



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

# **CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE DU PUY EN VELAY**

Route de montredon Bp 21 - 43001 - Le Puy En Velay

OCTOBRE 2013

# SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Présentation du document	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	10
1. Les décisions par critères du manuel	11
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4.Suivi de la décision	14
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	15
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	16
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE	17
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	22
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	32
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	33
PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT	46
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	53
PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	59
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	64
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Fiche de suivi ayant fait l'objet d'une analyse par la HAS dans le cadre de la modalité de suivi	67
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	116

# PREAMBULE

L'additif dont vous disposez contient des éléments ayant fait l'objet du suivi décidé par la Haute Autorité de Santé.

A ce titre, nous vous invitons à consulter les précédentes productions de nos services afin de connaître le périmètre concerné par cette modalité de suivi.

## 1. Présentation du document

Ce document peut comporter :

- une présentation de l'établissement actualisée,
- les critères ayant fait l'objet du suivi (uniquement les critères pour lesquels l'établissement a souhaité réaliser une fiche de suivi),
- une synthèse de la décision de la Haute Autorité de santé,
- des fiches de suivi ayant fait l'objet d'un traitement par la Haute Autorité de Santé
- des plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification.

Il ne comporte pas plusieurs parties du rapport de visite de certification telles que :

- la présentation graphique des résultats,
- le suivi des précédentes décisions de la Haute Autorité de Santé,
- les indicateurs de la Haute Autorité de santé,
- le bilan des contrôles de sécurité sanitaire.

Si vous souhaitez des résultats actualisés concernant l'établissement, nous vous invitons à consulter le site Internet Platines <http://www.platines.sante.gouv.fr>

Cet additif au même titre que le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale de Santé) et est rendu public.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement de progresser dans certains domaines,
- des réserves : constat(s) d'insuffisances dans des domaines,
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité.

<b>Certification</b>	Sans recommandation
<b>Certification avec recommandation(s)</b>	Au moins une recommandation
<b>Certification avec réserve(s)</b>	Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)
<b>Décision de surseoir à la Certification = Réserve(s) majeure</b>	Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)
<b>Non certification</b>	Une décision de non certification est prise dès lors qu'un établissement fait l'objet de plusieurs réserves majeures et réserves). Elle peut également être prise suite à une décision de surseoir à la certification pour un établissement qui n'aurait pas amélioré significativement à l'échéance fixée, les dysfonctionnements constatés.

# 1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

# CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE DU PUY EN VELAY

**Adresse :** Route de montredon Bp 21  
43001 Le Puy En Velay HAUTE-LOIRE

**Statut :** Privé

**Type d'établissement :** Etablissement de santé privé  
d'intérêt collectif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Soins de longue durée	40	0	0
Santé mentale	241	183	0

Nombre de sites.:	<p>9 sites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 site principal (Hôpital Sainte-Marie, Le Puy-en-Velay) ;</li> <li>- 4 sites permanents :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpital de jour adultes et enfants &amp; CMP, Monistrol-sur-Loire ;</li> <li>- Hôpital de jour adultes et enfants &amp; CMP, Brioude ;</li> <li>- Hôpital de jour adultes L'Etrier, Brives-Charensac ;</li> <li>- Hôpital de jour adultes &amp; CMP « Les Carmes », Le Puy-en-Velay ;</li> </ul> </li> <li>- 4 sites temporaires :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- CMP et CATTP enfants (rattaché au site de Monistrol-sur-Loire), Sainte-Sigolène,</li> <li>- CMP adultes (rattaché au site de Monistrol-sur-Loire), Yssingeaux ;</li> <li>- CATTP adultes (rattaché au site de Montredon), Craponne-sur-Arzon ;</li> <li>- CMP adultes et enfants &amp; CATTP Adultes (rattaché au site de Brioude), Langeac.</li> </ul> </li> </ul>
Activités principales.:	Santé mentale.
Activités de soins soumises à autorisation.:	Aucune
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	Aucun

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	Sans objet
--	------------

## Réorganisation de l'offre de soins

Regroupement/Fusion.:	Sans objet
Arrêt et fermeture d'activité.:	Fermeture des activités de radiologie et d'électro-encéphalographie.
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	Sans objet

## 2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE



Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec recommandation(s).

## 1. Les décisions par critères du manuel

### RECOMMANDATION(S)

20.a bis Soins de longue durée (Prise en charge médicamenteuse du patient) .

28.c (Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique) .

## 2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations, issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité, l'ensemble des contrôles et inspections a été réalisé; l'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

### 3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé

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

#### 4.Suivi de la décision

L'établissement a choisi de suivre certaines recommandations dans le cadre de la prochaine procédure de certification. Il a donc élaboré et transmis à la HAS, des plans d'actions pour les critères suivants :

- 20.a bis Soins de longue durée (Prise en charge médicamenteuse du patient)
- 28.c (Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique) .

## 3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

# PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
Critère 1.c Démarche éthique		
<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels ont accès à des ressources (structures de réflexion ou d'aide à la décision, internes ou externes à l'établissement, documentation, formations, etc.) en matière d'éthique.	Oui	Après appel à candidatures, un Comité local d'éthique a été créé en septembre 2011. Il est constitué de quatre collègues : des membres de droit (une partie de l'équipe de direction, les médecins-chefs, etc.), des représentants des différents métiers, des membres invités (représentants des usagers, des familles ; ARS, Conseil général, Conseils de l'ordre, etc.) et des membres experts. Un règlement intérieur est établi. Les premières réunions ont été consacrées à la définition de l'éthique. Un espace de réflexion éthique (ERE) est également prévu au niveau de l'association.
Les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge.	Oui	Les projets institutionnels et les valeurs prônées prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>



