



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER DE  
GAILLAC**

Avenue rene cassin  
Bpn 70036  
81601 Gaillac  
MARS 2018

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	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
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	23
DOSSIER PATIENT	29
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	33

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>
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"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>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).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul>
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 GAILLAC	
Adresse	Avenue rene cassin 81601 Gaillac
Département / région	TARN / OCCITANIE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	810010652	GCS BIH GAILLAC LAVAU GRAULHET	Avenue rené cassin Bpn 70036 81600 GAILLAC
Entité juridique	810000349	CENTRE HOSPITALIER DE GAILLAC	Avenue rene cassin Bpn 70036 81601 Gaillac
Etablissement de santé	810000513	CENTRE HOSPITALIER DE GAILLAC	Avenue rene cassin Bpn 70036 81601 Gaillac

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Médecine	28	/
SLD	SLD	29	/
SSR	SSR	27	4

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

### Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	CH d'ALBI Bon Sauveur d'ALBI H de LAVAU – CH de GRAULHET
Regroupement / Fusion	Convention de direction commune avec le Centre hospitalier d'Albi

Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	USLD en janvier 2014



# 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 n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité 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
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	A définir	A définir	H Complète	simple	MCO
2	personne âgée	Affections de la personne polypathologique, dépend	A définir	H Complète	complexe	SSR
3	Adulte	A définir	A définir	H Complète	complexe	SLD

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

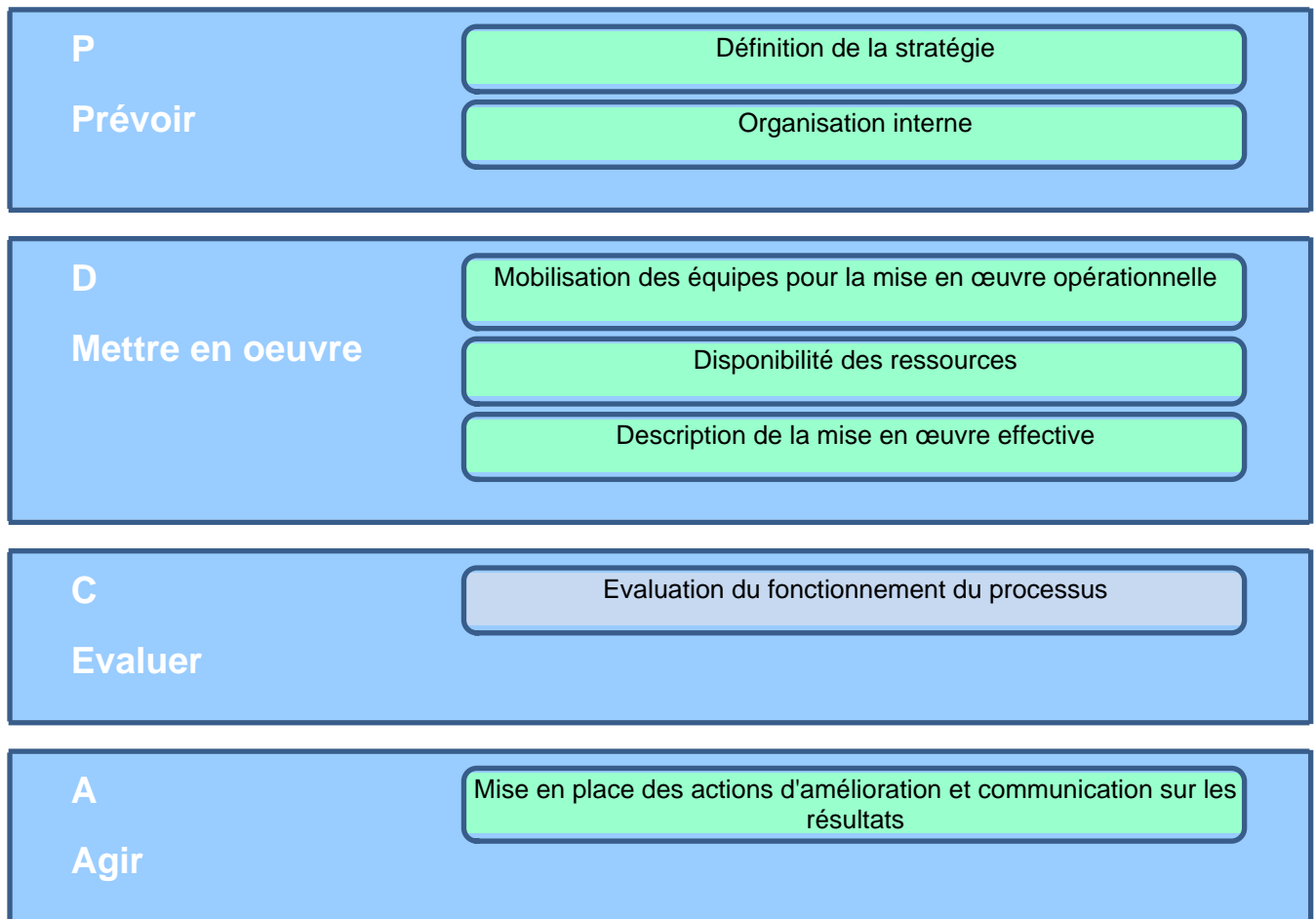
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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**

Il existe une politique qualité et gestion des risques actualisée en juin 2017. Elle s'inscrit dans le cadre des orientations stratégiques de l'établissement du Centre Hospitalier. Les principes sont soutenus par l'engagement de la direction et par le management avec l'implication des usagers.

La politique intègre notamment les obligations légales et réglementaires, la gestion de crise ainsi que la démarche de gestion des risques et plus particulièrement la gestion des risques a priori et a posteriori. Elle est élaborée sur la base des orientations nationales, des recommandations de la HAS, du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (2013/2017) et des résultats de la certification V2010. La politique qualité et gestion des risques définit les orientations stratégiques, le pilotage de la démarche, le management opérationnel, les évaluations, la communication. Elle est déclinée dans un programme annuel d'actions formalisé, le "Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins". Les ressources et modalités de suivi de la politique et du programme sont identifiées. Le représentant des usagers a été associé aux travaux de la démarche et les nouveaux représentants des usagers, en fonction depuis début 2017, ont été informés de la démarche. La politique des Evaluations de Pratiques Professionnelles est décrite dans un document intitulé "mode opératoire EPP". Le processus Management de la qualité et des risques est établi en fonction de l'évaluation structurée des risques. Les risques intégrés au compte qualité ont été identifiés à partir d'audit de processus réalisé par les pilotes de processus avec la contribution des groupes de travail. Des échelles de gravité, de fréquence et une grille de criticité (références HAS) ont permis la priorisation des risques du compte qualité. Les mesures de traitements des risques sont arrêtées. Les objectifs d'amélioration sont élaborés à partir de l'identification des besoins, du contexte et de l'analyse des risques. Le compte qualité est articulé avec le PAQSS institutionnel.

**ORGANISATION INTERNE**

Le CH de Gaillac a établi une organisation pour piloter le processus Management de la qualité et des risques. La politique décrit la gouvernance de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Les missions du service qualité y sont également formalisées. Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, en lien fonctionnel avec le président de la CME, travaille avec chaque instance dont le CLIN.

Le CH de Gaillac a désigné des pilotes pour chaque processus. Les interactions des acteurs reposent sur des circuits définis et articulés entre eux (CME, management décisionnel, direction des soins, encadrement, professionnels et référents dans les unités). La cohérence des missions et des compétences est assurée. Les plans de formations 2015, 2016 et 2017 intègrent des actions de formation concernant des déclarations d'événements indésirables et l'utilisation de la gestion documentaire informatisée. Au regard des besoins et risques identifiés, le CH de Gaillac s'assure de l'existence des ressources humaines en termes d'effectifs tant pour le fonctionnement du système qualité que pour la réalisation des activités. La Directrice Qualité et l'Ingénieur qualité assurent l'organisation globale du système qualité en synergie avec les pilotes de processus et l'encadrement qui ont pour la majorité bénéficié d'une formation sur l'audit de processus. Les ressources matérielles sont identifiées et allouées. Les locaux sont adaptés. Ils sont équipés de manière à pouvoir répondre aux besoins des usagers et professionnels. Un projet de restructuration va débuter en 2018 pour les services de médecine et d'USLD. Les ressources nécessaires au système qualité (saisie et analyse des questionnaires de satisfaction, logiciel de signalements des EI) sont opérationnelles. Le dispositif de gestion documentaire est en place, accessible et adapté. L'accès à la documentation informatisée est privilégié pour garantir le recours aux documents en vigueur. Les ressources documentaires nécessaires aux activités de soins existent (procédures, protocoles). Leur production est assurée de manière structurée et ils sont mis à la disposition des équipes. Les documents sont diffusés et actualisés. Les ressources informatiques nécessaires sont opérationnelles dans les unités. La maintenance du SI est opérationnelle. La gestion des risques est organisée. Une partie des professionnels de l'établissement a participé à l'analyse des risques dans le cadre du compte qualité du CH de Gaillac. Le dispositif de gestion des événements indésirables est approprié et opérationnel. Il permet une analyse des causes notamment profondes, selon une méthodologie adaptée et associant les acteurs concernés, notamment les professionnels des services concernés par l'événement. La gestion des plaintes et des réclamations est organisée et contribue au programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. L'articulation avec la gestion des risques est effective. Il existe une organisation pour les EPP. Elles sont validées en CME. La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est organisée. La gestion des circuits et interfaces est organisée avec un système d'information qui facilite la coordination et la continuité de ces interfaces. Des actions de communication sont organisées pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés et sur le processus. De même, les représentants des usagers participent à la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de la CDU comme cela a été vérifié lors de la rencontre de ces représentants au cours de la visite.

## D / METTRE EN ŒUVRE

### **MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Les audits de processus au cours de la visite de certification confirment que les plans d'actions institutionnels sont déclinés dans les unités. La responsable qualité intervient lors des réunions avec l'encadrement de proximité afin d'impliquer les professionnels dans la démarche qualité sécurité des soins et permettre la communication descendante. Les cadres relaient la sensibilisation des professionnels à la déclaration des EI et les encouragent à déclarer par une approche responsable. Le circuit permet une analyse des causes notamment profondes, selon une méthodologie adaptée et associant les acteurs concernés, en particulier les professionnels des services concernés par l'événement. Les cadres de santé sensibilisent les professionnels à la gestion documentaire. Des référents, relais des différents comités, présents dans les unités participent au relai d'information pour assurer la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions de suivi sont identifiées en cas de besoin, par exemple en cas de dysfonctionnements internes, de baisses de résultats et ou de variations des valeurs des indicateurs. Les pilotes et responsables d'unité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et sur le processus notamment par des actions de communication et d'informations en réunions. La démarche d'évaluation des risques a priori au sein des équipes de soins est appropriée et opérationnelle selon les professionnels rencontrés. Cela a été constaté par les experts au cours des audits. Chaque unité met en œuvre les organisations définies à l'échelle institutionnelle en fonction de ses propres spécificités. Les professionnels médicaux et para médicaux sont mobilisés autour de diverses évaluations de pratiques professionnelles en cours au moment de la visite. Une équipe de dix auditeurs internes est en place pour mener les évaluations internes. Ils ont suivi une formation spécifique en 2011.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources humaines nécessaires à la qualité et à la sécurité des soins en termes de compétences et d'effectifs formés (formation initiale, continue, qualifiante) sont disponibles au sein des unités. La Directrice qualité, la responsable qualité et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins sont formés à la qualité et sécurité. Les formations nécessaires à la qualité et à la sécurité des soins prévues au plan de formation sont mises en œuvre au regard des orientations stratégiques de l'établissement. Les pilotes de processus ont suivi une formation en 2015. L'ensemble des professionnels ont été formés au moment du déploiement de la GED. Les ressources documentaires sont disponibles dans l'ensemble des unités CH de Gaillac via une gestion électronique des documents (GED) accessible par intranet à tous les professionnels depuis 2016. La gestion documentaire est connue des professionnels rencontrés au cours des audits de processus. Les ressources matérielles nécessaires à la qualité et à la sécurité des soins sont disponibles. Les locaux sont en adéquation avec les orientations institutionnelles (par exemple le projet architectural pour le service de médecine et USLD), avec les besoins exprimés sur les plans quantitatif et qualitatif.

### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Chaque unité met en œuvre des actions prévues pour le fonctionnement et le management internes en termes de démarche qualité et sécurité des soins. Les interfaces entre unités sont opérationnelles et facilitées par la GED. Le signalement des événements indésirables et leur analyse participative sont effectifs. 6 EI déclarés ont fait l'objet d'une analyse en équipe pluridisciplinaire en 2016, 6 en 2017 et 1 RMM en 2016. Les actions correctives sont intégrées lors de l'actualisation du plan d'amélioration de la qualité. Les éléments issus des plaintes et réclamations sont exploités, présentés aux représentants des usagers en CDU et font l'objet d'actions correctives intégrées au programme d'action qualité de l'établissement ainsi que les actions émanant de l'analyse des enquêtes de satisfaction (questionnaires de sortie par exemple). La démarche qualité mise en œuvre au sein des unités concourt à assurer une prise en charge adaptée et tracée, étape par étape. Ceci est confirmé par certains résultats d'indicateurs (traçabilité de l'évaluation de la douleur, de la réévaluation de l'antibiothérapie à 72h). Les professionnels de santé disposent de la ressource documentaire nécessaire à leur activité. Des groupes pour l'évaluation des pratiques professionnelles sont actifs et œuvrent pour proposer des actions d'amélioration à intégrer au PAQ de l'établissement (EEP surveillance de la prescription des antibiotiques, anticoagulants oraux...). Cependant, la mise en œuvre des plans d'actions du compte qualité est hétérogène. En effet, les experts-visiteurs ont constaté par le biais des audits de processus que les actions relatives au processus "prise en charge médicamenteuse" identifiées dans le compte qualité sont très partiellement mises en œuvre malgré trois recommandations sur le thème lors de la V2010. L'analyse pharmaceutique reste partielle, les procédures ne sont pas homogènes pour les 3 unités.

## C / EVALUER

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

Le Centre Hospitalier de Gaillac assure régulièrement l'évaluation du fonctionnement du processus de management de la qualité et de la sécurité des soins en suivant les actions du plan d'action qualité ainsi que l'évaluation des activités de soins. Il participe au recueil des indicateurs qualité obligatoires (IQSS) et indicateurs Hôpital Numérique. Les indicateurs nationaux sont recueillis également en dehors des campagnes de recueils. Le suivi de la mise en œuvre du processus qualité et sécurité des soins et des activités de soins est assuré par les pilotes. Les pilotes recueillent et analysent des indicateurs de pratiques (suivi taux de satisfaction des usagers, suivi des plaintes et réclamations, suivi du nombre d'agents formés...). Les EPP sont suivies par la commission médicale d'établissement. Les pilotes des processus sont impliqués dans la démarche pour les évaluations en lien avec leur processus. D'autres évaluations complètent le dispositif d'évaluation en cours (pour exemple : audit patient traceur, enquêtes de satisfaction, benchmarking). Les résultats sont communiqués aux professionnels et aux partenaires, ils sont diffusés aux responsables et en réunions des différentes instances, y compris pour les représentants des usagers. Des résultats sont disponibles sur l'intranet. Les indicateurs sont diffusés par affichage. Le PAQ est réajusté annuellement en définissant de nouveaux objectifs et en intégrant des actions correctives issues des évaluations.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration sont intégrées au Programme d'action qualité. La communication des résultats d'indicateurs et des actions est réalisée en interne. Des supports et modalités de diffusion sont établis en interne via intranet, journal interne et bulletin d'informations. Ces données sont relayées par les cadres de santé sur le terrain aux cours de réunions de services. Les indicateurs à diffusion obligatoire (IQSS) sont diffusés notamment, auprès des professionnels et des usagers, par affichage. Les services et les instances dont la CME et la CDU sont informés sur le retour des résultats des différents questionnaires d'évaluation de la satisfaction des usagers. Le suivi des actions conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Un réajustement du programme et de la politique qualité et gestion des risques est effectué en fonction des évaluations menées et résultats obtenus.

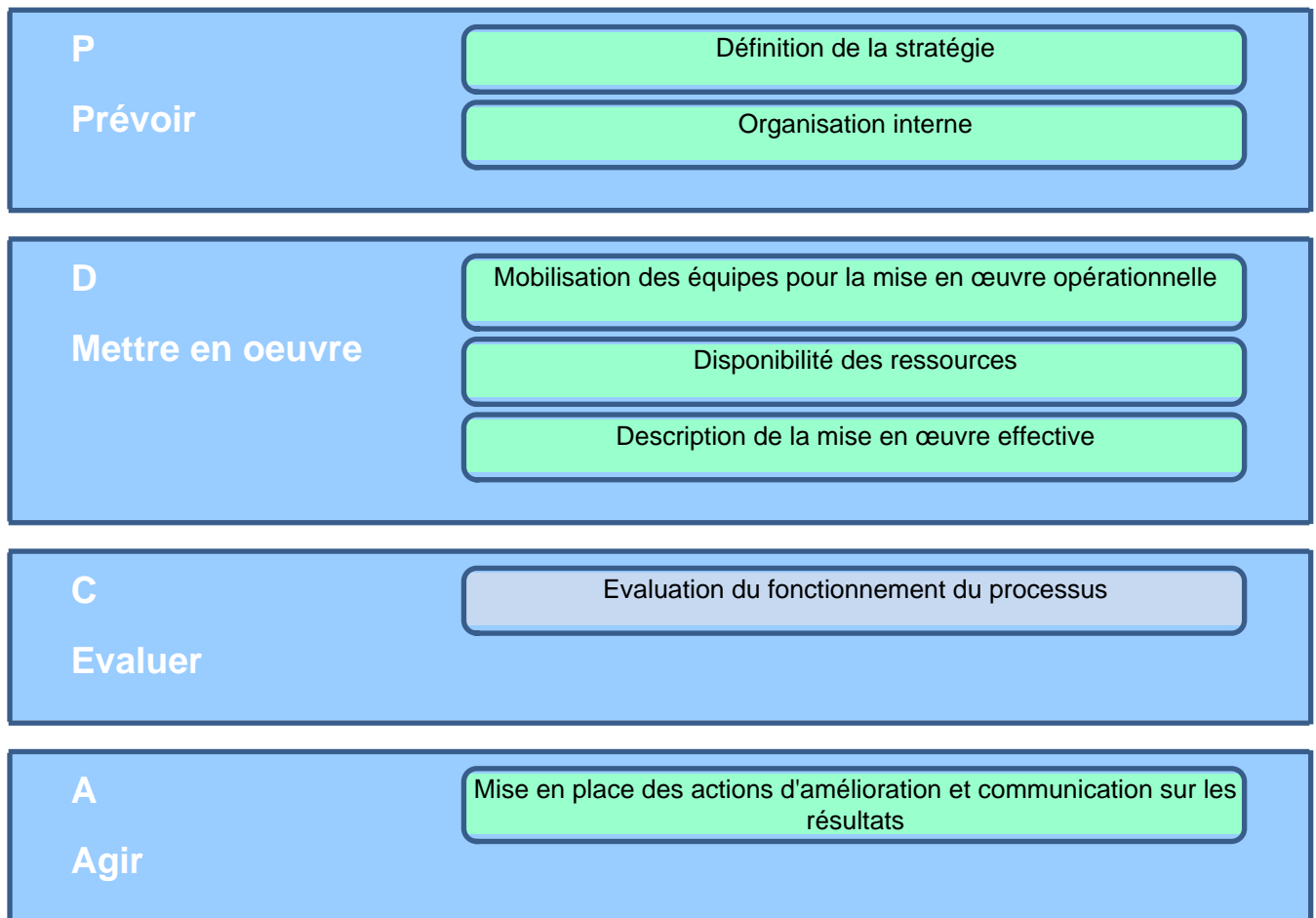
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 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**

AU CH de Gaillac, la stratégie du processus "gestion du risque infectieux" est déclinée dans le document actualisé en juin 2017 avec 5 axes prioritaires. La politique gestion du risque infectieux est déclinée à partir de l'identification du contexte et des missions de l'établissement qui a un rôle de proximité. Elle s'appuie sur un dispositif d'évaluation, un programme de formation des professionnels, l'information des usagers et visiteurs. La politique de l'antibiothérapie et bon usage des antibiotiques a été validée en 2014. Elle décrit l'organisation, les moyens, la formation, la prévention.

L'analyse des risques propres à l'établissement a été établie à partir des résultats d'audits et des enquêtes, sur la base des événements indésirables, à l'issue des résultats de la certification V2010, à l'appui des indicateurs ICALIN et en prenant en compte les évolutions des recommandations dont le PROPIAS.

Les professionnels ont été associés à la démarche, notamment les référents en hygiène (en lien avec l'EOH), le référent sur l'antibiothérapie et le coordonnateur des risques associés aux soins. Huit risques ont été identifiés et priorisés dans le compte qualité. Un plan d'action a été élaboré avec les modalités de suivi. Il est intégré au programme d'actions qualité global de l'établissement (PAQ) après validation en COPIL et CME. La stratégie validée par le CLIN est déclinée dans le programme annuel du CLIN dont les actions sont formalisées. Il porte en particulier sur la création et l'actualisation des protocoles de bonnes pratiques en hygiène, la réalisation des audits, les actions de formation et communication.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus gestion du risque infectieux est assuré par le président du CLIN, le gestionnaire des risques liés aux soins et médecin référent antibiotique. Il s'appuie sur l'équipe opérationnelle d'hygiène et sur les référents en hygiène désignés dans chaque unité (IDE, AS, ASH). Le praticien hospitalier et l'IDE hygiéniste sont mis à disposition pour un temps défini. Ceci fait l'objet d'une convention avec le réseau hygiène Tarn nord. Les missions des intervenants sont définies dans la convention. L'établissement a créé un COMAI en 2014 ; le pharmacien a été également associé à la démarche avec les référents en hygiène, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, etc.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé. Les ressources humaines qualifiées sont adaptées aux besoins de l'établissement, à la fois, par le recours aux compétences internes, et également, par le recours aux compétences externes mises à disposition. L'organisation de l'entretien des locaux repose sur une équipe interne qui réalise l'entretien des locaux communs, l'entretien des chambres et de l'ensemble des locaux directement liés à l'activité de soins. Les missions sont définies dans leur fiche de poste. L'organisation du travail est planifiée et l'EOH assure le suivi et la formation des agents. L'organisation pour la promotion du bon usage des antibiotiques s'appuie sur le référent qui intervient en lien avec les professionnels de l'établissement. La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre 24 et 72 heures est organisée à partir du dossier patient. Elle a fait l'objet d'un axe d'amélioration et d'une réflexion interne pour faciliter les modalités de sa traçabilité. La formation périodique des professionnels à l'hygiène et au bon usage des antibiotiques est organisée, y compris pour les nouveaux arrivants. La gestion documentaire est organisée, à partir du site Intranet. L'évaluation périodique du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques, est organisée. Elle apparaît notamment dans le bilan du CLIN, sur la base des audits programmés et à partir du suivi des indicateurs. L'établissement utilise l'outil d'infectiologie "web consores" qui permet le suivi de la consommation et des résistances aux antibiotiques. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation et la coordination entre professionnels et entre secteurs d'activité. Pour la surveillance microbiologique, le lien est établi le laboratoire du CH d'Albi. La restitution est faite aux médecins et aux cadres qui assurent la communication aux équipes. En interne, les interfaces sont organisées avec les services techniques pour les actions de prévention et de suivi lors de la réalisation de travaux et pour le suivi du carnet sanitaire de l'eau. La gestion des événements indésirables est prévue avec une analyse mensuelle en CEI.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Des objectifs et plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. L'équipe opérationnelle d'hygiène assure la coordination avec l'encadrement pour la mise en œuvre des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux, dans les différentes unités de soins ou en lien avec les fonctions supports, ainsi que pour l'application des procédures d'hygiène des locaux. La

