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les copilotes du processus, avec l'appui du service qualité / gestion des risques, assurent l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du programme d'actions (comprenant notamment la surveillance du niveau de satisfaction des patients), sur la base d'outils identifiés (tableau de bord avec indicateurs).

Le respect des droits, la satisfaction du patient et de son entourage sont principalement évalués par le questionnaire de sortie du patient (avec un suivi du taux de retour des questionnaires de sortie particulièrement significatif), ainsi que par les plaintes et réclamations (indicateurs de taux de satisfaction et de nombre de plaintes et réclamations). L'établissement réalise des enquêtes portant sur la satisfaction des familles, annuellement pour les patients en service d'éveil, et tous les deux ans pour les patients résidant en unité de soins de longue durée, sur différents thèmes, dont les droits et libertés, et la bientraitance dans les pratiques de soins, et dont les résultats ont été présentés en CRUQPC.

La prévention des risques liés à la contention physique a fait l'objet d'une EPP avec audit clinique ciblé, ayant conduit à une harmonisation des pratiques et à une actualisation de la procédure en novembre 2016.

Les actions d'évaluation en matière de respect des droits des patients sont analysées dans l'établissement en lien avec la CRUQPC. Un représentant des usagers a participé à un audit patient traceur, avec analyse des modalités d'accueil et de sortie du patient.

Un bilan annuel de la CRUQPC est réalisé et communiqué.

A / AGIR

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

Le programme d'actions spécifiques à la thématique « droits des patients » est intégré et articulé avec le programme d'actions institutionnel d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS).

Ce programme est suivi par les copilotes du processus, qui en rendent compte trimestriellement à la CRUQPC, ainsi qu'au Copil QGdR, en proposant si nécessaire une révision : la plupart des actions sont réalisées ou engagées (par exemples, actualisation des procédures de désignation de la personne de confiance, de rédaction des directives anticipées, de signalement d'un éventuel acte de maltraitance, évaluation de l'application de la procédure d'annonce d'un dommage lié aux soins,...).

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels (réunions institutionnelles, d'encadrement et de service, bulletin qualité, affichage dans les services) et des usagers (notamment via la CRUQPC).

Par exemple, la CRUQPC a recommandé l'amélioration du livret d'accueil de la personne hospitalisée dans l'établissement : une nouvelle version a été élaborée en concertation avec les représentants des usagers et mise en place en janvier 2016.

L'établissement a organisé une sensibilisation des professionnels aux droits des patients (personne de confiance, directives anticipées, accès au dossier, information, confidentialité,...), en octobre 2016 dans le cadre de la semaine de bientraitance, et en novembre 2016 dans le cadre de la semaine de sécurité des patients.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

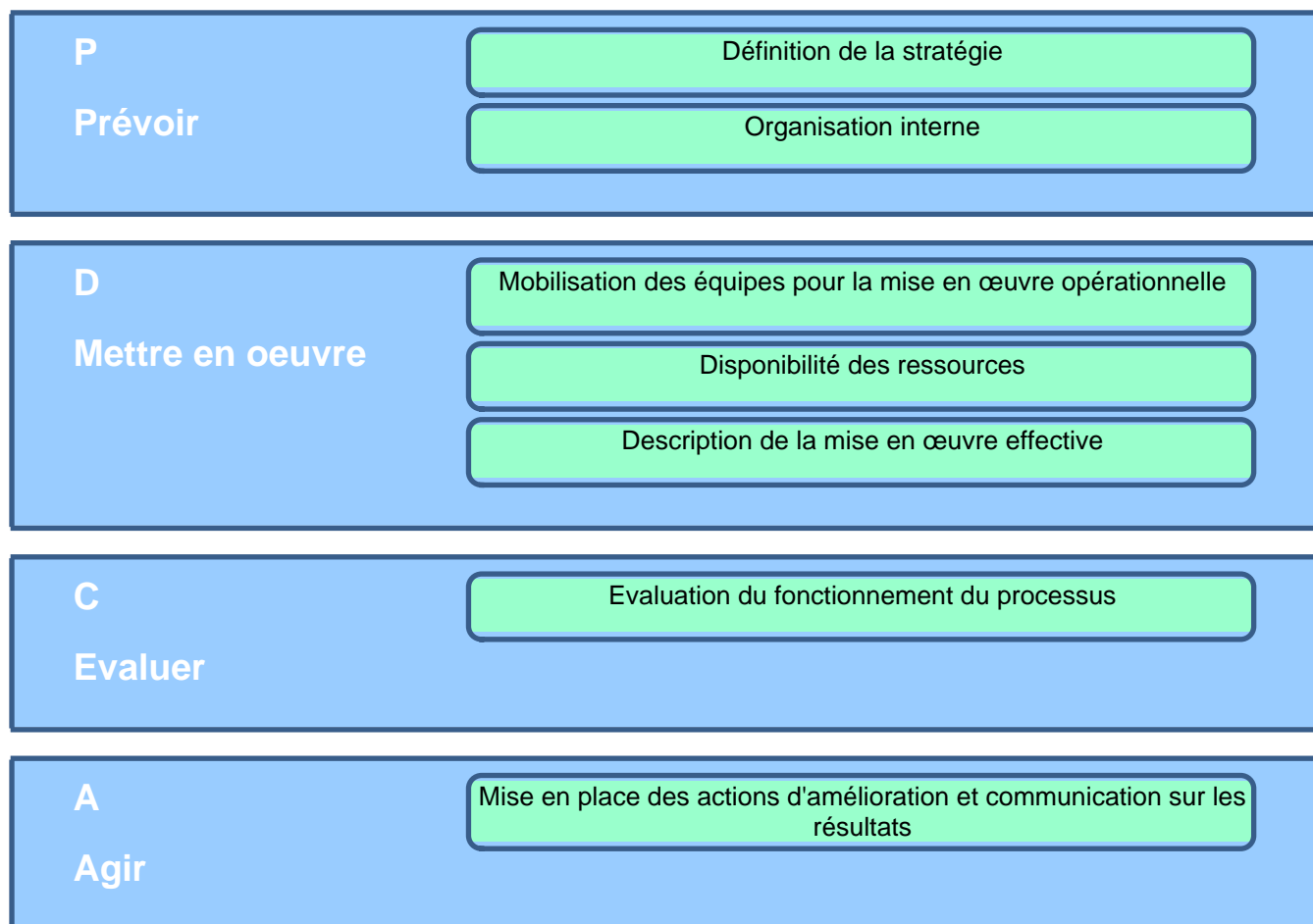
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier de Bagnères de Bigorre comprend 2 pôles cliniques :

- un pôle gériatrie avec une filière gériatrique complète : Court Séjour, SSR, Consultation Mémoire labellisée, hôpital de jour gériatrique, une UHR, une USLD et une EMG intrahospitalière),
- un pôle de Médecine Physique et Réadaptation (MPR), avec une balnéothérapie.

Le service de Médecine comprend 2 lits identifiés Soins Palliatifs (LISP).
Il existe également des urgences.

Centre Hospitalier a défini une stratégie et des objectifs relatifs au Parcours patient, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement.

Les axes stratégiques du Centre Hospitalier sont bien identifiés et orientés sur la gériatrie, la médecine physique et réadaptation, et les urgences de proximité.

L'identification des risques tient compte des indicateurs et des travaux réalisés par des groupes existant dans l'établissement (accueil, personnes âgées, rééducation, sortie).