Les professionnels de l'établissement de santé sont sensibilisés à la réflexion éthique.	Oui	<p>Une information sur l'éthique a été proposée à l'ensemble du personnel par diverses approches :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une information générale avec présentation d'un diaporama sur la création du CLE, ses missions et sa composition ;</li> <li>- une présentation sur l'intranet ;</li> <li>- des brochures (définition de l'éthique) ;</li> <li>- un affichage dans les services ;</li> <li>- une sensibilisation des cadres de santé.</li> </ul> <p>Une formation de DU en éthique est également inscrite au plan de formation.</p>
Les questions éthiques se posant au sein de l'établissement sont traitées.	En grande partie	<p>Le recueil des thématiques attendues peut s'opérer par le biais de différents circuits d'information : courriers, boîte aux lettres dédiée, adresse mail spécifique, sollicitation de la CRUQPEC, etc.</p> <p>En termes de résultats, des avis ont été rendus par le CLE, notamment pour l'identito-vigilance, et abordés en CME. Cette démarche a débouché sur la mise en place d'une procédure.</p> <p>La mise en place du CLE est toutefois récente et des questions éthiques sont encore traitées au sein des services sans en référer à ce nouveau groupe de réflexion.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un état des lieux des questions éthiques liées aux activités de l'établissement est réalisé.	Partiellement	<p>Des thématiques ont été priorisées : l'identito-vigilance, le refus de soins et les objets personnels mais potentiellement dangereux pouvant être laissés à la disposition des patients.</p> <p>L'établissement n'a pas opté pour un état des lieux plus exhaustif et représentatif des différentes activités et prises en charge institutionnelles.</p>

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

**Critère 1.f**  
**Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles**



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Oui

Il existe une stratégie de développement des EPP, formalisée dans le document "Politique de développement des EPP au CH Sainte Marie du Puy-en-Velay" en date du 28/03/2013. Cette politique est intégrée au programme qualité et sécurité des soins. L'établissement s'est doté d'une sous-conférence EPP pluridisciplinaire, avec un règlement intérieur précisant ses missions, sa composition, son organisation et ses modalités de communication. Cette politique EPP a été validée en CME du 28 mars 2013.

Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.

Oui

Il existe un dispositif de concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires dans le "groupe de développement de l'EPP". Il s'agit d'une commission EPP élargie au Service d'information médicale (SIM), au service de la qualité et de la gestion des risques ainsi qu'à tous les pilotes et copilotes des groupes EPP. Ce groupe de développement de l'EPP se réunit une fois par mois au minimum.

Les missions et les responsabilités sont définies afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.	Oui	Les missions et les responsabilités relatives à l'organisation du développement de l'EPP sont définies et présentées dans un organigramme fonctionnel intégré dans le règlement intérieur de la sous-conférence EPP.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	Oui	L'accompagnement des professionnels pour la mise en œuvre de l'EPP est réalisé par le groupe de développement de l'EPP. Il consiste en un appui méthodologique et des conseils pratiques réguliers. Une formation par un organisme extérieur a été réalisée en septembre 2012 et janvier 2013.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP en sous-commission EPP par le bilan périodique en commission EPP élargie. Le suivi du tableau de bord des EPP est également présenté annuellement en Conférence médicale d'établissement.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	L'établissement a mis en œuvre un processus d'information des professionnels. Ce dispositif est structuré : par des points d'information dans les différentes réunions et groupes institutionnels, des articles dans les éditoriaux de l'établissement (Les brèves, Qual'info) et sur son site intranet par la mise en ligne sur la page d'accueil d'une information spécifique sur l'avancée des EPP, ainsi qu'une rubrique qualité dédiée EPP.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	L'établissement rend compte de ses EPP au niveau de ses différentes instances : la Conférence médicale d'établissement, la réunion de responsables infirmiers, le Comité d'établissement, le Conseil associatif de surveillance et les commissions et sous-commission EPP ainsi que le Comité de pilotage qualité. Le bilan des EPP en cours est réalisé périodiquement.

La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Non	Le document du 28 mars 2013 intitulé "Politique de développement des évaluations professionnelles" prévoit une révision annuelle de cette politique EPP en CME. Du fait de la récente mise en œuvre, cette révision n'a pas encore été réalisée.
--	-----	--

## PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.a  
Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.

Oui

L'établissement a formalisé un nouveau programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQS) pour la période 2012-2015 et basé sur les décisions issues de la dernière visite de certification V2010. Parallèlement, le manuel d'assurance qualité, réactualisé en mars 2013, conforte l'engagement de la direction et redéfinit le pilotage et la structuration de la démarche qualité, de la gestion des risques et de la documentation.

Les plans d'actions du PAQS sont déclinés en actions spécifiques pour les pôles cliniques et les autres secteurs d'activité. Une feuille de route est définie pour chaque plan d'actions.

Des indicateurs de suivi permettent d'évaluer l'avancement des plans d'actions du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à deux niveaux :

- sous la forme d'un tableau de bord global, recensant le nombre de réunions du COPIL Qualité et du Copil Gestion des risques, les procédures en révision, l'évolution du nombre de groupes qualité et l'avancement de leurs travaux ;

	Oui	- dans les feuilles de route élaborées pour les groupes chargés de la mise en œuvre des plans d'actions dans les différents secteurs d'activité.
Le programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	Partiellement	Le nouveau PAQS présente les actions à mettre en place à la suite des recommandations et décisions de la certification, mais ne prend pas en compte l'analyse des événements indésirables, la lutte contre les infections liées aux soins et l'analyse des plaintes et des réclamations. Ces thématiques sont toutefois analysées et suivies sous d'autres formes (programme gestion des risques, etc.), mais n'intègrent pas ou plus le programme.
Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.	NA	Compte tenu du contexte, cet élément est non applicable.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le PAQS 2012-2015 a été validé par la Conférence médicale d'établissement (juin 2012), le Comité d'établissement (octobre 2012) et le Conseil associatif de surveillance (mars 2013).
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des plans d'actions d'amélioration de la qualité sont mis en œuvre dans différents secteurs d'activité et/ou sur des thématiques précises. Des feuilles de route ont été mises en place pour chaque groupe de travail. Elles précisent la composition et le pilote du groupe, les secteurs d'activité concernés, l'échéance de fin de travail et la périodicité de suivi des indicateurs.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Chaque groupe de travail est chargé d'assurer le suivi du plan d'actions dont il a la charge et d'en tracer l'évolution via la mise à jour de sa feuille de route. Le COPIL Qualité assure le suivi de l'ensemble des plans d'actions. Il s'est réuni cinq fois en 2012 et trois fois depuis le début de l'année. En

	Oui	instance, les plans d'actions et les feuilles de route sont systématiquement étudiés et réajustés.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	Le COPIL Qualité évalue plusieurs fois par an l'avancée des travaux et l'efficacité du PAQS. Le tableau global de suivi permet d'en tracer l'évolution mois par mois.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	Les ajustements à apporter au programme sont décidés lors de chaque réunion du COPIL Qualité et tracés dans les plans d'actions et les feuilles de route. L'état du suivi est également précisé dans le PAQS, à date précise. Les dernières révisions de la politique qualité et sécurité des soins n'ont pas intégré au PAQS l'analyse des événements indésirables, la lutte contre les infections liées aux soins et l'analyse des plaintes et des réclamations.



Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.f  
Gestion des évènements indésirables



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation est en place afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.

Oui

La mise en place d'un dispositif de signalement des événements indésirables date d'octobre 2002. La procédure actualisée en 2010 définit le système de gestion avec la composition et les missions du COPIL Gestion des risques (GDR), la fiche d'événements indésirables (FEI) et son circuit ainsi que les niveaux de criticité. Le dispositif est aujourd'hui entièrement informatisé, du signalement au retour d'information au déclarant. Les différents systèmes de recueil d'événements indésirables sont coordonnés par le COPIL GDR.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.

En grande partie

Il existe un programme de formation à l'utilisation de l'application informatisée de gestion des FEI. Les responsables de service ont bénéficié en février dernier de cette formation avec la mise à disposition d'un outil qui doit désormais leur permettre d'assurer, en relais, des actions pédagogiques auprès de leurs équipes.

Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	Une formation de deux jours sur "l'analyse des causes profondes des événements indésirables" a été proposée en décembre 2012 au COPIL GDR élargi (16 personnes au total avec la participation des médecins chefs de service).
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	En grande partie	L'ensemble du COPIL GDR est formé à l'analyse des causes profondes et les situations le nécessitant sont étudiées en réunions. Cette démarche est débutante. Trois événements sentinelles ont ainsi pu être étudiés depuis le début de l'année avec cette méthode (la fugue d'une adolescente et deux situations de violence à l'encontre du personnel ou du matériel).
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite des analyses.	Oui	Des actions correctives sont identifiées en cohérence avec les analyses de causes des événements indésirables. Pour chaque analyse et décision d'actions d'amélioration, des responsabilités sont identifiées, des objectifs fixés ainsi qu'un calendrier. Ces points alimentent le plan global de gestion des risques, suivi régulièrement par le COPIL GDR.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	Le plan global de gestion des risques inscrit dans ses actions prioritaires les causes profondes des événements indésirables récurrents (chutes, hygiène des offices, tri des déchets, etc.).
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Oui	Les statistiques annuelles en matière de signalement ainsi que l'état d'avancement du plan global de gestion des risques présentés régulièrement en COPIL GDR participent à la vérification de l'efficacité des actions correctives. Des observations sont apportées sur le nombre d'actions correctives ou préventives conduites. Le pourcentage d'actions "orphelines" (n'ayant pas été mises en œuvre ou abouties) est également pris en compte.

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.h  
Bon usage des antibiotiques



<b>Cotation</b>	A	
<b>Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales</b>	<b>Classe associée à la valeur du score ICATB</b>	<b>Constats</b>
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	A	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	

La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.

Oui

La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure est inscrite dans le dossier patient pour les services de psychiatrie. Elle est tracée dans le dossier patient informatisé dans sa nouvelle version d'octobre 2012. Pour les services de SLD, une fiche spécifique a été mise en place dans leur logiciel de projet de soin informatisé. La procédure de réévaluation de l'antibiothérapie a été présentée au Collège médical du 16/05/2013. Un référent antibiotique a été formé le 27/11/2012. La formation des prescripteurs s'est déroulée en octobre 2012 et janvier 2013. Un audit interne, concernant la pertinence de la prescription et sa traçabilité, a été réalisé les 16 et 17 avril 2013 à partir de 34 dossiers patients. L'analyse des résultats de cet audit n'est pas réalisée à ce jour.

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.k  
Gestion des équipements biomédicaux

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.

En grande partie

Une politique de gestion des dispositifs médicaux a été validée en mars 2013. Une convention lie l'établissement avec le centre hospitalier général voisin pour la mise à disposition d'un ingénieur biomédical à raison de deux interventions annuelles et des sollicitations ponctuelles si nécessaire.  
Un inventaire a été réalisé sur l'ensemble de l'établissement avec des déclinaisons par service. Les dispositifs médicaux sont différenciés par catégorie, selon la réglementation, et par niveau de maintenance.  
La mise en place d'un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement est en cours.

Une procédure (équipement de secours, solution dégradée ou dépannage d'urgence), permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique, est formalisée et opérationnelle.

Partiellement

En cas de panne d'un équipement biomédical critique, les services font appel au Service achat ou à l'Unité d'accueil et d'orientation qui dispose d'un listing et d'un suivi des équipements biomédicaux de remplacement.  
La formalisation de ce dispositif de suppléance est en cours. De même, une procédure dégradée, en cas de panne informatique, est également en attente de validation.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en œuvre sous la responsabilité d'un professionnel identifié.	Oui	Un responsable des dispositifs médicaux est identifié. Sa fiche de poste est élaborée. Un "manuel gestionnaire", créé en mai 2013, formalise l'enregistrement, le suivi des affectations, les réformes et les maintenances préventives et curatives des différents dispositifs médicaux répertoriés. Une application locale informatique doit prochainement permettre de suivre les prêts d'équipements et leur localisation en temps réel.
La maintenance des équipements biomédicaux critiques est assurée, et les actions sont tracées.	En grande partie	Le plan de maintenance définit les programmes de maintenances préventive et curative des différents dispositifs médicaux - dont les équipements sensibles - avec des responsabilités identifiés et les actions à engager. Ce plan ne précise pas toutefois les échéances de maintenance liées à chaque dispositif.
Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux.	Oui	Les professionnels disposent des fiches techniques ou des consignes spécifiques rattachées aux différents dispositifs médicaux.
Les patients et leurs familles sont informés de la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement (alarme, etc.) des équipements biomédicaux installés au domicile.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La gestion des équipements biomédicaux est évaluée, et donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	Une première évaluation a été engagée avec, en actions correctives, la structuration de la gestion des dispositifs médicaux, la réalisation d'inventaires et un premier plan de maintenance. L'évaluation du dispositif de gestion des équipements biomédicaux identifiés comme sensibles est programmée pour janvier 2014.

## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

# PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS



**Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient**

**Critère 11.b - Santé mentale  
Consentement et participation du patient**

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.

En grande partie

L'établissement a défini une organisation permettant le recueil du consentement éclairé. Un groupe de travail pluridisciplinaire est chargé de l'élaboration et du suivi de la mise en œuvre des actions relatives à cette thématique. La procédure relative à la recherche du consentement éclairé du patient a été récemment élaborée (au 31 janvier 2013) et diffusée. À ce jour, les professionnels ne se sont pas encore appropriés la démarche et sa mise en œuvre n'est pas généralisée à l'ensemble des services de soins. Des réunions de sensibilisation auprès des médecins, des équipes de cadres de santé, des assistantes sociales et des psychologues ont été réalisées en 2012 et 2013.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est favorisée.

En grande partie

L'établissement a initié une démarche auprès des professionnels favorisant l'implication et la participation du patient et/ou de son entourage à l'élaboration et à l'appropriation du projet de soins personnalisé. Une session de formation : "Le projet thérapeutique personnalisé en psychiatrie" a été réalisée pour 12 agents en décembre 2012

	En grande partie	et janvier 2013. Une session sur cette thématique est programmée dans le plan de formation 2013. Toutefois, la démarche est en cours de généralisation dans l'ensemble des unités de soins.
Des interventions, visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins, sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soins.	Oui	L'adhésion du patient est recherchée dans le cas d'hospitalisation sans consentement ou le refus de soins. Dans l'unité Saint-Roch accueillant les patients hospitalisés sous contrainte, l'adhésion des patients est recherchée à partir de l'élaboration du projet de sortie. Des contrats de soins sont signés par les patients lors de leur hospitalisation dans le service d'addictologie. Une sensibilisation des professionnels aux droits du patient dans le cadre des journées : "10 ans des lois 2002" et des soins sans consentement (loi du 5 juillet 2011), animées par un juge des libertés, est programmée en septembre 2013.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	L'établissement a réalisé, en novembre 2012, un audit sur l'information et la participation du patient au consentement aux soins qui fait apparaître un défaut de traçabilité de l'information faite aux patients. Il n'était tracé que le refus du consentement. Des actions d'amélioration ont été définies et intégrées au Plan d'action continue Qualité 2012-2015. Un nouvel audit de pratiques est programmé au second semestre 2013.

**Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient**

**Critère 11.c - Santé mentale**  
**Information du patient en cas de dommage lié aux soins**

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.	Oui	Le groupe projet chargé du critère 11 c a réalisé en premier lieu un audit de 15 dossiers patients présentant un risque potentiel de dommages liés aux soins. Cette démarche a permis d'identifier les points critiques et/ou non formalisés du processus. Une procédure sur "l'annonce d'un dommage lié aux soins" a été créée et validée en février 2013. Les circonstances de déclenchement de la démarche sont précisées ainsi que les modalités pratiques relatives au signalement du dommage, à l'organisation du dispositif d'information, à l'analyse des causes, à l'information à délivrer et à la réalisation d'une annonce. Un logigramme complète cette procédure ainsi que des formulaires (déclaration du dommage à remettre au patient, fiche d'information, rapport et évaluation du délai et du respect de la procédure).
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins sont menées.	En grande partie	Des actions d'information-sensibilisation à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins, et non des formations, ont été menées en plusieurs étapes, de janvier à mai 2013 : en CME, auprès du Collège médical et auprès des responsables infirmiers. Ces derniers sont chargés d'ici mi-juin de retransmettre cette information aux équipes. Cette sensibilisation touche l'ensemble des services intra- et extra-hospitaliers de l'établissement.
Les professionnels mettent en œuvre cette démarche.	En grande partie	La formalisation de cette démarche est récente et l'établissement est rarement confronté à une situation de dommage lié aux soins. Une problématique récente (transfert en MCO d'un patient à la suite de l'administration d'un traitement) a permis toutefois de mettre en œuvre, pour une grande partie, les étapes du processus.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Non	Une évaluation de la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est programmée pour le 31/01/2014.

## Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Santé mentale  
Prise en charge de la douleur



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).

Oui

L'établissement a défini une politique et une stratégie de prise en charge de la douleur en concertation avec le CLUD. Les objectifs sont formalisés, l'identification de la prise en charge de la douleur est opérationnelle, les moyens sont dédiés (politique douleur en date du 25/03/2008 et réactualisée le 07/09/2010). La constitution du CLUD est pluriprofessionnelle et son règlement intérieur a été actualisé en septembre 2010. Cette politique est traduite dans le projet d'établissement 2012-2016 dans la partie Projet de soins infirmiers (axe III, objectif n° 3), en cours de validation par les instances de l'établissement. Cette structuration du projet de prise en charge de la douleur est déployée dans l'ensemble des services de soins de l'établissement.

Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.