mise en œuvre de la promotion du bon usage des antibiotiques s'appuie entre autres sur les travaux de l'OMEDIT. L'encadrement et l'EOH sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur unité. Lors des investigations dans les services, il a été constaté une sensibilisation et une implication des professionnels médicaux et non médicaux autour de la surveillance et de prévention du risque infectieux. Les informations sont communiquées en particulier lors des interventions de l'encadrement ou des référents au moment des transmissions quotidiennes. La formation des professionnels à l'hygiène, est réalisée en interne par l'EOH. Les membres de l'EOH sont bien identifiés dans les unités, de même que les correspondants en hygiène. Les réunions des correspondants en hygiène sont régulières. La mise en œuvre de la promotion du bon usage des antibiotiques s'appuie entre autres sur les travaux de l'OMEDIT et du COMAI.

La formation des professionnels au bon usage des antibiotiques est assurée par le référent antibiotique. Les médecins de la structure sont également sensibilisés au bon usage des antibiotiques comme en témoigne la réflexion partagée et constructive autour de la réévaluation de l'antibiothérapie. L'encadrement et l'EOH s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des audits réguliers sont effectués en lien avec l'EOH et l'encadrement. Les évaluations périodiques du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques sont effectuées, notamment à l'aide d'indicateurs. Les résultats des indicateurs nationaux sont exploités et communiqués au sein des unités. A la suite des déclarations d'événements indésirables, en fonction des résultats des indicateurs ou audits, des actions correctives sont identifiées en cas de besoin et mises en œuvre. Les actions d'amélioration du dispositif au regard des résultats obtenus portent en particulier sur l'amélioration des indicateurs nationaux et sur la réévaluation de l'antibiothérapie.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les unités. Les effectifs et les compétences sont adaptées aux besoins des unités. Les formations périodiques des professionnels à l'hygiène, inscrites au plan d'actions du CLIN et aux plans de formation 2016 et 2017 sont réalisées soit par des ressources internes ou par des organismes de formation. L'IDE hygiéniste possède un DU hygiène et le praticien référent antibiotique a suivi un DU chimiothérapie infectieux. Les professionnels chargés de l'entretien (locaux, réfrigérateurs, chariots repas, désinfection des dispositifs médicaux) sont formés. Les procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux actualisées sont disponibles sur l'intranet. Les protocoles et documents de traçabilité concernant l'entretien des locaux sont disponibles dans les unités. Le matériel pour l'entretien des locaux est adapté : stock de produits, chariots ménage pour exemples. Le matériel mis à disposition est adapté aux pratiques (équipements de protection individuels, distributeurs de SHA, conteneurs et sacs pour les déchets et linge facilement identifiables). L'identification d'une chambre affectée à un patient en isolement est réalisée par affichage, de manière efficace pour les professionnels et le public. Les unités disposent de lave bassin pour la gestion des excréments.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les agents rencontrés lors des visites terrains connaissent l'organisation définie. Les procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont disponibles, actualisées, connues par les professionnels du soin et pour l'entretien des locaux. Les circuits sont respectés lorsque les locaux sont adaptés et les interfaces entre unités sont opérationnelles. Les règles de bon usage des antibiotiques décrites sont connues des professionnels rencontrés pendant la visite. La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre 24 et 72 heures a fait l'objet d'actions correctives depuis 2014 et les résultats du dernier audit (2017) montrent une nette amélioration de la réévaluation. Les professionnels chargés de l'entretien (locaux, réfrigérateurs, chariots repas) appliquent les règles de bonnes pratiques définies dans l'établissement. L'entretien des locaux est systématiquement tracé par les agents qui réalisent la tâche comme le prévoit la procédure entretien des locaux en vigueur dans l'établissement.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord). Le dispositif d'évaluation mis en place dans la structure repose sur le programme du CLIN qui prend en compte les actions du PAQ. Il évalue les actions liées, aux visites de certification, aux résultats des indicateurs nationaux et audits internes (tri des déchets) et aux résultats des l'EPP: surveillance prescription des aminosides, surveillance de la prescription des carbapénèmes, surveillance des prescription des fluoroquinolones. Un programme annuel d'audits est réalisé (par exemple :audit bio nettoyage). Le plan d'actions est enrichi par l'analyse des événements indésirables et réclamations qui surviennent en cours d'année. Par ailleurs, un suivi des consommations d'antibiotiques est réalisé. Le CH de Gaillac suit les indicateurs nationaux ainsi que d'autres indicateurs internes (nombre d'EI, de plaintes et réclamations).

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

Des actions d'amélioration sont intégrées et articulées avec le PAQ qui est révisé chaque année. Le recueil de l'indicateur ICATB2 fait l'objet d'un programme d'actions en lien avec le COMAI. Les actions d'amélioration identifiées font l'objet d'un suivi et d'un réajustement annuel en fonction de l'atteinte de l'objectif ou non pour la préparation du programme du CLIN de l'année suivante. Le suivi des plans d'action du compte qualité est assuré par les pilotes. D'autres actions d'amélioration sont issues des évaluations conduites au cours de l'année et des actions engagées à l'issue des résultats (audits, résultats des indicateurs nationaux, CREX). La réévaluation de la prescription de l'antibiothérapie n'était pas tracée de manière régulière. A la suite de cette alerte, un plan d'actions d'amélioration a été mis en place au sein de la communauté médicale avec la mise en place d'un suivi des résultats qui a montré une nette amélioration des résultats. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers (affichage des résultats d'indicateurs, articles dans le journal interne). Le retour des informations aux professionnels est assuré par l'intermédiaire de l'encadrement au moment des transmissions. Des actions d'amélioration du dispositif sont identifiées au regard des résultats obtenus.

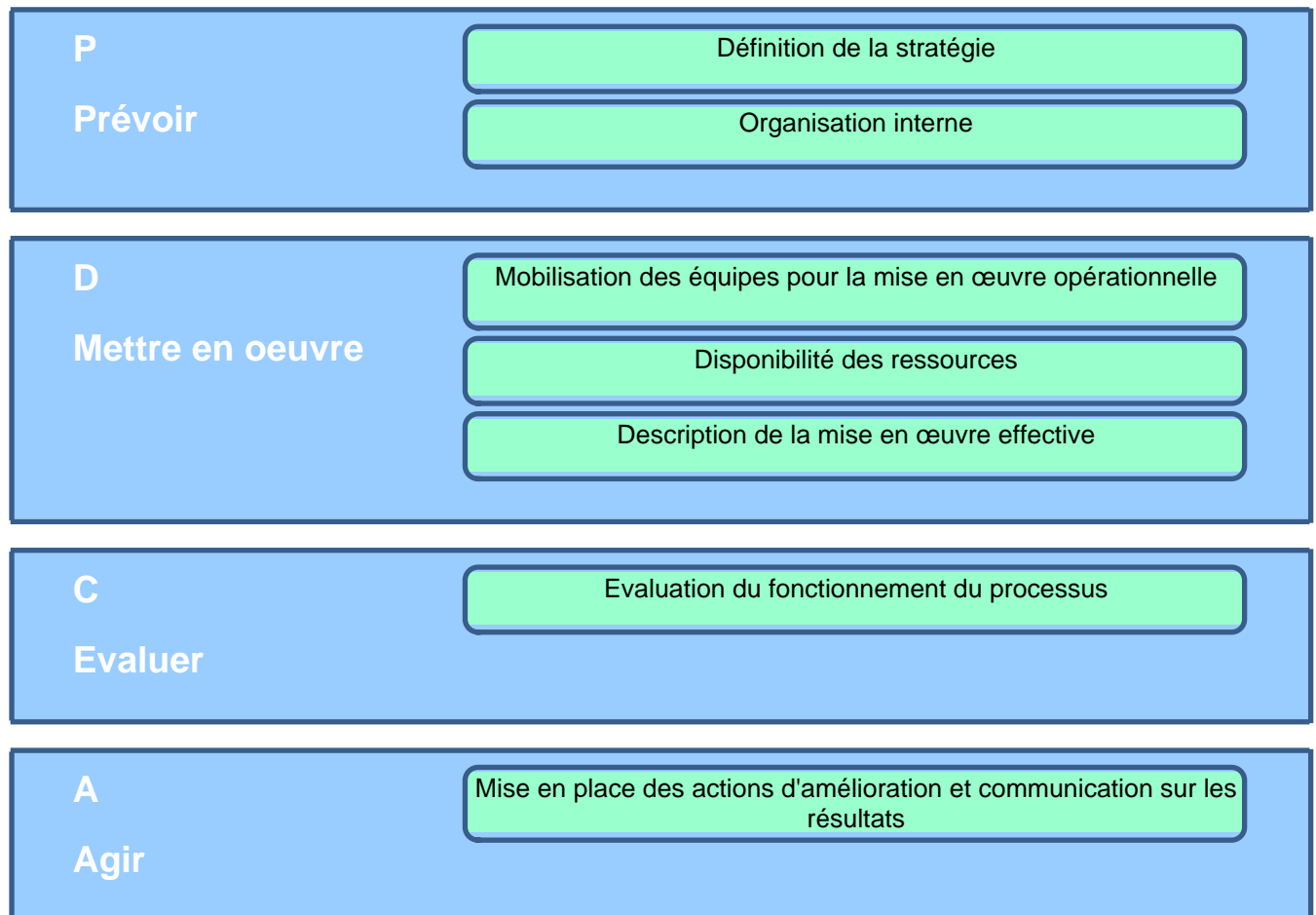
# DROITS DES PATIENTS

## 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**

Des orientations stratégiques concernant notamment les droits des patients au CH de GAILLAC (CHG) sont inscrites dans une note du directeur de juin 2017. Y figurent notamment les actions visant à :

- Garantir des conditions hôtelières de qualité aux patients et aux résidents par la poursuite de la modernisation des services (travaux de restructuration du site principal concernant les services de médecine et d'USLD prévus pour la période 2018-2019),
- Favoriser l'expression des droits des patients et la participation des usagers.