Les professionnels sollicités ont identifié les risques potentiels à chaque étape du parcours patient, y compris sur les populations spécifiques (personnes âgées, enfants, porteur de maladies chroniques, urgences vitales, dépistage des troubles nutritionnels, personnes vulnérables).

La stratégie est décrite dans les axes stratégiques du projet d'établissement. Les parcours de soins sont au cœur des projets médicaux organisés sous la forme de filière de prise en charge (médecine physique et réadaptation, consultations avancées, urgences, médecine, et gériatrie).

Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus "parcours du patient". Celle-ci repose sur l'encadrement médical et paramédical des pôles. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste respectives.

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

Le recrutement des praticiens hospitaliers se fait principalement à temps plein et à temps partagé (dans le cadre de certaines disciplines par exemple : les urgences).

Les procédures et protocoles permettant d'assurer la prise en charge et la sécurité des patients sont rédigés, validés par les instances référentes, et intégrés dans la gestion documentaire informatisée.

Le plan de formation institutionnel prévoit des formations obligatoires (prise en charge de l'urgence vitales, incendie, identitovigilance, pharmacovigilance et erreurs médicamenteuses, transmissions ciblées, etc.).

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Par exemple pour organiser la réinsertion professionnelle des patients de MPR, une Cellule "COMETE" est en place et travaille avec le service.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels.

Les responsables de secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (journée d'accueil et d'intégration, informations régulières en réunions de service).

Le management s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, notamment lors de l'entretien annuel d'évaluation (procédures, protocoles, consignes, etc.).

Des EPP ont été réalisées sur la douleur, la dénutrition, les contentions, la iatrogénie ; des CREX et des REMED ont été réalisés suite à des erreurs médicamenteuses.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les règles de présence, de continuité et de coordination sont effectives afin d'assurer la permanence des soins 24h / 24h, et la présence du bon professionnel dans le cadre de la permanence des soins. Les tableaux de présence et les plannings sont à disposition dans les salles de soins. L'adéquation en personnel médical répond à la réglementation dans les secteurs normés. La gestion des plannings est réalisée à l'aide d'un logiciel dédié.

Les professionnels bénéficient des formations obligatoires inscrites au plan de formation institutionnel : prise en charge de l'urgence vitales, incendie, identitovigilance, pharmacovigilance et erreurs médicamenteuses, transmissions ciblées, etc.). Certains pôles proposent des formations spécialisées en fonction des disciplines (Gériatrie ou MPR).

Des professionnels ont été formés à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) notamment, au niveau des 2 pôles. Une journée de formation et d'intégration des nouveaux internes est réalisée à chaque changement. Elle est doublée d'un accompagnement par service.

Les protocoles et procédures sont à disposition des professionnels, sur le logiciel de gestion documentaire informatisé. Certains protocoles médicaux et spécialisés sont également disponibles sous forme de classeur dans la salle de soins. Leurs révisions associent les professionnels des différents secteurs.

Les matériels sont adaptés à l'activité et mis à disposition des équipes en fonction de la discipline.

En MPR, il existe des ateliers de fabrication de prothèses pour les amputés accueillis dans le service et pris en charge par les rééducateurs du pôle.

Des consultations de tabacologie et d'addictologie ont lieu sur site grâce à des IDE formées.

Des référents (douleur, hygiène, nutrition ...) sont en place dans les services ; une EMSP est en place et intervient sur demande dans les services.

Un numéro de téléphone a été mis en place à destination des Médecins libéraux, pour leur permettre de joindre un gériatre les jours ouvrables de 8h30 à 17h30.

Une "Clinique du positionnement" a été mise en place à destination des patients atteints de pathologies neurodégénératives ou de pathologies neurologiques traumatiques (amputés paraplégiques) ; les séances ont lieu 2 fois par semaine en salle d'ergothérapie, et ont comme finalité l'amélioration de l'équilibre postural assis ou debout avec ou sans appareillage.

Les praticiens sont formés à l'utilisation de la toxine botulique.

Au niveau du pôle MPR, de très nombreuses consultations externes spécialisées ont lieu sur site : Rhumatologie, Orthopédie, Neurochirurgie, Neurologie, Dermatologie, ORL, Urologie, Addictologie.

Les ressources en matériel (dont locaux et équipements) sont disponibles dans les secteurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dispositif de prise en charge et/ou d'orientation des personnes se présentant pour une urgence est assuré et mis en œuvre au sein du centre hospitalier.

L'accueil du patient est réalisé en fonction de sa pathologie (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) et du caractère d'urgence.

Les circuits de prise en charge sont formalisés (entrée programmée, non programmée, adultes enfants).

La prise en charge des patients est effective dans les différents secteurs d'activité. L'évaluation initiale médicale et non médicale est réalisée dans les délais permettant une prise en charge sans perte de chance. Les supports mis à disposition des professionnels ont été revus pour répondre au mieux à la prise en charge au travers du dossier patient (prescription médicamenteuse informatisée, prescription connectée pour le laboratoire). Les résultats de laboratoire sont restitués sous forme informatique. Concernant la radiologie, le centre hospitalier de Bagnères ne pratique que de la radiologie simple ; un radiologue est présent sur site 4 jours par semaine pour interpréter les clichés.

Aux Urgences, les clichés sont interprétés par les Médecins Urgentistes eux-mêmes.

Le projet de soins personnalisé est effectif sous forme de projet de vie individualisé en secteur de long séjour. Il est réévalué annuellement et en tant que de besoin.

Dans le service de Médecine qui comprend 2 LISP, la prise en charge palliative respecte les recommandations de la Loi CLAEYS LEONETTI. Une convention est en place avec l'EMSP qui intervient sur demande, et qui trace ses observations dans le dossier informatisé. Les patients en soins palliatifs bénéficient de la prise en charge du réseau ARCADE et sont hospitalisés prioritairement en Médecine en SSR.

Le projet de soin personnalisé, structuré, et élaboré par le secteur de MPR, est mis en œuvre.

L'organisation de l'aval est envisagée dès l'entrée du patient, pour fluidifier le parcours. Le passage en SSR se fait au moyen d'un logiciel (trajectoire). La demande d'admission se fait le plus tôt possible. La disponibilité en lits est en ligne et accessible à tous moments.

Les urgences vitales sont prises en charge dans tous les secteurs. Des chariots d'urgences sont à disposition des professionnels : la composition est validée et la révision du contenu organisée (mensuellement par les équipes et deux fois par an par le CESU).

La prise en charge repose sur un partage d'informations (transmissions, staffs, réunions de synthèse).

Toutefois, la continuité de la prise en charge n'est pas toujours assurée : il n'y a qu'une IDE la nuit aux urgences ; en cas de sortie SMUR (290 sorties/an), c'est l'IDE de SSR qui quitte son service pour assurer la continuité des soins aux Urgences, rompant ainsi la continuité de la prise en charge des patients concernés. Cette situation demeure très rare, puisque les sorties SMUR après 21h représentent environ 1 heure par semaine en temps cumulé.

La prise en compte de la dénutrition et du risque suicidaire est effective avec mobilisation des professionnels pour la prise en charge quel que soit le secteur. L'établissement dispose d'une convention avec l'établissement de santé mentale de LANNEMEZAN, qui prend en charge les patients présentant une pathologie psychiatrique, et notamment les patients à risque suicidaire.

Dans les nouveaux bâtiments de MPR, les fenêtres sont bloquées (2ème, 3ème et 4ème étage).