Oui

Les protocoles sont formalisés pour les différentes prises en charge de la douleur (procédures : prise en charge de la douleur en date du 07/06/2011, prise en charge de la douleur induite par les soins en date du 11/01/2013, recommandations d'aide à l'utilisation des antalgiques en date du 16/03/2013, gestion des morphiniques rédigée en

	Oui	juin 2009, utilisation du MEPOA [en cours de validation et non encore diffusé aux professionnels], arbre décisionnel pour la prise en charge de la douleur en fonction des patients [communicants ou non]). Leur élaboration est réalisée par les différents professionnels membres du CLUD. Leur accessibilité est réalisée par le biais de l'intranet de l'établissement.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	La formation des professionnels a été réalisée en septembre et octobre 2012, par l'intermédiaire des membres du CLUD auprès de l'ensemble des cadres de santé. Ceux-ci ont procédé à la sensibilisation des soignants de leur unité de soins (424 agents concernés en 2012). Le programme de formation tient compte des besoins et définit des objectifs en lien avec l'organisation de la prise en charge de la douleur.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	La mise en œuvre de l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur est organisée autour de l'information du patient, mais elle ne fait pas l'objet d'un programme structuré. Des séances d'informations collectives (6) auprès des patients (51) ont été mises en œuvre aux mois de novembre et décembre 2012, à partir d'un support validé par le CLUD. Des documents d'information sont à la disposition des patients et de leur entourage (livret d'accueil, plaquettes informatives).
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Une démarche structurée visant à s'assurer de la traçabilité de la mesure de la douleur dans le dossier du patient est en place. Cette démarche organise le recueil de la mesure de la douleur systématiquement à l'admission des patients, algiques ou non, ainsi que le suivi de l'évaluation de la douleur chez le patient algique et du résultat a posteriori lors de l'administration d'un traitement antalgique prescrit.

Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Une évaluation du soulagement de la douleur est réalisée pour vérifier l'efficacité du traitement antalgique administré. Les traitements sont adaptés en fonction des résultats des évaluations de la douleur et tracés dans le dossier du patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les échelles spécifiques d'évaluation de la douleur et les moyens d'évaluation pour les patients non communicants sont à la disposition des soignants. Les caractéristiques et les modes d'utilisation de ces outils sont décrits dans la procédure : "Prise en charge de la douleur". Une pochette douleur comportant l'ensemble des échelles spécifiques (échelles ECPA, Doloplus, San Salvador, Algoplus) ainsi que les instructions et modalités d'utilisation sont à la disposition des professionnels dans chaque service de soins.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	La sensibilisation des professionnels par les équipes d'encadrement est effective. L'évaluation du niveau d'appropriation et d'utilisation a été réalisée lors des audits des pratiques de soins relatives à la prise en charge de la douleur en mars 2012 et 2013.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'évaluation de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge de la douleur est structurée et fait l'objet d'un plan périodique d'évaluation en date du 16/01/2013. Des audits de dossiers dans l'ensemble des unités de soins de l'établissement ont été réalisés le 7 février 2012 et le 19 février 2013. Ils portent sur le respect des bonnes pratiques et recommandations ainsi que sur l'utilisation des différents supports et échelles d'évaluation de la douleur. L'évaluation de l'efficacité de la prise en charge de la douleur est recherchée au travers de l'analyse des questionnaires de sortie renseignés par les patients (144 patients satisfaits sur 208 réponses en 2012, soit 69,2 %).

Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Le plan d'actions d'amélioration a été défini par le CLUD en avril 2012. Il a été actualisé et validé pour l'année 2013 par la CME le 16 janvier 2013. Il est intégré au PACQ (Programme d'action continue de la qualité) 2012-2015. Le suivi de leur mise en œuvre est organisé par le CLUD et le Service Qualité de l'établissement.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	Des actions de partage d'informations et d'expériences sont mises en œuvre au travers de l'INTERCLUD de la région Auvergne, du service de consultation antidouleur du CH voisin et de la participation aux journées MOBIQUAL.



## Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Soins de longue durée  
Prise en charge de la douleur



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).

Oui

L'établissement a défini une politique et une stratégie de prise en charge de la douleur en concertation avec le CLUD. Les objectifs sont formalisés, l'identification de la prise en charge de la douleur est opérationnelle, les moyens sont dédiés (politique douleur en date du 25/03/2008 et réactualisée le 07/09/2010). La constitution du CLUD est pluriprofessionnelle et son règlement intérieur a été actualisé en septembre 2010. Cette politique est traduite dans le projet d'établissement 2012-2016 dans la partie Projet de soins infirmiers (axe III, objectif n° 3) en cours de validation par les instances de l'établissement. Cette structuration du projet de prise en charge de la douleur est déployée dans l'ensemble des services de soins de l'établissement.

Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.

Oui

Les protocoles sont formalisés pour les différentes prises en charge de la douleur (procédures : prise en charge de la douleur en date du 07/06/2011, prise en charge de la douleur induite par les soins en date du 11/01/2013, recommandations d'aide à l'utilisation des antalgiques en date du 16/03/2013, gestion des morphiniques rédigée en

	Oui	juin 2009, utilisation du MEPOA [en cours de validation et non encore diffusé aux professionnels], arbre décisionnel pour la prise en charge de la douleur en fonction des patients [communicants ou non]). Leur élaboration est réalisée par les différents professionnels membres du CLUD. Leur accessibilité est réalisée par le biais de l'intranet de l'établissement.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	La formation des professionnels a été réalisée en septembre et octobre 2012, par l'intermédiaire des membre du CLUD auprès des référents douleur. Ceux-ci ont procédé à la sensibilisation des soignants dans leur unité de soins. Le programme de formation tient compte des besoins et définit des objectifs en lien avec l'organisation de la prise en charge de la douleur.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	La mise en œuvre de l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur est organisée autour de l'information du patient, mais elle ne fait pas l'objet d'un programme structuré. Des séances d'informations collectives (6) auprès des patients (51) ont été mises en œuvre aux mois de novembre et décembre 2012, à partir d'un support validé par le CLUD. Des documents d'information sont à la disposition des patients et de leur entourage (livret d'accueil, plaquettes informatives).
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Une démarche structurée visant à s'assurer de la traçabilité de la mesure de la douleur dans le dossier du patient est en place. Cette démarche organise le recueil de la mesure de la douleur systématiquement à l'admission des patients algiques ou non, ainsi que le suivi de l'évaluation de la douleur chez le patient algique et du résultat a posteriori lors de l'administration d'un traitement antalgique prescrit.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Une évaluation du soulagement de la douleur est réalisée pour vérifier l'efficacité du traitement antalgique administré. Les traitements sont adaptés en fonction des résultats des évaluations de la douleur et tracés dans le dossier du