Le projet de soins 2016-2020 qui avait été présenté à la CSIRMT et à la CME en 2015, comprend des éléments relatifs aux droits des patients. La spécificité de l'accueil des populations âgées est prise en compte, l'établissement ayant une vocation gériatrique. La thématique a, pour l'identification des besoins, tenue compte : des questionnaires de satisfaction, des plaintes et réclamations, et de la précédente certification (recommandation concernant la démarche éthique). Le PAQSS (programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) identifie les risques et détermine un plan d'actions concernant les droits des patients. Les risques prioritaires sont repris et hiérarchisés dans le Compte Qualité. L'ancien représentant des usagers à la CDU, qui a cessé ses fonctions fin 2016, a participé à l'analyse des risques et à l'élaboration du plan d'actions de certains processus dont celui relatif aux droits des patients et a participé à la formation intitulée nouvelles modalités de la certification V2014. Le compte qualité a été présenté en CDU. Les nouveaux représentants des usagers désignés en 2017 ont été informés des modalités de la certification et ont reçu communication des documents relatifs au respect des droits des patients par l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus est assuré par le médecin du service de médecine - USLD et un cadre de santé. Quatre réunions ont été tenues avec des représentants du corps médical et soignant (infirmières, aide soignantes), de l'administration et un représentant des usagers. La CDU est constituée. Elle dispose d'un règlement intérieur. Un groupe de réflexion éthique est constitué depuis trois ans. Il s'agit d'une instance mandatée et désignée par la CDU pour traiter des questions éthiques. Ce groupe de réflexion est membre de l'espace éthique Tarn Nord. Le conseil de la vie sociale regroupe le service USLD et l'EHPAD et inclut la représentation des usagers. Le conseil de surveillance comprend un représentant des usagers et un représentant des familles des personnes accueillies en USLD ou en EHPAD. Les représentants des usagers sont également invités à la réunion de la commission des soins infirmiers et au CLIN. Des référents éthique sont désignés dans les services. L'accueil du public est assuré par l'établissement en semaine et par les services en dehors des jours et heures ouvrés. Les ressources humaines sont organisées pour assurer l'accueil, la médiation médicale et non médicale, l'intervention d'une assistante sociale. Le plan de formation institutionnel comprend des formations sur les droits des patients, la bientraitance, l'accueil ... Les référents éthique ont été sensibilisés à la démarche éthique par une infirmière de l'établissement.

Les ressources documentaires comprennent :

- Le site internet du CHG qui explique l'activité de l'établissement et permet l'accès à des documents relatifs au droit des patients par téléchargement,
- Le livret d'accueil du patient,
- La gestion documentaire informatisée incluant ce qui a trait aux droits des patients : procédures, formulaires, modes opératoires,
- La procédure d'accueil du patient et de sa famille,
- La procédure démarche de questionnement éthique,
- La procédure de signalement et information du patient en cas de dommage lié aux soins est en place,
- Les modalités de recueil du consentement et/ou du refus de soins sont établis ;
- Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont établies ;
- La procédure de gestion des plaintes et réclamations est en place,
- L'accès du patient à son DPA est organisé et formalisé ;

Les ressources documentaires permettent d'assurer le respect :

- De la confidentialité (la charte informatique d'utilisation des ressources informatiques est signée par les agents)
- Des libertés individuelles (les ministres du culte sont identifiés).
- Le recueil de la personne de confiance et celui des directives anticipées
- Un guide du décès d'un patient a également été élaboré et diffusé.

Les ressources matérielles sont organisées : programmation de travaux de construction relatifs à la restructuration extension des services de médecine et USLD devant démarrer en 2018, acquisition des matériels déployés dans les services visant à améliorer les conditions de séjours des patients. La gestion des interfaces est assurée entre la direction, les représentants des usagers, le groupe éthique, les services...ce qui facilite la concertation entre les professionnels et les secteurs d'activité et favorise une

articulation cohérente des missions et compétences permettant d'assurer le respect des droits des patients au sein de l'établissement.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison de la démarche est réalisée par la responsable qualité et les cadres des unités avec l'appui des référents éthique. Des plans d'action propres sont établis par services : projets de vie individualisés en USLD, réorganisation architecturale et équipements,... La sensibilisation des professionnels est assurée par le cadre du service lors de réunions. Les audits menés dans les services : (personne de confiance, contention...) sont communiqués aux agents et leurs conclusions alimentent le plan d'actions d'amélioration (formations, révision ou rédaction de protocoles, documents d'information ...). Des actions correctives sont réalisées en cas de dysfonctionnements, et selon les retours des questionnaires de satisfaction.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs sont disponibles permettant l'accueil et la prise en charge du patient et de son entourage. Les professionnels sont formés sur la bientraitance, les droits, la personne confiance, le consentement, les soins palliatifs,... La gestion documentaire est accessible, à jour, utilisée et contient les documents concernant les droits du patient. Les ressources matérielles sont adaptées. Les pratiques permettent de garantir le respect de l'intimité et la dignité des patients. La signalétique est adaptée. Des espaces et salons sont aménagés. Des solutions d'hébergement et restauration sont possibles pour les proches. Une salle des familles équipée existe en médecine pour les situations de fin de vie, de même un salon pour les familles existe en USLD. En médecine et en USLD les chambres sont majoritairement doubles et les salles de bain n'ont pas de douches mais il existe des espaces bains dans les services. Les travaux de restructuration agrandissement vont permettre la réalisation de chambres individuelles avec cabines de douche. En SSR les chambres sont majoritairement individuelles et équipées avec des salles de bain avec douche. Des rideaux d'intimité sont installés dans les chambres doubles. Un témoin lumineux indique la présence d'un soignant dans la chambre. Des aides permettant la déambulation des patients (harnais, lève malades) sont en place.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le représentant des usagers désigné avant 2017 a participé à la procédure de certification et aux réunions auxquelles il a été invité : groupe éthique, commission des soins infirmiers, CLAN, lesquels se réunissent régulièrement. Les représentants des usagers désignés depuis 2017 participent aux réunions de la CDU. L'établissement prévoit de les inviter également à d'autres instances. La CDU se réunit régulièrement. Les missions générales de la CDU sont mentionnées dans le livret accueil et par affichage dans les services. Le groupe de réflexion éthique interne au CHG s'est réuni trois fois depuis sa création. Il intervient en cas de problématique émanant d'un service et par l'intermédiaire d'un référent éthique. Le livret d'accueil indique comment obtenir la composition et les modalités de saisine des représentants des usagers, et un feuillet relatif aux contacts utiles de l'établissement indique les noms et les numéros de téléphone de ces représentants. Le livret d'accueil est disponible et diffusé. Il comprend les dispositions sur les droits des patients. L'affichage des chartes concernant les droits des patients est effectif dans les services. En USLD un règlement intérieur et un contrat de séjour sont établis et signés par le patient ou son représentant en cas d'incapacité. Les projets de vie individualisés sont également établis en USLD. Sont également disponibles et utilisées : le formulaire de désignation de la personne de confiance, le formulaire sur les directives anticipées. La liste de ministres du culte, la liste des associations de bénévoles figurent dans le feuillet relatif aux contacts utiles de l'établissement joint au livret d'accueil. La liste des personnes parlant une langue étrangère est disponible dans l'établissement. L'accueil du patient est personnalisé ainsi que celui de son entourage : psychologue, assistante sociale, réception par le médecin du patient ou de sa famille. Des modalités de communication avec personnes malentendantes sont pratiquées notamment en USLD. L'établissement a mis en place depuis 2015 une formation flash des équipes soignantes pour améliorer la communication soignants/patients en SSR, formation animée par une psychologue. Lors de l'admission et de l'évaluation initiale du patient, les patients les plus vulnérables sont identifiés et des mesures d'accompagnement sont mises en place. Le recueil des habitudes de vie et aversions (alimentaires ou autres) sont recueillies à l'admission. Le patient est impliqué dans son projet thérapeutique (SSR et USLD notamment) et l'avis de l'entourage est recherché. Le projet thérapeutique est réajusté régulièrement et tracé dans le DPA/DPI. Les restrictions de libertés font l'objet de prescriptions médicales écrites et réévaluées. En cas de dommages lié aux soins l'équipe se réfère à la procédure en place. Les professionnels sont encouragés, connaissent et utilisent les FEI et déclaration de chutes. En USLD la liberté du patient est préservée, et le recueil des habitudes de vie est recueilli. Tout refus de soin est systématiquement inscrit dans le DPA/DPI. Un groupe de travail sur le consentement et sur le refus de soins pour les personnes vulnérables de plus de 60 ans atteintes de troubles cognitifs est en place en lien avec l'espace éthique Tarn. Un groupe de travail a été constitué pour élaborer une procédure sur la sortie du patient à l'insu du service. Les noms des patients ne sont pas apparents sur les portes des chambres (sauf en USLD mais dans un logique commune avec celle de l'

EHPAD et sa démarche s'inscrit dans un projet de vie en plus du projet de soins). Les pratiques sont respectueuses des droits des patients. Les salles de soins sont fermées et accessibles par un code d'entrée ou par clef. L'expression des plaintes et réclamations des patients et de leur entourage est favorisée. Les plaintes et réclamations sont traitées avec le cadre et les personnels du service. La traçabilité des actions dans le DPA/DPI (personne de confiance, recueil habitudes de vie et aversions alimentaires,...) est réalisée. L'accès du patient à son DPA et le recueil des plaintes et réclamations sont enregistrés et suivis ainsi que les réponses qui leur ont été apportées.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'évaluation et le suivi du processus se fait à partir du recueil des plaintes et réclamations et du retour des questionnaires de satisfaction. Le questionnaire de satisfaction est identique en médecine et en SSR. En USLD il a été récemment mis en place un questionnaire de satisfaction des patients et un questionnaire de satisfaction des familles. L'analyse des réponses est régulière et le retour en est fait à la CDU. Des audits sont réalisés régulièrement : traçabilité des données dans le dossier patient, recueil de la personne de confiance, audit de la contention physique. Des patients traceurs sont réalisés dans chaque service. Le recueil d'indicateurs est effectué : délais de réponse aux demandes de dossier patient, délais de réponses aux plaintes et réclamations, taux de satisfaction des patients, recueil des IQSS, participation à e-satis. En ce qui concerne l'accès du patient à son DPA, l'établissement enregistre peu de demandes d'accès au dossier (4 en 2016 selon le rapport annuel de la CDU). Le médiateur médical reçoit le demandeur et les rendez-vous étant pris au-delà du délai de 8 jours, le délai légal est dépassé mais l'établissement assure un suivi et une réponse personnalisés au demandeur. Le rapport annuel de la CDU est établi et présenté à celle-ci et comprend le bilan annuel des plaintes et réclamations.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité. Les actions sont planifiées et suivies dans le cadre du PAQSS par la responsable de la qualité. Les résultats des questionnaires de satisfaction, le suivi des plaintes et réclamations sont partagés avec la CDU qui peut émettre des propositions d'amélioration. La communication des résultats des évaluations et des actions est menée auprès des instances et de la CDU, et des professionnels (réunions de service, journal interne).