Quatre programmes d'éducation thérapeutique sont autorisés (AVC, AVK, Diabète et Lombalgies) : les équipes ont mis en oeuvre l'éducation pour les patients dans ces 4 domaines, avec des professionnels dédiés. Les patients diabétiques bénéficient du réseau "DIAMIP".

Des protocoles et procédures ont été rédigés autour des populations spécifiques (handicapés). Une prise en charge spécifique est mise en place sur les soins bucco-dentaires, avec passage d'un chirurgien dentiste dans les services. La sortie organisée est mise en oeuvre dans des délais compatibles avec le suivi de la prise en charge en aval. Une organisation permet la continuité et la sécurisation de la prise en charge (fiche de liaison, compte rendu d'hospitalisation, courriers aux professionnels de santé libéraux).

En MPR, des visites à domicile sont prévues dans certains cas : l'ergothérapeute et/ou l'assistante sociale et/ou une aide soignante effectuent cette visite et élaborent un compte rendu qui est retrouvé dans le dossier patient informatisé.

En MPR, tous les patients bénéficient d'un bracelet d'identification ; pour les patients à risque de fugue, un bracelet anti fugue est mis en place : grâce à des portiques installés près des ascenseurs, ils préviennent les soignants lorsqu'un patient tente de quitter le service.

La réinsertion professionnelle des patients de MPR s'effectue avec une Cellule "COMETE", qui travaille avec le service.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

Des réunions pluridisciplinaires ont lieu de façon hebdomadaire dans tous les services des 2 pôles ; ces réunions sont tracées dans le dossier patient informatisé.

Des IDE "référénte douleur" sont en place dans les services ; la douleur est évaluée et tracée dans les dossiers, tout comme le suivi nutritionnel (IMC).

Le COPIDOU (Comité de Pilotage de la douleur) est très actif et participe à la formation des professionnels de l'établissement, tout comme le CLAN.

Les escarres sont dépistées et leur prévention est assurée ; une commission plaies et cicatrisations est en place, ainsi que des IDE référents.

Les contentions sont prescrites selon les règles de bonne pratique (le système "sécuridrap" est également utilisé) ; les chutes sont analysées et leur prise en charge est formalisée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre des orientations stratégiques sur le Parcours patient, sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité).

Différentes évaluations sur toutes les étapes du parcours sont réalisées sous forme d'audits et d'EPP.

Des EPP ont été réalisées sur la douleur, la dénutrition, les contentions la iatrogénie.

Des CREX et des REMED ont été réalisés suite à des erreurs médicamenteuses

Les services peuvent être à l'initiative de certaines évaluations : ils bénéficient du logiciel de traitement de la qualité.

La semaine de sécurité des patients ainsi que le dispositif de la "chambre des erreurs" ont été organisés.

Le recueil d'indicateurs est réalisé annuellement sur certains sujets (dépistage des troubles nutritionnels, dossier patient, contrat de bon usage des médicaments...) et ponctuellement sur d'autres (accueil, identitévigilance). Le recueil d'évènements indésirables est aisé et connu. Les professionnels sont associés à leur traitement.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont annexées dans le PAQSS. Des supports et modalités de diffusion sont établis : un journal interne « Passerelles » est en place.

La communication des résultats est réalisée, en interne auprès de l'encadrement.

En externe, une communication vers les professionnels libéraux est organisée. Les journées sécurité du patient facilite l'information

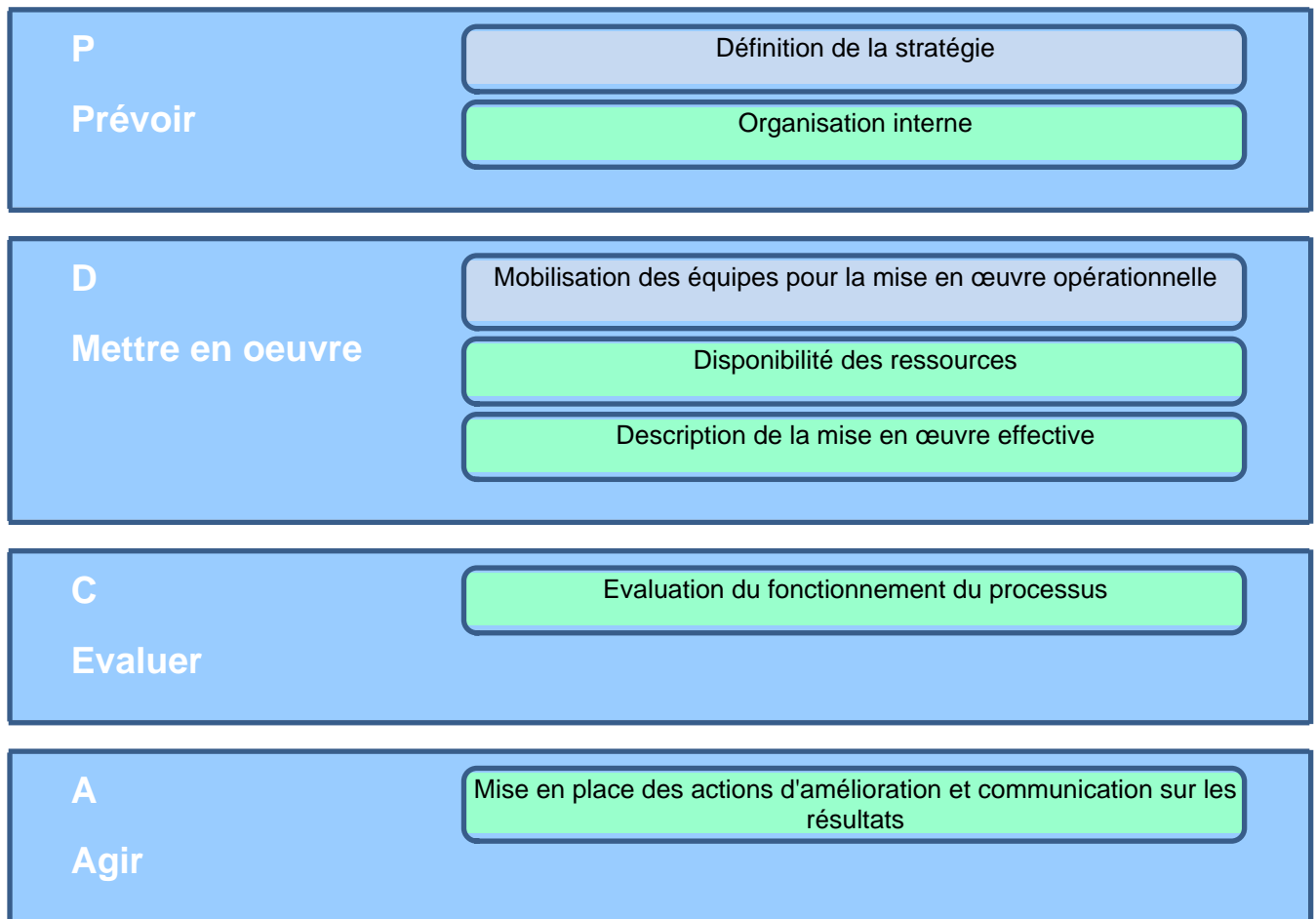
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Bagnères de Bigorre a défini une stratégie et des objectifs du Dossier patient, élaborés sur la base d'une identification des besoins, d'une analyse des risques propres à l'établissement, du contexte et des obligations légales et réglementaires. Le Centre Hospitalier a formalisé et structuré sa stratégie dossier patient, dans un document actualisé en décembre 2016, établi en cohérence avec ses orientations stratégiques 2017 – 2022, qui prévoient notamment un développement du système d'information hospitalier (SIH) articulé autour d'un dossier patient communiquant avec les établissements parties prenantes au groupement hospitalier de territoire (GHT). La stratégie du dossier patient de l'établissement repose sur plusieurs axes, dont la finalité est la coordination des soins, ainsi que la qualité, la sécurité et la continuité de la prise en charge pluridisciplinaire des patients. Conformément à son schéma directeur du système d'information (SDSI) 2013 – 2017, l'établissement a mis en place un dossier patient informatisé (DPI) adapté à ses différentes modalités de prise en charge, notamment en SSR, comme suite à la recommandation de la précédente certification V2010.