	Oui	patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les échelles spécifiques d'évaluation de la douleur et les moyens d'évaluation pour les patients non communicants sont à la disposition des soignants. Les caractéristiques et les modes d'utilisation de ces outils sont décrits dans la procédure : "prise en charge de la douleur". Une pochette douleur comportant l'ensemble des échelles spécifiques (échelles ECPA, Doloplus, San Salvador, Algoplus) ainsi que les instructions et modalités d'utilisation sont à disposition des professionnels dans chaque service de soins.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	La sensibilisation des professionnels par les équipes d'encadrement est effective, l'évaluation du niveau d'appropriation et d'utilisation a été réalisée lors des audits des pratiques de soins relatives à la prise en charge de la douleur en mars 2012 et 2013.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'évaluation de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge de la douleur est structurée et fait l'objet d'un plan périodique d'évaluation en date du 16/01/2013. Des audits de dossiers dans l'ensemble des unités de soins de l'établissement ont été réalisés le 7 février 2012 et le 19 février 2013 et portent sur le respect des bonnes pratiques et recommandations ainsi que sur l'utilisation des différents supports et échelles d'évaluation de la douleur. L'évaluation de l'efficacité de la prise en charge de la douleur est recherchée à travers l'analyse des questionnaires de sortie renseignés par les patients (144 patients satisfaits sur 208 réponses en 2012, soit 69,2 %).
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Le plan d'actions d'amélioration a été défini par le CLUD en avril 2012. Il a été actualisé et validé pour l'année 2013 par la CME le 16 janvier 2013. Il est intégré au PACQ (programme d'action continue de la qualité) 2012-2015. Le

	Oui	suivi de leur mise en œuvre est organisé par le CLUD et le Service Qualité de l'établissement.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	Des actions de partage d'informations et d'expériences sont mises en œuvre au travers de l'INTERCLUD de la région Auvergne, le service de consultation antidouleur du CH voisin et la participation aux journées MOBIQUAL.

## PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Santé mentale  
 Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.

Oui

La politique relative au processus d'identification du patient est définie dans le document : "Grandes orientations en matière d'identification" en date du 06 février 2013. Elle a été validée par la CME le 28 mars 2013. Ce document précise les objectifs attendus en matière d'identification, les acteurs clés et le circuit informatisé de la saisie de l'identité du patient. Les responsabilités sont définies, le responsable d'identito-vigilance a été récemment nommé. Le COMIV (Comité d'identito-vigilance) est constitué et s'assure du suivi et de la mise en œuvre des objectifs de la politique d'identito-vigilance. Le SIM (Service d'information médicale) a défini les règles de saisie et les personnels habilités. Il s'assure du contrôle et de la qualité de la saisie des identités dans le logiciel du dossier patient informatisé. La gestion des situations particulières (anonymisation du dossier) fait l'objet d'une procédure.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

<p>Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les besoins de formation des professionnels, liés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient, sont recensés. Le programme de formation est élaboré. La secrétaire administrative a été formée à la mise en œuvre et à la gestion du logiciel contribuant à l'identification du patient. La sensibilisation des personnels soignants est réalisée et assurée en interne par le médecin identito-vigilant à partir d'un programme élaboré et d'un support (PowerPoint) précisant les différentes étapes présentant un risque d'erreur d'identification et les recommandations de bonne pratique.</p>
<p>Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les règles de vérification de l'identité des patients sont adaptées à la procédure : "identification du patient" en date du 18 mars 2013, mise à disposition des professionnels et accessible sur l'intranet du Centre hospitalier. L'accueil du patient dans le service de long séjour se réalise suivant une procédure établie, au cours de laquelle se réalise la collecte des documents administratifs justifiant l'identité du patient. Un logiciel dédié à l'analyse des erreurs d'identification est à disposition des personnels administratifs du bureau des entrées, afin de procéder deux fois par jour au contrôle systématique de la saisie des identités des patients. Il permet de s'assurer de la qualité de leur identification.</p>
<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La recherche de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique est adaptée à la nature de la prise en charge et formalisée dans la procédure : "identification du patient". Les conditions de sa mise en œuvre ont fait l'objet d'un rappel de bonnes pratiques à toutes les étapes de la prise en charge à partir des actions de sensibilisation des professionnels du soin. Toutefois, les pratiques existantes ne sont pas évaluées et ne sont pas tracées dans le dossier du patient.</p>
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>

<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le dispositif d'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient est structuré au niveau de la saisie initiale de l'identité lors de l'admission. L'évaluation quotidienne est opérationnelle et réalisée à partir d'un logiciel de contrôle associé à la base de données regroupant l'ensemble des identités des patients pris en charge au Centre hospitalier Sainte-Marie. Un bilan annuel recense l'ensemble des erreurs liées à l'identito-vigilance et leur nature (doublons, similitude d'identité, etc.). La personne en charge de coordonner l'évaluation est l'identito-vigilant et la démarche d'évaluation s'inscrit dans les missions du SIM (Service d'information médicale). Toutefois, cette évaluation n'est pas réalisée à toutes les étapes de la prise en charge et des soins. Des actions d'améliorations ont été définies et sont intégrées au Plan d'actions Qualité 2012-2015 de l'établissement.</p>
---	-------------------------	---



Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Soins de longue durée  
 Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.

Oui

La politique relative au processus d'identification du patient est définie dans le document : "Grandes orientations en matière d'identification" en date du 06 février 2013. Elle a été validée par la CME le 28 mars 2013. Ce document précise les objectifs attendus en matière d'identification, les acteurs clés et le circuit informatisé de la saisie de l'identité du patient. Les responsabilités sont définies, le responsable d'identito-vigilance a été récemment nommé. Le COMIV (Comité d'identito-vigilance) est constitué et s'assure du suivi et de la mise en œuvre des objectifs de la politique d'identito-vigilance. Le SIM (Service d'information médicale) a défini les règles de saisie et les personnels habilités. Il s'assure du contrôle et de la qualité de la saisie des identités dans le logiciel du dossier patient informatisé. La gestion des situations particulières (anonymisation du dossier) fait l'objet d'une procédure.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