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

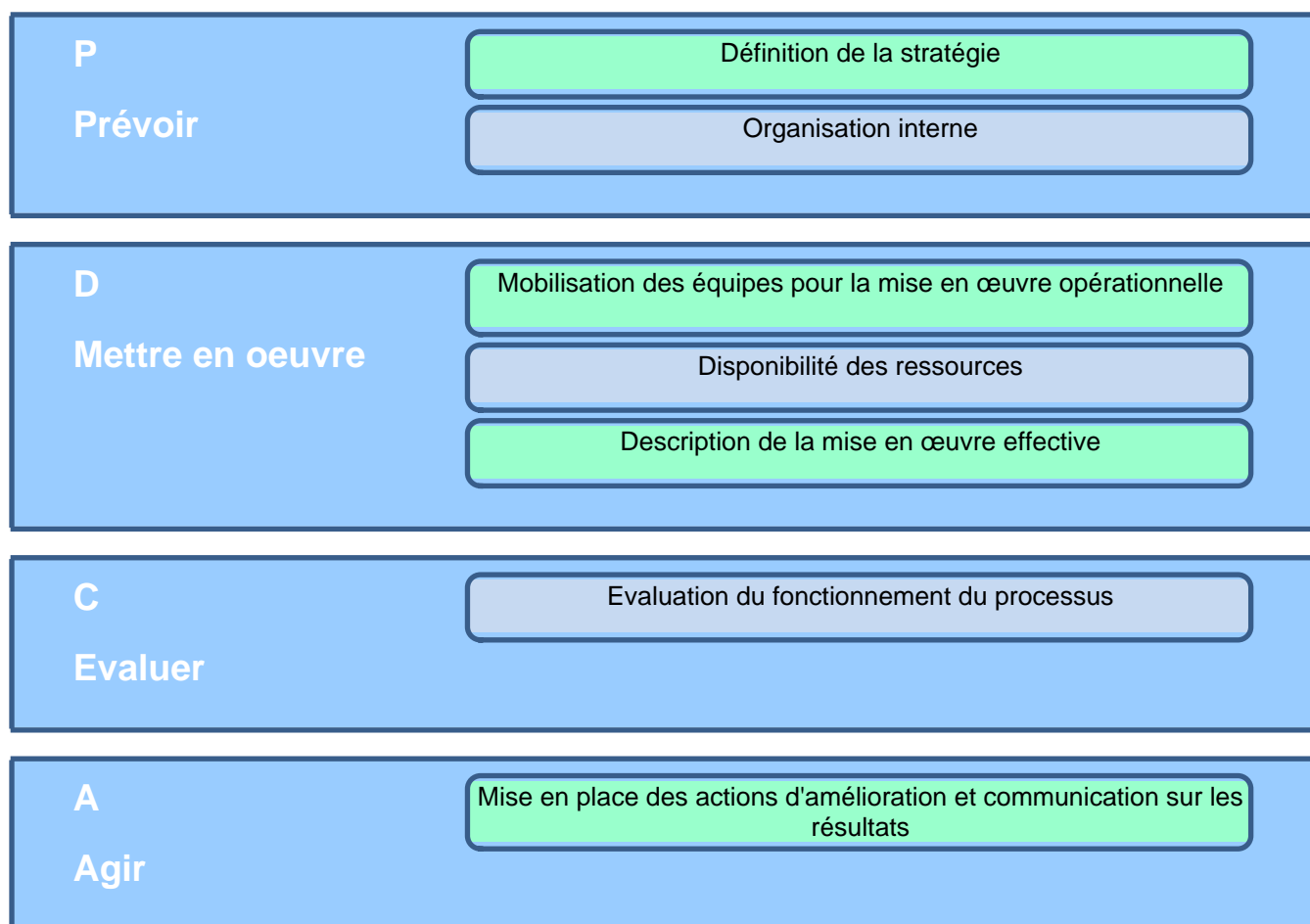
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le CH de GAILLAC qui est un Hôpital de proximité a défini une stratégie d'amélioration du parcours patient dans ses orientations stratégiques en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique. Ce projet s'articule autour de trois axes :

- améliorer les conditions d'accueil,
- améliorer la qualité de la prise en charge et la sécurité des soins pendant le séjour,
- améliorer la sortie.

Cette stratégie s'appuie sur les engagements pris dans le CPOM et prend en compte les besoins de la population en lien avec la politique régionale de santé et dans le cadre de la direction commune avec le Centre Hospitalier d'ALBI. L'établissement a déterminé un parcours élaborés avec les professionnels concernés : parcours de la filière gériatrique avec une unité de Médecine une unité de SSR et une de SLD et parcours de prise en charge en Hopital de Jour. Chacun des parcours définit l'offre de santé de l'établissement et s'articule avec les prises en charge d'aval et d'amont. Les risques sont analysés en prenant en compte plusieurs données : la cartographie des risques "parcours du patient", les événements indésirables et les retours d'expérience (CREX), les questionnaires de satisfaction, les indicateurs, les résultats de la certification précédente. Les principaux risques sont hiérarchisés dans le compte-qualité. La mise en œuvre de cette politique parcours du patient est formalisée dans un programme d'amélioration priorisé, validé par le comité de pilotage composé de représentants du conseil de surveillance, de représentants de professionnels, d'usagers, du corps médical, des pilotes et des cadres de l'établissement. Ce programme d'amélioration est décliné dans des plans d'actions mentionnant les actions, les référents, les délais, le suivi, les indicateurs. Les plans d'actions concernent les différentes étapes de la prise en charge : l'accueil, l'évaluation initiale et l'état de santé du patient avec le projet de soins personnalisés, la continuité des soins, la prise en charge nutritionnelle, la prise en charge du risque suicidaire, les urgences vitales, l'éducation thérapeutique, l'organisation de la sortie. Les plans d'action décrits dans le compte-qualité au regard des risques identifiés s'articulent et se complètent avec les plans d'actions institutionnels

**ORGANISATION INTERNE**

Au niveau stratégique, la responsabilité du parcours patient est assurée par les Médecins et les cadres des services. Il s'appuie, au niveau opérationnel, sur les praticiens hospitalier. Le pilotage et la mise en oeuvre de la politique sont assurés par un groupe constitué du directeur adjoint, du président de la CME , du directeur des soins et du responsable qualité. Ce groupe s'assure du suivi du programme d'actions, du recueil des indicateurs, de l'analyse des résultats et de la communication du processus auprès des professionnels. Au CH de GAILLAC, les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Les ressources humaines nécessaires en effectifs et en compétences sont identifiées en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement. L'intégration des nouveaux arrivants est organisée : tutorat, remise d'un livret d'accueil, journée d'intégration, grille de compétences. Les règles de présence et le système d'astreinte, afin d'assurer la permanence des soins, sont définis. Le programme de formation continue destiné aux équipes soignantes est élaboré et priorisé à partir d'un recueil des besoins lors des entretiens d'évaluations, sur la base de formations obligatoires ou en cohérences avec les orientations. Le CH de GAILLAC ne dispose pas d'un service d'Urgences. Les ressources documentaires sont en adéquation avec le dispositif institutionnel. Elles sont disponibles dans des classeurs en support papier, ou sur un logiciel de gestion documentaire connu de tous les professionnels Les documents proposés comprennent les documents d'information des professionnels ainsi que les supports d'information à destination du patient. Les conditions d'hébergement permettent de répondre aux besoins des populations spécifiques, de respecter l'intimité et la confidentialité lors des prises en charge. Les chambres double de médecine et de SSR sont équipées de rideaux de séparation. Les ressources matérielles sont mises à disposition des professionnels et bénéficient d'une maintenance assurée par le service technique interne. Seule l'USLD dispose d'un dossier patient informatisé. Dans l'attente du déploiement d'un logiciel dossier patient, le dispositif d'information s'articule principalement autour du dossier patient papier qui permet de regrouper les interventions de chaque corps de métier, le suivi du patient, de préparer la sortie et de générer les documents de transmission des informations après l'hospitalisation. La gestion administrative des admissions et la facturation sont informatisées. Le dossier patient, accessible par tous, permet de gérer les interfaces entre les différents intervenants concourant à la prise en charge du patient. La gestion des interfaces avec les services techniques, médico-techniques, logistiques, administratifs, CH de , partenaires en amont et en aval, est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels, et fluidifier le parcours des patients

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Le projet de la prise en charge et des soins est décliné sur le terrain par la direction des soins en partenariat avec les médecins responsables des services, pivots dans la coordination du parcours patient, qui prennent le relais sur le terrain. Cette déclinaison, sans s'appuyer sur un projet de service, comprend des plans d'actions opérationnels soit communs soit plus spécifiques à un secteur. Lors des réunions de service régulières et lors des staffs, les cadres impulsent une démarche d'amélioration au sein de leurs services avec la prise en compte des risques identifiés dans l'unité, avec la déclinaison des objectifs en projets, la définition de plans d'actions ; ils s'assurent de la conformité des pratiques. Les professionnels référents, nombreux dans l'établissement participant aux différentes sous-commissions et aux groupes de travail, sont associés à cette coordination. Les professionnels participent aux actions visant l'amélioration du parcours du patient par l'implication dans l'élaboration de protocoles dans le cadre des sous-commissions de la CME, la participation aux démarches d'EPP, aux audits, à la déclaration et l'analyse des événements indésirables, au traitement des plaintes. Ils ont accès aux résultats des indicateurs et évaluations réalisées dans leur service. Des temps de réunion sont prévus pour échanger sur les résultats et de réajustements organisationnels en cas de besoin

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les effectifs sont en adéquation avec les prises en charge aussi bien quantitativement qu'en termes de qualifications en MCO, SSR et SLD. Chaque secteur de soins dispose d'un responsable, de professionnels soignants et de professionnels ressources affectés selon les besoins des secteurs. Le CH de GAILLAC a des effectifs médicaux adaptés à ses besoins de fonctionnement. Les plannings des professionnels permettent d'assurer la continuité de la prise en charge, en particulier la nuit et les week-ends. Les plannings d'astreintes médicales sont validés par la direction et disponibles dans les unités de soins. Les médecins de l'établissement assurent des astreintes opérationnelles. La formation des professionnels répond aux spécificités des prises en charge des unités. Des actions de formation et de réactualisation des compétences aux gestes des soins d'urgence sont déployées annuellement. Les nouveaux arrivants bénéficient d'un accompagnement adapté dans le cadre de la prise en charge du patient tout au long du parcours. Des avis compétents sont recherchés lorsque l'état du patient le nécessite soit en interne à l'aide du dispositif conséquent de consultations avancées en place, soit en externe vers le CH d'ALBI ou d'autres établissements. Une convention avec l'équipe mobile de psychogériatrie de la Fondation on Sauveur d'ALBI est en place. Un Groupe Éthique est en place et se réunit environ 3 fois par an pour aborder les cas complexes. La gestion documentaire est mise à disposition des équipes selon un système mixte : format papier dans chaque service et accès informatique pour les documents déjà intégrés dans la gestion documentaire informatisée. La communication autour des nouveaux documents est réalisée via l'intranet et relayée par l'encadrement en charge de s'assurer de la connaissance des professionnels. Les documents d'information et de conseils élaborés à destination des patients sont disponibles (plaquettes, flyers). Les sacs à dos d'urgence avec défibrillateur sont présents dans chaque secteur y compris en balnéothérapie et bénéficient d'un contrôle organisé, régulier et effectif par les professionnels. Un plan d'équipement et de maintenance préventive et curative est suivi annuellement et le matériel spécifique identifié comme nécessaire est mis à disposition. Les locaux sont adaptés aux différentes prises en charge, avec une organisation des circuits de consultations. Le transport des patients est organisé entre les secteurs d'activité internes et/ou externes de l'établissement et en cas de retour à domicile.

**DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Les services appliquent l'organisation définie pour le fonctionnement et la prise en charge du patient à travers les différentes modalités : hospitalisation programmée et hospitalisation non programmée ou par le biais des urgences du CH d'ALBI. Les professionnels du CH de GAILLAC respectent les procédures établies en ce qui concerne par exemple la prise en charge des personnes âgées, les prises en charge nutritionnelle, palliative et de la douleur, la prise en charge des populations à risque, l'éducation thérapeutique, l'information du patient et de son entourage. La coordination entre les acteurs médicaux, paramédicaux, psycho-sociaux, intervenant dans la prise en charge, s'appuie sur des relations directes, des temps de transmissions journaliers planifiés entre les équipes appelés "colloques", des informations écrites dans le dossier ou dans des cahiers de transmissions inter équipes, des réunions de synthèse et des réunions de service et d'équipe. Avec les services extérieurs, les modalités d'information relèvent de relations directes par téléphone, de la transmission d'un courrier et des documents utiles du dossier en cas de consultation ou de transfert, de la réalisation d'une fiche de liaison selon les besoins. Les règles de présence sont déclinées dans les différents plannings des professionnels, le système d'astreinte est opérationnel. Une affiche spécifique dans chaque service rappelle le numéro à appeler en cas d'urgence vitale, cette procédure est connue et appliquée par les professionnels. La réponse aux soins est aussi assurée en interne avec le recours aux spécialistes lors de consultations spécialisées, le recours aux réseaux de soins comme par exemple l'intervention de l'équipe Psychogériatrique de la Fondation Bon Sauveur d'ALBI pour la prise en charge spécifique des personnes âgées. Les admissions programmées sont validées par l'équipe soignante et médicale. Le service de médecine organise de même ses

admissions et assure un nombre important d'entrées non programmées après passage aux urgences du CH d'ALBI. Chaque secteur d'activité a élaboré sa procédure d'accueil personnalisée qui mentionne les intervenants à toutes les étapes et le parcours du patient. Cet accueil comprend une information du patient sur les conditions de sa prise en charge réitérée au décours du séjour. Les conditions d'accueil de l'entourage sont également intégrées dans les procédures d'accueil. Les conditions d'accès de l'entourage sont affichées et précisées. Dans le secteur SLD, l'entourage est également concerté dès l'admission pour l'élaboration du projet de vie. Les modalités d'information de la famille sont organisées selon chaque secteur et tiennent compte des situations. A l'initiative du groupe identitovigilance en place, la mise en œuvre des procédures de sécurisation de l'identité sont effectives : vérification de l'identité à partir d'un document officiel, affectation d'un numéro IPP, impression d'étiquettes, vérifications d'identité selon les soins notamment pour les transfusions et les bilans sanguins, mise en place systématique de bracelet d'identification sauf en SLD ou la photo du résident apparait dans le dossier informatisé. Les bilans sur tous les versants de la prise en charge sont réalisés lors des staffs hebdomadaires pluridisciplinaires et tracés dans le dossier, ce qui permet l'ajustement des traitements et du projet de devenir en concertation avec le patient. La prise en charge de la douleur, des chutes, des troubles nutritionnels est effective et le CH de Gaillac organise tous les 2 ans une journée "douleur" avec la participation de nombreux établissements voisins. Les prescriptions des contentions respectent les recommandations de bonnes pratiques. Le dépistage du risque d'escarres à partir de l'échelle de Norton est effective dans toutes les unités. L'établissement réalise dans les différents secteurs y compris dans le secteur SLD, si nécessaire, des actions d'éducation thérapeutique ciblées pouvant concerner le traitement par anticoagulants, la nutrition, la douleur, la prévention des chutes,... Les prescriptions d'examen de laboratoire sont réalisées par les praticiens, les bons de demandes étant ensuite complétés par les IDE. Les prélèvements sont assurés par les professionnels qui ont à leur disposition le matériel nécessaire fourni par le laboratoire conventionné. Les résultats sont communiqués. Des examens radiologiques sont assurés en interne par un manipulateur du CH d'ALBI 3 demi journées par semaine et interprétés par les radiologues du CH d'ALBI. En Soins palliatifs les équipes connaissent et appliquent la "démarche palliative" ; on retrouve dans les dossiers les directives anticipées et la Loi LEONETTI est respectée. Des groupes de paroles animés par une psychologue se réunissent en cas de situation de souffrance d'équipe. Une convention avec JALMAV est en place afin de favoriser l'intervention de bénévoles auprès des patients en soins palliatifs. La sortie est organisée dès que possible en identifiant les besoins spécifiques et en associant les partenaires extérieurs. Une fiche de liaison est établie lors de transferts vers des institutions extérieures. L'ensemble des documents utiles sont remis majoritairement au patient. Des réunions d'équipe ou par métier sont animées de manière régulière par l'encadrement et bénéficient de comptes-rendus diffusés dans les salles de soins. La traçabilité des actions de l'ensemble des intervenants est effective dans le dossier de soins papier utilisé notamment dans les fiches d'observations médicales, de transmissions, spécifiques aux interlocuteurs et dans les projets personnalisés des patients. Les projets de vie individuels sont écrits en SLD.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CH de GAILLAC assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre du parcours patient sur la base du recueil des indicateurs nationaux, d'audits et d'enquêtes.

Ce suivi est assuré par les pilotes du processus en lien avec le service qualité.

La démarche d'EPP est développée au niveau du parcours du patient et s'appuie sur des groupes de travail comme par exemple :

- Un groupe travaille sur l'antibiothérapie notamment les Fluoroquinolones et un sur les AVK
- Le CLUD fait évoluer les protocoles et diffuse les outils adaptés aux prises en charge.
- Le groupe soins palliatifs a élaboré une procédure d'accueil spécifique.
- Un groupe travaille sur l'amélioration de la sortie en médecine.
- Un groupe a travaillé sur les fractures du Fémur accueillies en SSR et la mise en place d'ateliers d'ETP organisés par les kinésithérapeutes

Un bilan du programme d'actions est présenté au moins une fois par an à la cellule qualité et gestion des risques. L'analyse des indicateurs, la réalisation des EPP, permettent de définir ou d'ajuster les plans d'actions.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en place sont intégrées et articulées avec le programme institutionnel. Elles sont diffusées en interne lors des différentes commissions, des réunions de service et par les cadres. La communication des actions et des résultats est réalisée auprès des professionnels et auprès des usagers par différents supports : journal interne diffusé avec la fiche de paie, réunions

institutionnelles ou de secteur, les affichages en particulier pour les indicateurs.

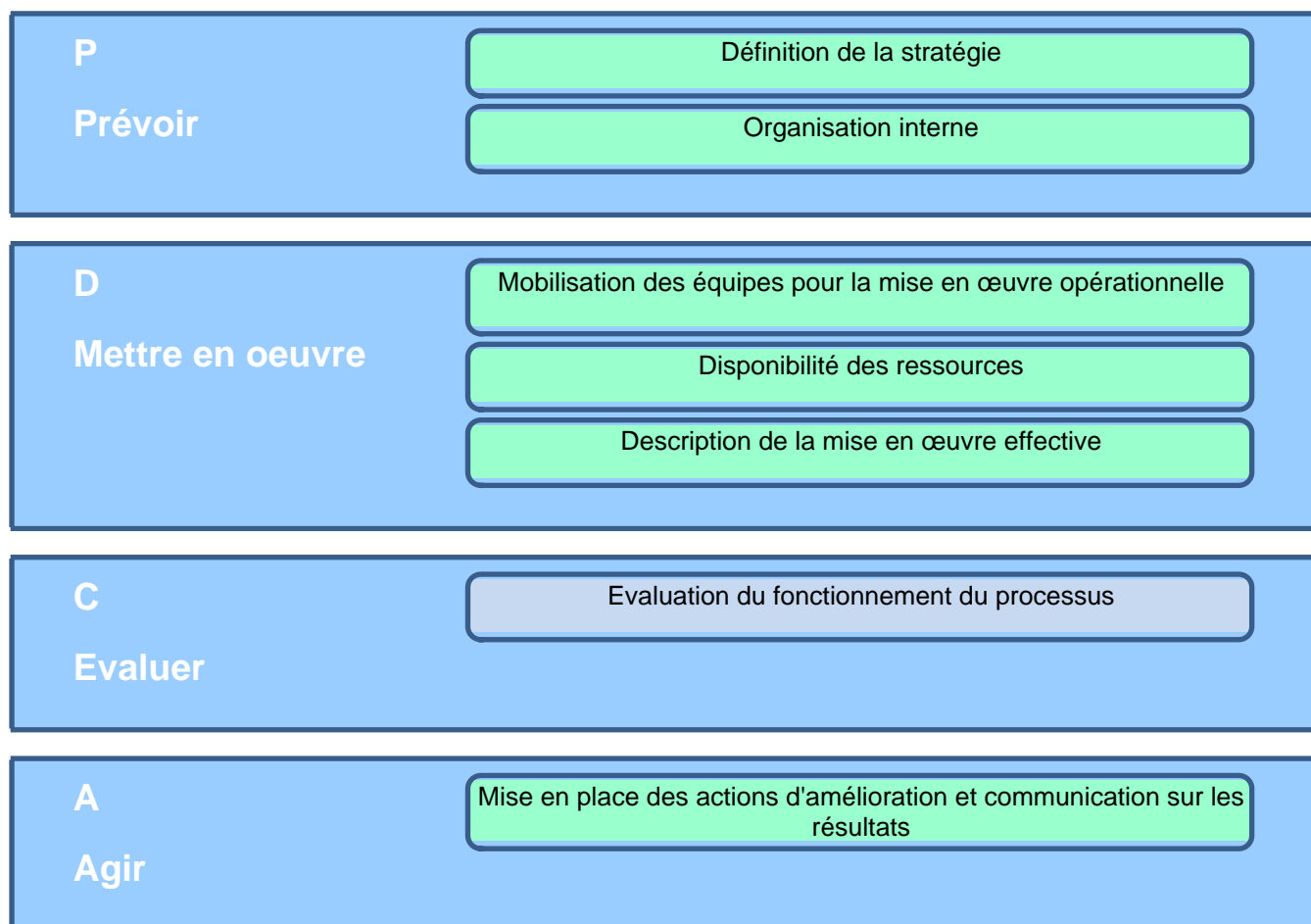
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La stratégie du dossier patient du CH de GAILLAC (CHG) est intégrée dans le cadre du PMS (projet médical et de soins partagé) du GHT « cœur d'Occitanie » dont il est membre. Le Dossier Patient Informatisé (DPI) est utilisé depuis 2014 en USLD du fait de la transformation de lits d'EHPAD en lits de soins de longue durée pour lesquels il existait déjà un DPI. Dans les services de médecine et de SSR le dossier patient papier est utilisé. L'évolution vers un DPI pour ces services est actée comme relevant du système d'information du GHT « cœur d'Occitanie ». L'identification des risques liés au dossier patient prend en compte les données de la précédente certification, les résultats des indicateurs IQSS, des indicateurs Hôpital Numérique, les EPP et audits internes menés sur le DPA/DPI. Les risques de pannes du DPI sont intégrés par l'établissement. Les risques concernant le DPA/DPI sont identifiés dans le PAQSS (programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) du CHG. Les risques identifiés comme prioritaires par l'établissement sont mentionnés et hiérarchisés dans le Compte Qualité. Huit risques sont identifiés et hiérarchisés dans le Compte Qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du DPA/DPI est en place. Un médecin du service de médecine et un cadre de santé du service de médecine – USLD - EHPAD ont assuré le pilotage de la thématique. Neuf réunions ont été tenues qui ont associées des médecins, des infirmières et des secrétaires médicales. Une cellule identito-vigilance est constituée depuis 2012. Des référents identito-vigilance sont identifiés dans les services. Un service informatique est en place avec un agent à temps plein et une infirmière chargée de la gestion en interne du logiciel du DPI USLD. Un médecin DIM et une secrétaire médicale assurant la fonction de TIM sont désignés. Des référents informatiques sont désignés pour le service USLD. L'accès du patient à son dossier est organisé (procédure, livret accueil). Un guide d'utilisation du DPA est rédigé et il définit les modalités générales de sa création, de son contenu et organisation, de son accessibilité et utilisation, de la traçabilité et confidentialité, de sa communication, de son archivage. Il existe un guide DPA pour le service de médecine, un guide pour le SSR et un guide pour l'USLD (et l'EHPAD). Une procédure de fonctionnement dégradé est en place concernant le DPI USLD. Une charte informatique pour le bon usage de l'informatique, du portail captif et d'internet est établie. En ce qui concerne les ressources humaines : la formation et la sensibilisation des personnels médicaux et paramédicaux sont réalisées notamment pour l'utilisation du logiciel du DPI USLD. En ce qui concerne les ressources matérielles : les ordinateurs et supports de gestion du DPA/DPI sont déployés dans les services. Les mesures sont prises pour garantir l'accessibilité sécurisée, la disponibilité, l'intégrité, et la confidentialité des données. La gestion des interfaces est organisée entre services cliniques, médicotechniques internes ou externes et administratifs.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Les objectifs et plans d'amélioration du DPA/DPI propres aux secteurs sont déclinés à partir de la démarche institutionnelle. Le management institutionnel, le corps médical et les cadres des unités, la responsable qualité sensibilisent les professionnels sur les EPP, les audits concernant la thématique. Les réunions d'encadrement, de service et les transmissions, permettent de mobiliser les équipes. L'évaluation de la conformité des pratiques est effectuée. Et le dispositif d'audit est organisé notamment par la mobilisation des auditeurs internes identifiés. Les référents identitovigilance et informatique des services assurent la mobilisation des équipes en complément du cadre de l'unité. Les actions correctives sont mises en place avec concours des équipes.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