L'établissement a identifié ses besoins en établissant une carte d'identité du processus, et en procédant à une auto-évaluation du circuit du dossier patient. Une approche structurée par analyse de processus a été conduite, avec élaboration d'une cartographie des risques a priori prenant en compte différentes sources de données : indicateurs (dont IQSS tenue du dossier patient en MCO et en SSR, délais de transmission des dossiers patients communiqués), analyse des événements indésirables (EI) sur les 3 dernières années, et audits (Patient Traceur, tenue du dossier patient).

L'établissement a défini un plan d'actions spécifique à cette thématique, établi sur la base de ses risques prioritaires présentés dans son Compte Qualité. Ce plan d'actions est intégré au programme d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), validé et révisé par le Comité de pilotage de la qualité et de la gestion des risques (Copil QGdR). Les ressources sont identifiées et, pour chaque action du plan, des modalités de suivi sont définies avec des indicateurs.

Les principaux axes de ce programme d'actions sont : garantir l'accessibilité du dossier par les professionnels, faciliter l'utilisation des éléments d'information, recueillir et tracer les informations, le consentement éclairé du patient, l'analyse bénéfices/risques et la décision, assurer la confidentialité des informations, et sécuriser l'archivage.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus. Les deux cadres de santé des pôles Médecine Physique et Réadaptation (MPR) et Médecine Générale et Filière Gériatrique (MGFG), référentes DPI, pilotent le processus avec l'appui de référents métiers (médecins, kinésithérapeute, ergothérapeute et administratif). Les pilotes de processus ont été désignés en janvier 2014, formés institutionnellement à l'approche processus, et disposent de fiches de mission.

Les copilotes s'appuient sur les travaux d'un groupe pluri professionnel GSI (gestion du SI, intégrant les membres de l'ancien groupe DPI), coordonné par la directrice du SI, et comprenant les responsables impliqués dans les processus Dossier Patient et Gestion du Système d'Information (GSI), le directeur des soins, le responsable informatique, le DIM et la TIM, le pharmacien, des médecins, etc. Ce groupe GSI a validé la démarche processus, et s'assure de la mise en œuvre de la politique et de l'avancement du programme d'actions.

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

Le DPI est déployé dans l'établissement en deux composantes, l'une plus adaptée à la prise en charge de patients en médecine et SSR, et l'autre orientée médico-social, dont la gestion des interfaces et la communication entre ses différents volets est organisée, notamment avec un dossier de liaison.

Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées dans une procédure générale d'organisation du dossier, avec sécurisation de l'identification du patient, sécurisation de l'accès par les professionnels aux données du patient, et sécurisation de la conservation des données.

Une charte d'accès et d'usage du SI est en place. Les modalités d'accès sont organisées, avec droits d'accès pour les différents professionnels.

Des outils de communication sont en place, notamment pour sensibiliser sur les risques identifiés, et les résultats des indicateurs sont diffusés à l'ensemble des professionnels.

L'accès du patient à son dossier est organisé, avec information sur les droits d'accès (affichage dans l'établissement, livret d'accueil, site internet).

Le dossier patient rassemble l'ensemble des éléments produits en interne et en externe, permettant une communication de ces éléments aux professionnels impliqués dans la prise en charge.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, les responsables de l'établissement organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels, avec sensibilisation et informations régulières des professionnels sur les différents risques identifiés.

Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, état d'avancement, modalités de suivi), qui est suivi mensuellement par le groupe GSI, ainsi que trimestriellement par le Copil QGdR.

La mobilisation des professionnels est effective, notamment pour la vérification de la tenue du dossier patient, et dans la recherche de solutions d'adaptation des logiciels.

Les professionnels de l'établissement participent au signalement et à l'analyse des EI en lien avec la gestion du dossier patient.

Le centre hospitalier mène des audits (Patient Traceur, audit interne annuel de tenue des dossiers), et réalise des EPP (sur la traçabilité de la douleur, la dénutrition, la contention, la réévaluation de l'antibiothérapie).

Les copilotes du processus, avec l'appui des professionnels référents métiers dossier patient et du groupe GSI s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.). Ils intensifient les actions de sensibilisation des professionnels suite aux évaluations, dont ils communiquent les résultats aux équipes. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Ces actions sont identifiées par les copilotes du processus, avec la participation des professionnels (par exemple : traitement des dysfonctionnements des logiciels dossier patient).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les différentes pôles, services et unités de l'établissement. L'établissement met en place des actions de formation initiale et continue pour les professionnels directement concernés. Les responsables de l'établissement veillent à l'actualisation des compétences sur l'utilisation des fonctionnalités du dossier.

Des formations/sensibilisations des nouveaux arrivants aux règles de tenue et d'accès au dossier sont menées, conformément à la procédure interne d'intégration des nouveaux arrivants, actualisée en octobre 2016. De plus, des livrets de formation aux logiciels sont en ligne sur l'intranet.

Les responsables de l'établissement ont défini un système de communication du dossier entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge, notamment en cas d'hospitalisation de patient entré par les urgences, ainsi qu'en cas de transfert interne à partir des services de personnes âgées.

Le dossier étant informatisé, il est prévu des modalités de fonctionnement en mode dégradé.

Des documents d'information actualisés sont mis à la disposition des professionnels (par exemples procédure d'archivage, conduite à tenir en cas de fonctionnement en mode dégradé, livrets de formation par métier, compte rendu des réunions du groupe GSI) et des patients (livret d'accueil, formulaire de demande d'accès au dossier).

L'établissement dispose de locaux d'archivage et de moyens techniques permettant d'assurer la conservation, l'accessibilité (pour les anciens dossiers papier non scannés, présence d'un cahier de traçabilité de la situation du dossier) et la préservation de la confidentialité des informations concernant le patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

En lien avec le programme d'actions défini, les professionnels de l'établissement mettent en œuvre les organisations prévues pour la gestion du dossier patient, ainsi que pour informer le patient sur ses droits d'accès à son dossier.

Les entretiens avec les professionnels de l'établissement des différents pôles, services et unités, et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur ont montré la mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle du dossier patient.

Les règles de gestion du dossier sont connues des professionnels et appliquées. La traçabilité des informations est retrouvée, notamment les comptes rendus d'interventions de l'ensemble des professionnels. Les éléments constitutifs de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier.

Malgré les imperfections et limites des outils, et grâce à l'implication et la vigilance des professionnels, le système d'information permet d'assurer la coordination et la continuité de la prise en charge des patients. L'utilisation des équipements informatiques mis à disposition des professionnels est effective.