<p>Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les besoins de formation des professionnels, liés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient, sont recensés. Le programme de formation est élaboré. La secrétaire administrative a été formée à la mise en œuvre et à la gestion du logiciel contribuant à l'identification du patient. La sensibilisation des personnels soignants est réalisée et assurée en interne par le médecin identito-vigilant à partir d'un programme élaboré et d'un support (PowerPoint) précisant les différentes étapes présentant un risque d'erreur d'identification et les recommandations de bonne pratique.</p>
<p>Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les règles de vérification de l'identité des patients sont adaptées à la procédure : "identification du patient" en date du 18 mars 2013, mise à disposition des professionnels de l'accueil administratif et accessible sur l'intranet du Centre hospitalier. Un logiciel dédié à l'analyse des erreurs d'identification est à disposition des personnels administratifs, afin de procéder deux fois par jour au contrôle systématique de la saisie des identités des patients, et permet de s'assurer de la qualité de leur identification.</p>
<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La recherche de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique est adaptée à la nature de la prise en charge et formalisée dans la procédure : "identification du patient". Les conditions de sa mise en œuvre ont fait l'objet d'un rappel de bonnes pratiques à toutes les étapes de la prise en charge à partir des actions de sensibilisation des professionnels du soin. Pour les patients le nécessitant et en fonction des résultats de l'évaluation de leurs capacités cognitives (échelle MMS), la prescription de la pose et du port d'un bracelet identificatoire est réalisée conformément à la procédure « Recours à un bracelet d'identification » et régulièrement réévaluée. Toutefois, les pratiques existantes, relatives au contrôle de la concordance entre l'identité du patient bénéficiaire et l'acte de soin réalisé, ne sont pas évaluées et ne sont pas tracées dans le dossier du patient.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le dispositif d'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient est structuré au niveau de la saisie initiale de l'identité lors de l'admission. L'évaluation quotidienne est opérationnelle et réalisée à partir d'un logiciel de contrôle associé à la base de données regroupant l'ensemble des identités des patients pris en charge au Centre hospitalier Sainte-Marie. Un bilan annuel recense l'ensemble des erreurs liées à l'identito-vigilance et leur nature (doublons, similitude d'identité, etc.). La personne en charge de coordonner l'évaluation est l'identito-vigilant et la démarche d'évaluation s'inscrit dans les missions du SIM (Service d'information médicale). Toutefois, cette évaluation n'est pas réalisée à toutes les étapes de la prise en charge et des soins. Des actions d'améliorations ont été définies et sont intégrées au Plan d'actions Qualité 2012-2015 de l'établissement.</p>

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

**Référence 23: l'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage**

**Critère 23.a - Santé mentale**  
**Education thérapeutique du patient**

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.

Oui

L'établissement n'offre pas de programme d'éducation thérapeutique autorisé par l'ARS. En revanche, il a mis en place des activités éducatives ciblées. Un état des lieux de l'offre de programmes autorisés dans la région Rhône-Alpes Auvergne a été réalisé, il est disponible dans la plaquette d'information intitulée "Mieux comprendre et mieux vivre sa maladie", élaborée en novembre 2012 par le groupe EPP numéro 5 sur l'éducation thérapeutique du patient. Cette plaquette a été diffusée dans les unités de soins à destination des patients en avril 2013 et propose également les séances collectives mises en place à l'hôpital.

Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.

Oui

Des activités éducatives ciblées réalisées sous la forme de séances d'informations collectives sont mises en place dans les services depuis novembre 2012.  
 Le canevas de programme d'éducation thérapeutique, élaboré par le groupe EPP de l'établissement, précise les pathologies psychiatriques concernées, troubles bipolaires, schizophrénie, dépression, addiction ainsi que le mode de prise en charge ambulatoire ou temps plein des patients. Les

	Oui	thèmes des séances ont été retenus en réunion du groupe EPP sur l'éducation thérapeutique en fonction des besoins du patient et les séances sont programmées annuellement.
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.	En grande partie	La coordination avec l'extra-hospitalier est prévue par l'adressage de la "lettre sur l'éducation thérapeutique" suivie par le patient. Celle-ci, rédigée par le médecin du service, est ensuite adressée aux référents, médecin traitant, infirmiers de ville. Mais la mise en œuvre de cette "lettre" n'est pas encore réalisée.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en œuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en œuvre de programme autorisé, il lui est demandé de proposer au patient une inscription dans un programme autorisé dans son environnement proche, en lui ayant présenté l'intérêt de l'ETP pour la gestion de sa maladie.	Oui	Les séances d'informations collectives sont formalisées dans une fiche programme éducation thérapeutique du patient en santé mentale du PACQ. Cette fiche précise les objectifs, la composition des groupes, les modalités de fonctionnement, les thèmes abordés, l'évaluation.
L'établissement définit, dans son plan, une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques, et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en œuvre un programme d'ETP).	Oui	Un professionnel de la pharmacie a réalisé en 2011 deux jours de formation sur "la place du pharmacien hospitalier dans l'éducation thérapeutique du patient en psychiatrie" à Paris. Pour 2013, l'établissement a défini, dans son plan de formation, deux séquences de trois jours de formation, en novembre et décembre, à destination du personnel soignant pour "acquérir les compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique". Elle sera réalisée par un organisme de formation externe à l'établissement.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en œuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	L'établissement a réalisé un état des lieux en 2011, dans le cadre de l'EPP sur l'éducation thérapeutique du patient, qui a permis la mise en place des séances d'informations collectives.

Partiellement	<p>Un questionnaire de satisfaction est remis systématiquement aux patients après les séances collectives ainsi qu'aux professionnels concernés.</p> <p>Ces questionnaires sont bien recueillis, mais ne font pas l'objet d'un traitement d'analyse ni d'actions d'amélioration. La démarche est trop récente. Le questionnaire a été réalisé en décembre 2012.</p>
---------------	---

**Référence 23: l'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage**

**Critère 23.a - Soins de longue durée  
Education thérapeutique du patient**

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.