En matière de ressources humaines, en compétences et effectifs, celles-ci sont adaptées. Les personnels, y compris les nouveaux arrivants, sont formés sur le DPA/DPI et sur l'identitovigilance. Un dispositif d'appel au service informatique en cas de panne est en place. Le service est contacté et en cas d'indisponibilité il peut être fait appel au CH d'ALBI. Les ressources documentaires sont disponibles sur les postes informatiques : guides d'utilisation et tenue du DPA, guide d'utilisation du logiciel DPI, procédure d'accès du patient à son dossier, procédure dégradée du DPI,... Les procédures sont accessibles et actualisées. Les ressources matérielles informatiques sont fonctionnelles, déployées, et accessibles. Le renouvellement et la maintenance des matériels et logiciels sont effectives. Les locaux d'archivage du DPA sont adaptés.

**DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

La création du DPA/DPI est réalisée par les services hospitaliers. Le contenu du DPA est conforme aux

règles de tenue établies : création, tenue, archivage, destruction. Les procédures sont connues et utilisées. La traçabilité des données de prise en charge du patient dans le DPA/DPI est effective: évaluation initiale, transmission, traçabilité de l'évaluation de la douleur, du bénéfice risque, plan de soins, prescriptions, évaluation de l'état nutritionnel, du risque suicidaire. La traçabilité en temps utile des informations et la communication en temps utile des informations aux professionnels en interne et en externe sont effectives. La gestion des droits d'accès au DPI et leur restriction est effective. La coexistence du support informatisé et du support papier est gérée. Le DPA papier en médecine et en SSR comprend différents supports qui sont bien identifiés et bien tenus : dossier médical, dossier de soins, dossier des prescriptions, diagramme de soins, dossier des rééducateurs en SSR. Les feuillets propres aux professionnels sont également bien identifiés et remplis : diététicienne, médecins spécialistes, suivi du patient en soins palliatifs en médecine. Les supports non informatisés comme le dossier transfusionnel, les documents de recueil de la personne de confiance, des directives anticipées sont positionnés dans un dossier patient unique qui est ensuite archivé. En ce qui concerne l'accès du patient à son DPA, l'établissement enregistre peu de demandes d'accès au dossier. Le médiateur médical reçoit le demandeur et les rendez-vous étant pris au-delà du délai de 8 jours, le délai légal est dépassé mais l'établissement assure un suivi et une réponse personnalisés au demandeur. Les interfaces entre les différents services sont opérationnelles ; services cliniques, médicotechniques, techniques, logistiques et administratifs. La communication sur les actions et résultats, dont les indicateurs, est effective : réunions de service, réunions institutionnelles, affichage. La CDU est informée des demandes des patients concernant l'accès à leur dossier.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue et suit régulièrement le processus DPA. Les EPP intègrent le DPA en s'appuyant sur les résultats des campagnes de recueil des IQSS obligatoires en médecine et en SSR par le suivi des indicateurs concernant : la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres, la traçabilité de l'évaluation de la douleur, le dépistage des troubles nutritionnels et en intégrant l'USLD dans ce dispositif : audit clinique ciblé sur l'évaluation de la douleur, l'évaluation du risque d'escarre et le dépistage des troubles nutritionnels chez la personne âgée. Des audits spécifiques de tenue du DPA sont réalisés sur certains items : traçabilité de la douleur dans le DPA médecine réalisé en janvier 2017, audit indetitivigilance en mai 2016 et en juin 2017, audit de traçabilité cathéter veineux de juin 2016, audit contention, ... La réalisation de patients traceurs est effectuée. Le suivi des demandes d'accès au DPA est réalisé: nombre de demandes, délais de transmission au patient. Des actions correctives sont mises en place par rapport aux résultats des évaluations.

## A / AGIR

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

Le CHG tient compte des évaluations pour définir le plan d'actions d'amélioration sur le DPA/DPI: intégration des résultats des IQSS et des audits.

En ce qui concerne les indicateurs IQSS du DPA, ils sont satisfaisants. Des actions d'amélioration ont été menées notamment sur DPA MCO TDP2 relativement au défaut de traçabilité de l'incapacité du patient à désigner une personne de confiance et au défaut de traçabilité du nom et prénom de l'IDE lors de l'administration du médicament. Les autres évaluations internes sont aussi intégrées : audits et autres concernant le DPA/DPI (Exemples d'action d'amélioration conduites : personne de confiance, traçabilité de la douleur, ...)





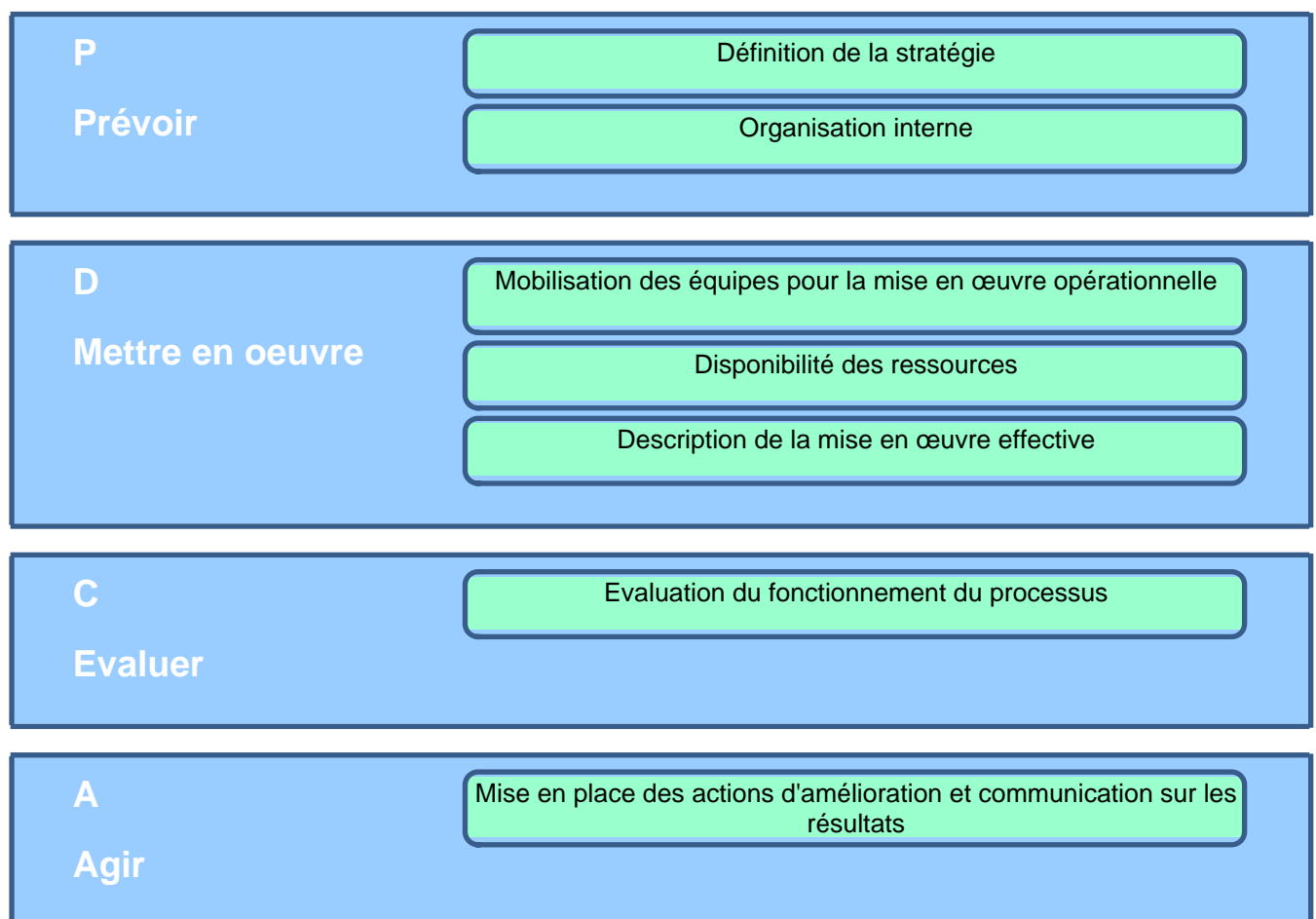
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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**

La stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse fait partie des différents projets constitutifs du projet d'établissement du CH de GAILLAC. Les dispositions spécifiques au sujet âgé, la sécurisation de la prise en charge, l'informatisation du circuit, le suivi des dysfonctionnements, l'évaluation des actions d'amélioration y sont abordés. Cette stratégie se complète d'une politique de la prise en charge médicamenteuse. Pour élaborer sa stratégie et son programme d'actions de la prise en charge médicamenteuse, l'établissement identifie ses besoins sur la base du contrat de bon usage, des analyses de risques, des résultats des indicateurs, des événements indésirables et des pratiques professionnelles. En préparation du compte qualité, l'établissement a réfléchi sur l'évolution de ses risques. Le groupe de travail mandaté s'est appuyé sur le bilan de l'année passée pour identifier plusieurs risques décrits dans le compte qualité. La hiérarchisation des risques s'est faite à l'aide des échelles proposées par la HAS. Les axes de travail identifiés dans le projet d'établissement sont déclinés dans des fiches actions qui mentionnent par objectif stratégique, le projet, l'objectif prioritaire, la mise en œuvre, les moyens nécessaires et les effets attendus. Cette fiche est ensuite traduite dans un programme d'actions pluriannuel selon une méthodologie institutionnelle. La déclinaison de ce programme est suivie dans un plan d'actions annuel qui détermine, selon les différentes étapes du processus de la prise en charge médicamenteuse, les actions, les référents, l'état d'avancement, les échéances et les indicateurs de suivis. Ce plan d'actions est suivi par les pilotes de processus (pharmacien, médecin, encadrement) et le service qualité. Le projet d'établissement et les axes relatifs au médicament ont été validés par la CME. Le programme et le plan d'actions annuel sont présentés à la COMEDIMS (sous-commission de la CME) pour validation ainsi qu'à la CQDR (cellule de gestion des risques). Les risques identifiés bénéficient d'actions d'amélioration décrites dans le compte-qualité. Une attention est apportée aux actions identifiées pour les mettre en cohérence ou enrichir le plan d'actions annuel.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a confié le pilotage de la prise en charge médicamenteuse aux personnes ressources déjà identifiées. De ce fait, le pharmacien chef de service, et pharmaco-matériovigilant, et le pharmacien assistant. Ces praticiens travaillent étroitement avec la COMEDIMS, la CME et le service qualité. Lors de l'affectation des responsabilités par processus, la CQGR a présenté à l'aide d'un diaporama les missions attendues des pilotes en référence à celles proposées par la HAS. Les missions des pilotes ont été formalisées dans une fiche de mission. Les responsables identifiés assurent également leurs missions en fonction de leurs fiches de poste ou de mission respectives. Le Directeur des soins est identifié comme Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse. Les ressources humaines nécessaires au fonctionnement de la pharmacie sont prévues. Le plan de formation témoigne de formations en lien avec le circuit du médicament. L'établissement a formalisé son organisation dans diverses procédures générales et des procédures plus spécifiques. Ces procédures sont répertoriées dans un tableau de suivi et intégrées dans le système de gestion documentaire de l'établissement. L'établissement vient de finaliser son manuel de la prise en charge médicamenteuse. Des outils d'aide à la prescription, élaborés par la COMEDIMS, sont définis. Les locaux, matériels et équipements nécessaires pour le fonctionnement de la pharmacie sont définis et ceux des secteurs de soins sont harmonisés. Les locaux de la pharmacie sont sécurisés et organisés en zones distinctes permettant le stockage des dispositifs médicaux avec zone de réception, une zone dédiée au rangement des médicaments. Depuis plusieurs années, l'établissement a initié l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse en commençant par déployer un logiciel spécifique utilisé principalement en SLD. Toutefois, l'informatisation n'est pas engagée dans tous les secteurs. En effet, l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse n'est effective qu'en USLD. En Médecine et en SSR, les prescriptions se font sur un support papier. Les pharmaciens assurent également des missions transversales qui les mettent en relation étroite avec l'encadrement, les référents, l'EOH, le service qualité.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

La déclinaison du plan d'actions annuel en relation avec les risques identifiés, permet une répartition par secteurs d'activité. Les pharmaciens se concertent avec les cadres des services pour organiser ensuite la déclinaison de la démarche institutionnelle, en actions ciblées jusqu'aux secteurs d'activité. Les cadres de santé assurent un relai auprès des professionnels et les tiennent informés lors des réunions de service. Les pharmaciens assurent également des actions régulières de sensibilisation tenant compte des risques identifiés. Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser régulièrement les professionnels sur la prise en charge médicamenteuse, notamment lors de la semaine sécurité. Les cadres de santé en

lien avec les pharmaciens et les référents pharmacie de service, s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont organisés y compris pour les événements graves ou significatifs examinés dans le cadre de comité de retour d'expérience. L'ensemble des événements concernant le médicament est transmis aux pharmaciens. Des évaluations au moins annuelles sont organisées, l'audit des armoires de pharmacie dans les secteurs d'activité. Des EPP sont également menées de manière régulière. Suite aux EPP et au comité de retour d'expérience, les professionnels et les praticiens sont sollicités pour participer à l'identification des actions correctives à mettre en place.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources humaines disponibles permettent d'assurer la prise en charge médicamenteuse dans le respect des compétences de chacun. Trois pharmaciens (1,8 ETP) assurent leur activité dans le service de pharmacie et des missions institutionnelles. Ils sont aidés par plusieurs préparateurs en pharmacie et s'appuient sur l'encadrement et les référents pharmacie identifiés par secteurs de soins. Les formations sont effectives. Cependant, la formation aux erreurs médicamenteuses n'est pas généralisée. En effet, les experts-visiteurs ont observé que, malgré l'inscription de cette thématique au plan de formation 2016, les IDE n'avaient pas été formées aux erreurs médicamenteuses. Une sensibilisation, pendant la semaine sécurité, a eu lieu à travers la chambre des erreurs ainsi qu'à travers du e-learning. Des formations sur la prise en charge médicamenteuse chez la personne âgée sont également assurées. Plusieurs professionnels ont été formés à la mise en place des comités de retour d'expérience. Les pharmaciens sont présents sur site du lundi au vendredi. En dehors de cette présence, une organisation est en place en cas de besoins urgents. Aucun professionnel autre que les pharmaciens et préparateurs n'ont accès à la PUI. Les ressources documentaires, principalement les protocoles d'organisation du circuit et les formulaires de commande et de prescription, sont accessibles dans l'ensemble des secteurs, sur support papier. Les professionnels disposent dans tous les services d'outils d'aide à la prescription comme le livret thérapeutique actualisé, le livret des infectieux qui mentionne les règles de préparation, le livret des pansements, le livret des équivalences sur des données papier. Le CH de GAILLAC pratique des transfusions sanguines et les aspects réglementaires de cette pratique sont en place. Les locaux sont entretenus et leur équipement est approprié à l'activité exercée. Des reports d'alarme sont en place vers le standard pour la surveillance des réfrigérateurs sensibles. L'accès à la pharmacie est sécurisé ainsi que celui aux salles de soin. L'équipement des salles de soins est harmonisé. Les secteurs disposent également de sacs d'urgence. Le transport hebdomadaire des médicaments et des dispositifs médicaux dans des caisses fermées est organisé.

### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Le patient est informé de la nécessité de communiquer son traitement personnel lors de son admission. Les traitements personnels des patients sont stockés dans une armoire sécurisée. Ils sont restitués à la sortie selon l'organisation établie. Les prescriptions initiales et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement personnel du patient. Le traitement est transmis à la sortie ainsi que lors des transferts et mutations. L'information des patients sur le bon usage des médicaments est assurée par les praticiens et les professionnels pour des traitements spécifiques, notamment anticoagulants et antalgiques. Les observations de terrain constatent le respect des règles de rangement et de stockage des médicaments et la mise en place de modalités spécifiques de rangement pour les médicaments à risque identifiés. Les prescriptions établies pendant l'hospitalisation respectent généralement les règles de bonnes pratiques comme le confirment les observations lors des patients traceurs réalisés dans les trois secteurs et les valeurs des indicateurs IQSS. En Médecine et SSR, le support de prescription est papier et informatique en SLD. En SSR, les prescriptions papier sont faxées à la pharmacie ce qui permet a posteriori une analyse pharmaceutique aléatoire ; en Médecine, les prescriptions papier ne sont pas communiquées à la PUI. Les règles pour assurer la continuité du traitement médicamenteux de l'admission à la sortie sont connues des professionnels et appliquées. Une revue des prescriptions chez la personne âgée est de règle, comme observée en secteur de soins de longue durée. La permanence pharmaceutique est assurée pendant les temps de présence des pharmaciens. Au delà, une organisation connue des professionnels, permet de répondre à un besoin urgent. Une des armoires à pharmacie d'un service de médecine permet d'accéder à une liste de médicaments notamment dans le cadre d'urgences thérapeutiques. Les commandes hebdomadaires entre pharmacie et secteur de soins sont réalisées à l'aide d'un livret papier. Des approvisionnements personnalisés sont organisés sur prescription nominative. L'approvisionnement des différents secteurs est assuré à jour fixe en fonction d'un planning hebdomadaire. Le transport est assuré par le service technique en ce qui concerne les gros volumes et par les professionnels à l'aide de paniers pour les approvisionnements ponctuels. Les approvisionnements sont orchestrés dans le cadre d'un groupement d'achat. Les prescriptions sont informatisées dans le secteur SLD et réalisées sur supports papier dans les autres secteurs d'activité. Un travail collectif animé par en cas de besoin qui font mention du médicament prescrit en précisant les conditions spécifiques d'administration. L'analyse pharmaceutique est assurée pour toutes les prescriptions informatisées en SLD et pour quelques prescriptions nominatives. Les pharmaciens ont accès aux données biologiques via l'intranet. La délivrance nominative est assurée en SSR et SLD.

Toutefois, l'analyse pharmaceutique n'est pas engagée dans tous les secteurs. Les experts-visiteurs ont pu constater au cours de leurs investigations et au cours des patients traceurs que l'analyse pharmaceutique n'était pas systématique en Médecine ni en SSR.

Le rangement dans les armoires de médicaments est harmonisé. Les professionnels disposent de la liste de composition des armoires et des équivalences médicamenteuses. Un contrôle des périmés est effectué et un suivi des températures des réfrigérateurs est assuré avec report d'alarme pour les réfrigérateurs contenant des produits sensibles. Les sacs d'urgence sont vérifiés et opérationnels. La gestion des stupéfiants est opérationnelle et procédurée. Les traitements sont préparés par les IDE dans des piluliers identifiés au nom du patient en Médecine dans la mesure ou dans cette unité la dispensation est globalisée La préparation des piluliers est assurée au regard de la prescription informatisée ou papier, à l'aide de la dotation globale. L'administration des médicaments et la traçabilité des prises sont assurées en temps réel dans les secteurs de médecine, de SSR et de SLD. En Médecine et en SSR et sur prescription médicale certains patients sont autorisés à prendre eux mêmes leurs médicaments fournis par l'IDE. Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont effectifs et des comités de retour d'expérience sont en place. Le COMEDIMS assure ses missions conformément à son règlement intérieur et plus particulièrement, sous délégation de la CME, assure le suivi du programme et des indicateurs. Les informations, issues des indicateurs, des fiches de signalement des évènements indésirables, et des audits, y sont présentées régulièrement comme en témoignent les comptes-rendus réalisés. Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont effectifs et des comités de retour d'expérience sont en place.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pharmaciens assurent le suivi de la mise en oeuvre du circuit du médicament sur la base d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs : indicateurs nationaux, indicateurs du CBUM, indicateurs internes, indicateurs de consommation. Un suivi par année des indicateurs internes est assuré dans un tableau "indicateurs en pharmacie hospitalière" classés par thématiques. Des travaux d'amélioration des pratiques sont menés. Ce dispositif d'audit est structuré en partenariat avec le service qualité, l'encadrement des secteurs de soins et en référence à la procédure d'audit interne. Des EPP ont été réalisées sur les AVK et les Antibiotiques avec le Référent en Antibiothérapie. Le suivi des événements indésirables, dont les erreurs médicamenteuses est assuré en collaboration entre le service qualité. Des comités de retours d'expérience sont en place de manière structurée. Les pharmaciens réalisent un rapport d'étape annuel en lien avec les instances régionales et un bilan d'activité interne annuel qui mentionne les résultats des différents indicateurs, les résultats des actions déployées en référence au plan d'actions annuel

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont suivies dans le cadre du plan d'actions annuel d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et du contrat du bon usage des médicaments. Ce plan d'actions couvre les différents champs de la thématique, il est piloté par les pharmaciens en collaboration avec la COMEDIMS, la CME et le service qualité. Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre et notamment :

- Livret thérapeutique régulièrement réactualisé
- Liste des médicaments broyables et des substitutions
- Suivi des actions d'amélioration du CBU
- IPAQSS

Ces actions permettent de prendre en compte les écarts liés aux pratiques, les résultats d'audits, le suivi des événements indésirables, un ajustement annuel est réalisé dans le PAQSS. L'établissement utilise également l'outil WEB CONSORES ; le plan d'actions est suivi par les pilotes de processus (pharmacien, médecin, encadrement) et le service qualité.