La communication des informations du dossier aux professionnels concernés en interne, notamment via le dossier de liaison si nécessaire, et en externe est effective.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les copilotes du processus, avec l'appui des professionnels référents métiers dossier patient et des membres du groupe GSI, assurent l'évaluation du fonctionnement du processus et le suivi de la mise en œuvre du plan d'actions, sur la base d'outils identifiés (tableau de bord avec indicateurs).

L'établissement assure l'évaluation de cette thématique en suivant des indicateurs (IQSS DPA - MCO et SSR, délais d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation DEC - MCO et en SSR ; et indicateurs propres à l'établissement, par exemple nombre de personnes formées à l'utilisation du DPI), en conduisant des audits (Patient Traceur, audit interne annuel de tenue des dossiers), et en réalisant des EPP (sur la traçabilité de la douleur, la dénutrition, la contention, la réévaluation de l'antibiothérapie).

Concernant l'accès du patient à son dossier, les rapports d'activité de la CRUQPC attestent du suivi et du respect des délais réglementaires de la communication.

A / AGIR

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

Le programme d'actions spécifiques à la thématique « dossier patient » est intégré et articulé avec le programme institutionnel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS).

Ce programme est suivi par les deux cadres de santé, référentes DPI, copilotes du processus, avec l'appui du groupe GSI qui en rendent compte trimestriellement au Copil QGdR, et bilanté et révisé, si nécessaire, annuellement : la plupart des actions sont réalisées ou engagées (par exemples : mise à jour de la procédure de gestion des archives, révision de la procédure de conduite à tenir en mode dégradé).

Suite à la recommandation de la dernière visite de certification, portant sur l'éclatement des pièces du dossier en SSR et la structuration de l'information des professionnels, l'établissement a réalisé l'ensemble des actions correctrices définies dans son plan d'actions.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels (réunions institutionnelles, d'encadrement et de service, bulletin qualité, affichage dans les services) et des usagers (notamment via la CRUQPC).

La CRUQPC est informée de façon régulière sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier (nombre de demandes d'accès, délais de transmission, suivi des actions d'amélioration).

Suite à l'analyse des EI déclarés en lien avec la tenue du dossier patient, l'établissement a engagé plusieurs actions d'amélioration pour fiabiliser la connexion des ordinateurs portables au réseau. L'établissement communique également en interne sur ses résultats en termes d'amélioration de pratiques de traçabilité, notamment de l'information donnée aux patients.

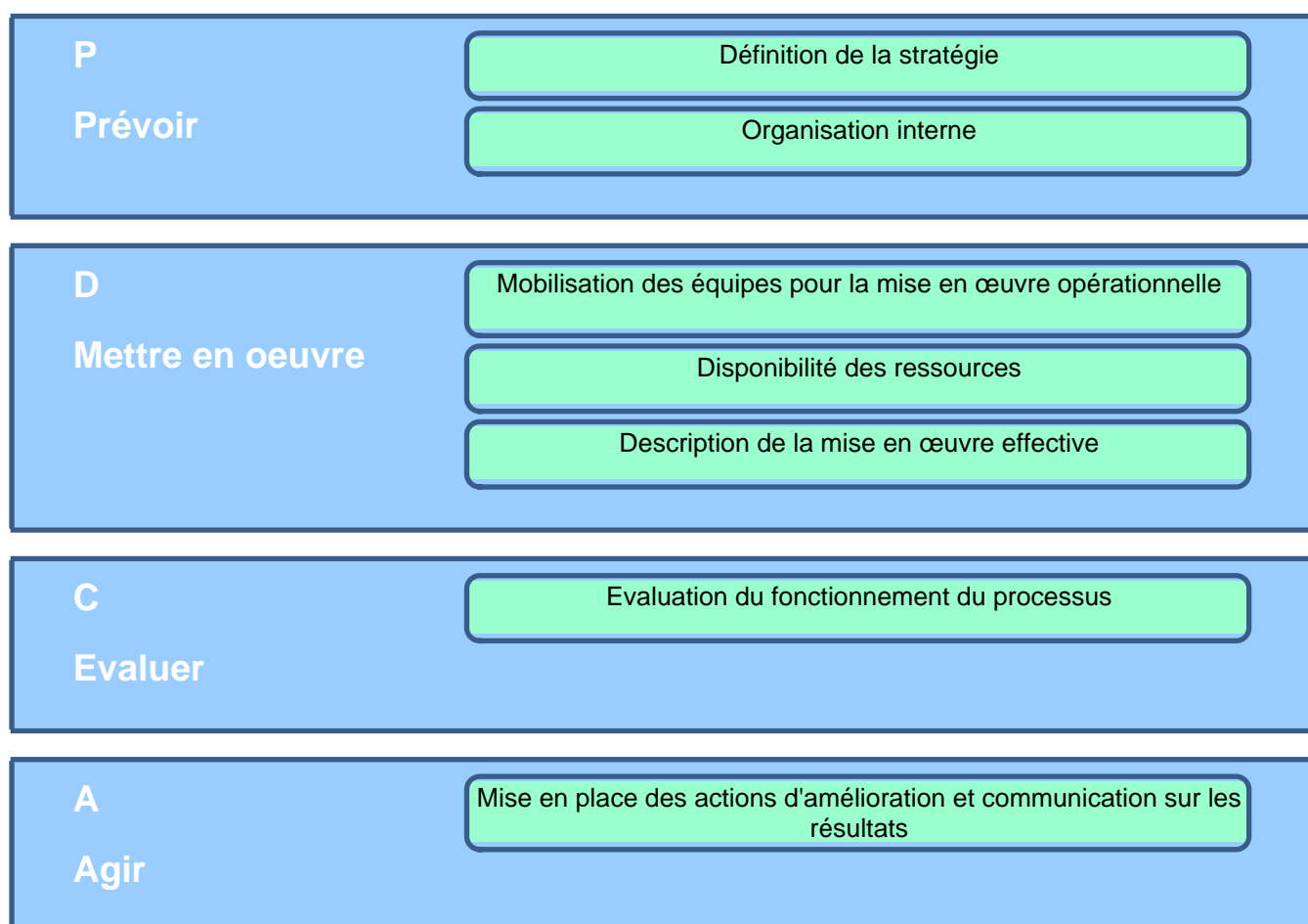
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier a défini une politique et des objectifs relatifs au Management de la prise en charge médicamenteuse du patient, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. La politique est basée sur l'identification des missions et besoins, ainsi que l'analyse des risques de l'Etablissement.

L'analyse des risques prend en compte les risques a priori, les événements indésirables analysés, les risques professionnels les audits effectués. Une enquête d'appropriation de la culture qualité durant la semaine sécurité a également été intégrée.

Le suivi de décision V2010 des recommandations sur le management de la prise en charge médicamenteuse du patient, la prise en charge médicamenteuse du patient et la prescription médicamenteuse, est intégré aux risques identifiés.

Les risques sont hiérarchisés dans le Compte Qualité, selon la méthodologie proposée par la HAS.

Les risques prioritaires sont identifiés dans le PAQSS, et intégrés au Compte Qualité.

La Politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, formalisée dans sa version 2 d'octobre 2016, est complétée par la Politique de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (version 1 de mars 2016).

Cette politique est déclinée à travers le PAQSS "Prise En Charge Médicamenteuse".

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus.

Le Comité du Médicament, Comedims multi professionnel, est en place depuis le 22 avril 2004. Il s'est réuni 4 fois en 2016 ; son règlement intérieur est formalisé ; un bilan annuel d'activité est rédigé.

5 infirmières membres du Comedims sont identifiées comme étant référentes auprès de leurs collègues.

Les Pilotes de processus désignés sont le pharmacien et le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, RSMQPECM.

Le Responsable du Système de management de la prise en charge médicamenteuse a été désigné en 2015 : il s'agit d'une préparatrice en pharmacie qui a suivi une formation spécifique de quatre jours en 2015.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels tant pour le pharmacien que pour le RSMQPECM ou les préparateurs en pharmacie.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires.

78 procédures et protocoles sont formalisés sur six étapes du processus de prise en charge médicamenteuse, dont 41 en version 1 datent de 2016 et 2017.

La prise en charge médicamenteuse est informatisée depuis 2008 sur l'ensemble de la structure.

Les règles et supports de prescription sont formalisées et ont été validées en Comedims par l'ensemble des prescripteurs en novembre 2016.

Des outils d'aide pour le pharmacien et les médecins à l'adaptation de la posologie ont été formalisés.

Aux urgences, certains médecins continuent à prescrire sur un document papier qui est intégré dans le dossier informatisé si le patient est hospitalisé : cela ne concerne qu'une minorité de patients externes, et jamais les patients hospitalisés ; l'établissement n'a identifié aucun risque à ce jour, aucun événement indésirable n'a été déclaré.

L'organisation de la permanence pharmaceutique est formalisée pour la dotation pour besoins urgents, et en matière de convention ou de gestion des astreintes. Une convention a été signée avec l'établissement voisin pour répondre à la continuité de la prise en charge médicamenteuse.

Les dotations sont revues annuellement.

Les dotations pour les besoins urgents ont été définies par bâtiments pour les anti biotiques injectables, les traitements cardiaques, les antalgiques.

Des actions régulières de sensibilisation sont organisées par le pharmacien ; des formations à la prévention des erreurs médicamenteuses ont été organisées en 2013 et 2015 : 13 personnes ont été formées en 2016 à la Sécurisation du médicament.

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

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels.

Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus lors des réunions de service et durant les transmissions.

Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues grâce aux audits.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont faits avec les professionnels concernés : toutes les fiches d'événements indésirables sont reprises en Comedims.

3 Remed ont été organisées en 2016.

5 EPP sont en cours sur la prise en charge médicamenteuse :

- Bonnes pratiques de prescription de forme orale chez les patients ayant des troubles de la déglutition ou porteurs d'une sonde gastrique,
- Prévention de la iatrogénie chez la personne âgée en EHPAD,
- Prévention de la iatrogénie chez la personne âgée en SSR gériatrique,
- Suivi du traitement par AVK en SSR,
- Gestion du traitement anticoagulant ou anti agrégants plaquettaire en vue d'une chirurgie buccale (extraction dentaire).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement dispose des ressources en compétences au niveau de la pharmacie :

- un pharmacien temps plein,
- un pharmacien à 50 % mutualisé avec un autre établissement,
- un pharmacien remplaçant,
- Quatre équivalents temps plein de préparateurs,
- Une secrétaire à temps plein.

L'établissement dispose des ressources en matériel et documentation.

A la pharmacie, l'accès aux locaux est sécurisé, un sas permet d'accueillir les soignants. Un réfrigérateur avec alarmes contient les médicaments devant être conservés au froid.

Les locaux permettent de séparer les médicaments des dispositifs médicaux. Les stupéfiants sont stockés dans un coffre fort.

Les préparateurs et les pharmaciens disposent de matériel adapté à leur activité.

Les services disposent d'armoires de dotation, de chariots de médicaments avec ordinateurs portables permettant la validation au plus près de l'administration.

La documentation (procédures et protocoles, etc.) accessible et actualisée est disponible dans les secteurs d'activité dans la gestion documentaire informatisée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes.

L'accès à la pharmacie est sécurisé.

L'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet des patients incluant le traitement personnel est effective.

Un projet de conciliation médicamenteuse a débuté avec le pharmacien en mars 2016, et s'est poursuivi en fonction de ses disponibilités.

Les bonnes pratiques en matière de préparation sont respectées : les préparateurs préparent les piluliers selon une organisation claire. Dans le logiciel, il est possible de retrouver le nom de la personne qui a préparé les piluliers.

Les infirmiers ne peuvent venir que durant la présence du pharmacien, pour récupérer soit la dotation en caisses serties, soit le chariot des piluliers, soit les commandes urgentes selon des rythmes définis et connus.

Au niveau des services, il a été constaté durant la visite que les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments sont respectées : hygiène, sécurisation, chaîne du froid, particulièrement des médicaments à risque, et les stupéfiants.

La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie transfert inclus est effective. Le traitement personnel est clairement identifié et rangé dans un tiroir dédié, au bas de l'armoire à pharmacie. Les prescriptions sont faites par les médecins soit à partir de protocoles pré définis dans l'outil informatique, soit ligne par ligne. Les durées de prescription sont variables. Le pharmacien a paramétré les durées de prescription pour un certain nombre de familles de médicaments.

L'infirmière évalue l'autonomie du patient grâce à un outil informatisé, de 6 questions. A l'issue de l'évaluation, le patient identifié autonome gère lui-même son traitement journalier qui lui est remis pour la

journalière.

Les règles d'administration sont respectées, dont la traçabilité des médicaments. La validation informatisée se fait au plus près de l'administration.

Toutefois, pour les patients autonomes, les bonnes pratiques d'administration des médicaments (traçabilité) ne sont pas totalement respectées : la validation de l'administration se fait une fois par jour, en a priori.

L'établissement à ce jour n'a relevé aucun incident ; il indique vouloir s'intéresser au problème à l'avenir, mais n'évoque aucune échéance.

L'information des patients sur le bon usage des médicaments est tracée par les dossiers.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles entre la pharmacie et les services de soins et avec les acteurs extérieurs au moment de la sortie. Le patient sort avec une ordonnance pour huit jours, et son traitement personnel lui est rendu.

La traçabilité des actes et activités est assurée en informatique.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus, sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.).

Un Dispositif d'évaluation et de suivi notamment à l'aide de 8 indicateurs est en place :

- Nombre de déclarations d'événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse : passage de 36 événements indésirables déclarés en 2014, à 138 sur le circuit du médicament en 2016,
- Nombre d'EPP en lien avec la prise en charge médicamenteuse (5 en 2016),
- Taux de conformité du remplissage des piluliers par rapport à la prescription (98.5 % en 2015, 100 % en 2016),
- Nombre de visites d'armoire (8 en 2014, 6 en 2015, 7 en 2016),
- Taux de retour des alertes péremption (77 % en 2015, 85 % en 2016),
- Taux de retour des alertes retrait,
- Taux de satisfaction du patient sur l'information sur son traitement mis en place en 2016,
- Suivi des analyses pharmaceutiques dans le DPI ; prescriptions non vues avec un objectif de moins de 5 % mis en place en mai 2016.

Un audit sur l'administration a eu lieu en 2016, et a conduit à un plan d'actions présenté en réunion d'encadrement en décembre 2016 ; 3 Remed ont été organisées en 2016 ; 5 EPP sont en cours sur la prise en charge médicamenteuse.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel, entre autre :

- Homogénéisation des armoires de médicaments en médecine et SSR,
- Etiquettes jaunes à la pharmacie pour médicaments ayant conduit à un événement indésirable,
- Etiquettes discriminantes pour médicaments à consonance proche,

Des supports et modalités de diffusion sont établis, la Lettre Qualité est diffusée régulièrement ; celle de mai 2016 portait sur la thématique "prise en charge médicamenteuse".

Des mails sont envoyés à l'ensemble des professionnels chaque fois qu'une nouvelle procédure est insérée dans la gestion documentaire.

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

Les travaux sur la prise en charge médicamenteuse ont été présentés à en novembre et décembre 2016 à 86 personnes lors de réunions de services.

Un article sur la chambre des erreurs mise en place dans l'établissement est paru dans la presse locale en décembre 2015.

Durant la semaine de sécurité patients de novembre 2016, les membres du COMEDIMS ont fait une information sur le médicament.

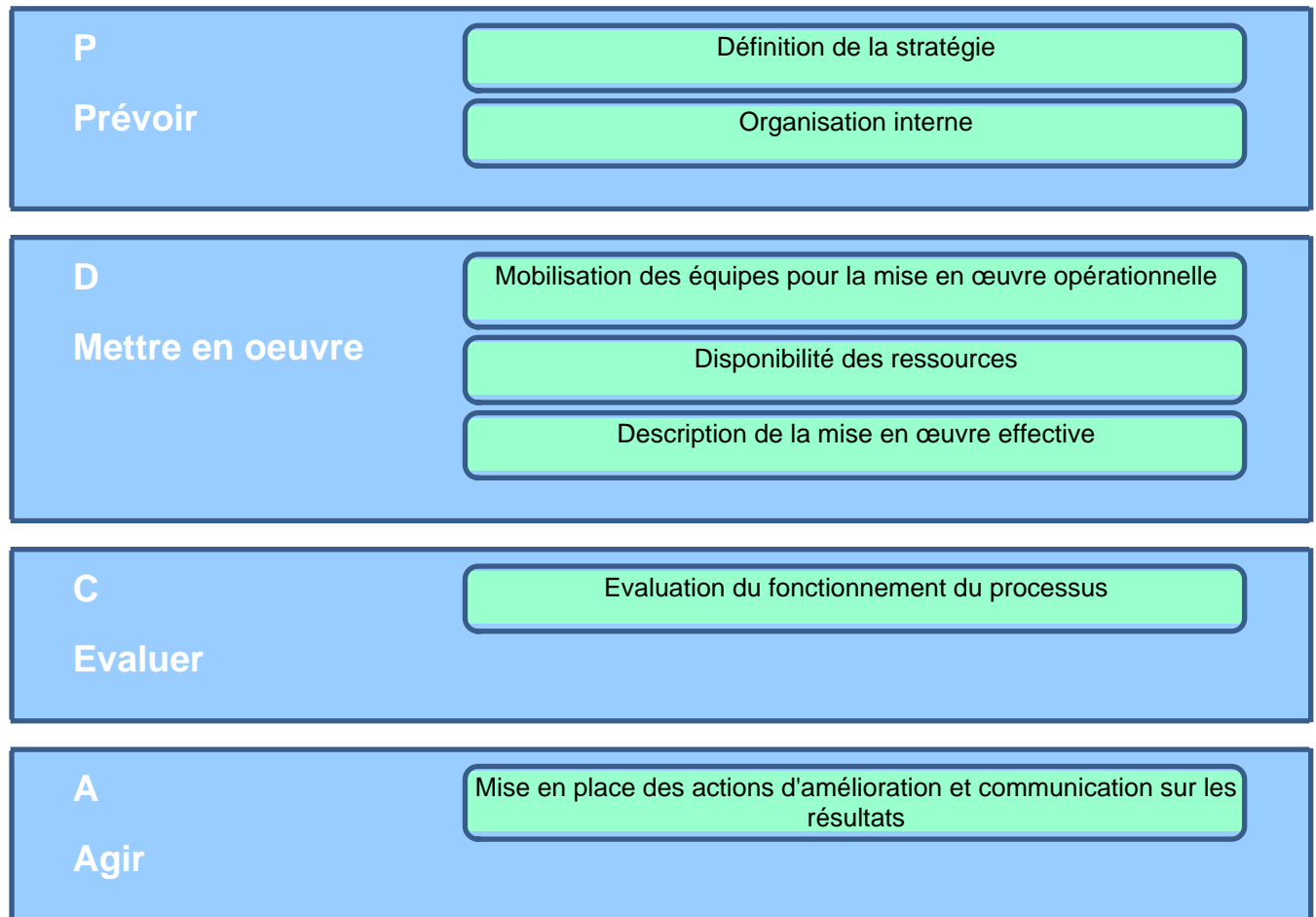
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier Bagnères de Bigorre a défini une politique et des objectifs pour la prise en charge des urgences et des soins non programmés, cohérents avec les autorisations délivrées par l'ARS (Urgences générales et SMUR) et les filières identifiées (orthopédie, neurovasculaire, cardiologie, pédiatrie, psychiatrie et addictologie). Cette politique et ces objectifs sont élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte régional et d'une analyse des risques propres à l'établissement ; un pilotage institutionnel du fonctionnement médical des urgences est en place.

Les Urgences du centre hospitalier fonctionnent en convention avec celles du centre hospitalier de Tarbes (mutualisation de moyens humains et matériel pour le SMUR).

Il n'y a pas de plateau technique au centre hospitalier de Bagnères ; la biologie est effectuée par un laboratoire ville 24h/24 ; le service de radiologie fonctionne avec un radiologue à temps partiel (4 jours par semaine) ; l'accès aux scanners des centres hospitaliers de Tarbes et Lourdes et à l'IRM du centre hospitalier de Tarbes est garanti dans les mêmes conditions que les patients des centres hospitaliers de Tarbes et Lourdes.

19% des patients qui s'adressent aux Urgences sont des enfants.

La politique est exposée dans le projet médical qui a été validé par les instances concernées. Elle est déclinée dans un programme d'amélioration formalisé et priorisé, qui figure dans le compte qualité.

L'établissement a mobilisé toutes les compétences utiles pour l'analyse des risques et leur hiérarchisation figurant dans le compte qualité, concernant le secteur des urgences et des soins non programmés. L'analyse des risques prend en compte les risques à priori et les événements indésirables.

Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins produits par l'établissement sont exploités par les différents pilotes. Ainsi, les pilotes des urgences générales exploitent l'IQSS Tenue du dossier du patient - urgences adultes.

ORGANISATION INTERNE

Le centre hospitalier a défini une organisation pour piloter le processus. Les pilotes sont le cadre de santé et le Médecin Chef de service des Urgences.

Les pilotes des urgences générales et des soins non programmés sont formés à l'analyse des risques a priori.

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

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines en termes d'effectifs et de qualification nécessaires, pour assurer la permanence et la continuité des soins.

Des formations sont planifiées annuellement pour l'ensemble du personnel afin d'améliorer ses compétences, et pour l'accueil et l'orientation des patients arrivant aux Urgences.

Les ressources matérielles sont prévues pour les différentes filières de prise en charge en urgence : les locaux actuels bénéficient d'une signalétique opérationnelle ; ils sont vétustes mais fonctionnels.

Les équipements médicaux nécessaires sont prévus et leur maintenance préventive et curative est organisée.

Des circuits spécifiques sont définis et formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients, y compris les enfants.

La documentation nécessaire est constituée au sein de chaque secteur et filière, en cohérence avec les besoins identifiés et avec la participation des professionnels concernés. Elle s'appuie sur des sources reconnues (sociétés savantes).

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter en interne la concertation entre les professionnels et les secteurs d'activité (service des urgences et services d'aval). Les modalités d'information et de coopération avec les professionnels de santé extérieurs à l'établissement sont organisées pour faciliter l'orientation des venues : en particulier, l'établissement a développé un accès téléphonique direct aux médecins en charge des différentes filières (notamment avec le centre hospitalier de Tarbes). La communication avec les structures d'aval au moment du transfert ou de la sortie du patient est organisée, avec notamment un échange téléphonique avec le Médecin traitant du patient.

Pour faciliter les échanges avec des patients parlant une langue étrangère, un outil de communication a été élaboré en plusieurs langues.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management du service organise la déclinaison de la démarche institutionnelle de qualité et sécurité des soins en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables de chaque secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et sur l'organisation de la prise en charge (actions de communication, informations régulières). Le management de chaque secteur s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (procédures, protocoles, interfaces). Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou d'indicateurs). Les professionnels connaissent les modalités de déclaration des événements indésirables. L'équipe de gestion des risques associés aux soins associe les professionnels concernés à l'analyse des causes profondes des événements indésirables graves ou récurrents advenus dans ces secteurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines en termes d'effectif et de compétence sont disponibles dans les secteurs d'activité. La qualification nécessaire des professionnels est respectée et maintenue par les actions de formation institutionnelles, internes au service et extérieures. Toutes les IDE des Urgences/SMUR sont formées régulièrement. La formation des nouveaux arrivants médicaux et paramédicaux est effective et encadrée.

La documentation est accessible sur plusieurs supports différents : format papier, serveur intranet ou application dédiée. Elle est connue et utilisée par les différentes catégories de professionnels.

Les locaux des urgences générales sont fonctionnels et peuvent accueillir des urgences courantes, y compris celles à risque infectieux (procédure pour la grippe aviaire). Cependant, dans le secteur des urgences générales, l'exiguïté de certaines zones de prise en charge compromet le respect de l'intimité, de la confidentialité et du confort du patient (attente des patients couchés) ou gêne les professionnels dans la réalisation des manoeuvres de réanimation (salles de déchoquage). Des travaux de réhabilitation sont prévus.

Cependant, les ressources humaines ne sont pas toujours disponibles : il n'y a qu'une IDE la nuit aux urgences ; en cas de sortie SMUR (290 sorties/an), c'est l'IDE de SSR qui quitte son service pour assurer la continuité des soins aux Urgences. Cette situation demeure très rare, puisque les sorties SMUR après 21h représentent environ 1 heure par semaine en temps cumulé. L'établissement a identifié ce risque, mais ne prévoit pas d'action d'amélioration au vu de la faible fréquence du risque.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque secteur d'activité (service des urgences et filières spécialisées) met en oeuvre les organisations prévues pour ses management et fonctionnement internes. Les circuits prévus sont respectés, les effectifs présents sont conformes à l'organisation, la permanence des soins est assurée grâce à la mutualisation des moyens médicaux et paramédicaux.

Au sein de l'établissement, les interfaces entre secteurs et le recours aux avis spécialisés sont opérationnels. Les interfaces dans le cadre de la régulation des urgences et des réseaux spécialisés sont effectives. La gestion des flux d'aval avec les services de l'établissement, les autres établissements et la médecine de ville est assurée.

Les prises en charge sont conformes aux organisations prévues. L'accueil aux urgences générales est assuré par une IDE formée de façon appropriée, le premier examen médical est assuré par un médecin senior.

L'accueil et la prise en charge dans les filières spécialisées sont assurés par des professionnels qualifiés. Les prises en charge sont tracées, soit sur le dossier informatisé dédié, soit sur le dossier papier.

Plusieurs filières spécialisées sont formalisées ; AVC, IDM, Pédiatrie, Psychiatrie.

Il existe une offre de soins non programmés spécifique adossée à la maison médicale de garde (à proximité des urgences), et qui accueille les patients ne relevant pas réellement des urgences vitales.

Les IDE bénéficient d'un protocole antalgique à utiliser en l'absence temporaire d'un Médecin

Les Urgences utilisent à la fois le dossier patient papier et un dossier patient informatisé

Les transports du patient sont effectués soit par les professionnels des secteurs d'urgence, soit par des ambulanciers, dans des conditions adaptées à la sécurité et à la confidentialité.

Le transfert interne du patient vers une unité d'hospitalisation est accompagné par une transmission en temps réel des documents médicaux et d'une fiche de liaison paramédicale spécifique facilitant la continuité de la prise en charge.

L'information du patient ou de son entourage sur son état de santé et son projet de soins est réalisée dans des conditions conformes aux bonnes pratiques.

La gestion des lits d'aval permet actuellement de limiter les durées d'attente avant hospitalisation dans le secteur des urgences générales.

Les délais d'attente ne dépassent que rarement 1 heure, dans des conditions de confort et d'intimité relatives. L'évaluation et la surveillance de la douleur sont assurées et tracées ; l'évaluation est toujours réalisée à l'aide d'échelles appropriées (auto ou hétéro) mises à disposition des professionnels.

Les analyses biologiques sont effectuées dans un laboratoire de ville 24h/24 et les résultats sont communiqués aussi bien en format papier par fax, qu'en format informatique.

Une liaison informatique permet aux urgentistes de consulter à distance le dossier des patients transférés et hospitalisés au centre hospitalier de Tarbes.

Les patients bénéficient de bracelets d'identification.

Les patients suicidaires bénéficient du secteur psychiatrique et du CMP de Bagnères.

Les patients en Soins Palliatifs suivis par le réseau "ARCADE" sont répertoriés ; en cas de passage par les Urgences, ils arrivent avec leur dossier médical.

Les patients toxicomanes ou souffrant d'addiction sont également adressés au centre hospitalier de Tarbes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les secteurs d'urgences utilisent des tableaux de bord permettant le suivi de leurs activités et des flux. Les durées de passage et d'attente entre les différentes étapes de la prise en charge aux urgences générales sont tracées et analysées : accueil IAO, premier examen médical, sortie ou transfert en UHCD ou service, etc. Les délais de prise en charge sont tracés et analysés pour les filières spécialisées de pédiatrie, neurovasculaire et cardiologie interventionnelle.

En sus des indicateurs institutionnels, les secteurs ont également développé des indicateurs spécifiques d'évaluation de leurs pratiques.

Un audit a été réalisé sur la prise en charge des patients classés CCMU 4 et CCMU 5 ; les résultats confirment que aussi bien la prise en charge que la coordination du transfert sont satisfaisants.

Ces données sont analysées avec le concours de l'équipe de gestion des risques. Des bilans sont produits à périodicité définie pour chacun des secteurs.

Chaque secteur communique ses résultats aux professionnels concernés.

A / AGIR

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

Au-delà de la déclinaison au niveau des secteurs des actions d'amélioration institutionnelles, certains secteurs ont établi un programme d'actions spécifiques (urgences générales, pédiatriques, gynécologie-obstétrique, psychiatrie, cardiologie interventionnelle).

Ces actions d'amélioration sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Chaque secteur gère la communication des résultats en direction des professionnels internes et externes.