Oui

L'établissement n'offre pas de programme d'éducation thérapeutique autorisé par l'ARS. En revanche, il a mis en place des activités éducatives ciblées. Un état des lieux de l'offre de programmes autorisés dans la région Rhône-Alpes Auvergne a été réalisé, il est disponible dans la plaquette d'information intitulée "Mieux comprendre et mieux vivre sa maladie", élaborée en novembre 2012 par le groupe EPP numéro 5 sur l'éducation thérapeutique du patient. Cette plaquette a été diffusée dans les unités de soins à destination des patients en avril 2013 et propose également les séances collectives mises en place à l'hôpital.

Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.

Oui

Des séances d'informations collectives pour le résident et son entourage sont réalisées depuis juin 2012. Le canevas de programme d'éducation thérapeutique, élaboré par le groupe EPP de l'établissement, précise les pathologies psychiatriques concernées, psychoses vieilles, maladie de Parkinson, démence, trouble du comportement, fin de vie et soins palliatifs.



	Oui	Les thèmes des séances ont été retenus en réunion du groupe EPP sur l'éducation thérapeutique en fonction des besoins du patient et les séances sont programmées annuellement.
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.	Partiellement	Il n'y a pas de coordination organisée avec l'extra-hospitalier, mais il existe des contacts avec le réseau, lors des réunions de bilan du conseil de vie sociale.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en œuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en œuvre de programme autorisé, il lui est demandé de proposer au patient une inscription dans un programme autorisé dans son environnement proche, en lui ayant présenté l'intérêt de l'ETP pour la gestion de sa maladie.	Oui	Des séances informatives collectives sont proposées et mises en œuvre auprès du patient et de son entourage depuis juin 2012. Elles sont formalisées dans une fiche programme éducation thérapeutique du résident en SLD du PACQ. Cette fiche précise les objectifs, la composition des groupes résidents et entourage, les modalités de fonctionnement, les thèmes abordés, l'évaluation.
L'établissement définit, dans son plan, une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques, et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en œuvre un programme d'ETP).	Oui	Un professionnel de la pharmacie a réalisé en 2011 deux jours de formation sur "la place du pharmacien hospitalier dans l'éducation thérapeutique du patient en psychiatrie" à Paris. Pour 2013, l'établissement a défini, dans son plan de formation, deux séquences de trois jours de formation, en novembre et décembre, à destination du personnel soignant pour "acquérir les compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique". Elle sera réalisée par un organisme de formation externe à l'établissement.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en œuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	Une première évaluation a été réalisée en 2011, pour obtenir un état des lieux avant la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique.

## PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.a

#### Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en œuvre des démarches d'EPP.

Oui

Les différents secteurs d'activité mettent en place une organisation leur permettant de réaliser des démarches EPP. La sous-conférence EPP et son groupe de développement de l'EPP structurent et définissent les objectifs, les responsables de projets et les moyens mis à leur disposition.

Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.

NA

Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.

NA

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en œuvre des démarches d'EPP.	Oui	Les différents secteurs mettent en œuvre des démarches EPP. Le tableau de bord des EPP recense 11 programmes dans l'établissement. Tous les secteurs d'activités sont concernés, ceux de psychiatrie infanto-juvénile, de psychiatrie générale, le SLD, le service de soins infirmiers, l'addictologie ainsi que dans les différents modes de prise en charge, hôpital de jour, temps plein.
L'engagement des professionnels est effectif.	Oui	L'engagement des professionnels est effectif. Il est traduit par le déploiement des démarches EPP dans l'établissement. Le tableau de bord des EPP recense six nouvelles EPP depuis 2012. La sous-conférence EPP et son groupe de développement de l'EPP en sont représentatifs. La rencontre des personnels de terrain au cours de la visite de suivi en témoigne également.
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en œuvre.	Oui	Le dispositif de communication auprès des professionnels sur les démarches EPP est essentiellement concentré sur le site intranet de l'établissement dans la rubrique « démarche EPP », ainsi que dans le QUAL'info et "Les brèves" de l'établissement.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	Partiellement	Le dispositif de mesure d'impact est organisé au regard des actions mises en place, du fait de l'avancement de trois EPP en étape 4 sur les 11 EPP de l'établissement. Ce résultat est encore partiel.
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Non	L'évaluation de l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches EPP n'est pas encore réalisée.

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles		
Critère 28.b Pertinence des soins		
<b>Cotation</b>	B	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.	Oui	L'établissement a mis en place une réflexion formalisée dans sa politique EPP, en définissant des enjeux prioritaires. Cette réflexion permet d'identifier notamment les enjeux liés à la pertinence des soins. Ce travail d'analyse a permis d'initier six programmes EPP concernant la pertinence des soins en 2012.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées, et permettent la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	Oui	Six nouvelles démarches EPP sont mises en oeuvre en fonction des enjeux identifiés. Elles sont inscrites au tableau de bord des EPP et font l'objet d'une fiche projet détaillée. Sur le tableau de bord de suivi des EPP, figure l'état d'avancement de la démarche selon les différents axes d'amélioration.
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	L'établissement a réuni un certain nombre de documents de procédures qui référencent les bonnes pratiques. Ces documents sont à la disposition des professionnels, accessibles sur l'intranet, mais ne sont pas regroupés en références sous forme de processus de soins.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique assurent le suivi des actions d'amélioration et mesurent l'impact sur l'évolution des pratiques.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La coordination et le suivi des actions d'améliorations sont structurés. Il existe un état d'avancement précis des axes d'amélioration pour chaque EPP. Le dispositif de mesure d'impact est prévu, mais seule une EPP de pertinence est arrivée en étape 4.</p>
---	----------------------	---

# SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 03/10/2011 au 07/10/2011	Certification avec sursis	visite de suivi	12
Visite de suivi	du 28/05/2013 au 30/05/2013	Certification avec recommandations	/	/

	Visite initiale	Visite de suivi
1.c (Démarche éthique)	Réserve	Décision levée
1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles)	Recommandation	Décision levée
8.a (Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins)	Recommandation	Décision levée
8.f (Gestion des évènements indésirables)	Réserve	Décision levée
8.h (Bon usage des antibiotiques)	Réserve	Décision levée
8.k (Gestion des équipements biomédicaux)	Recommandation	Décision levée
11.b (Consentement et participation du patient) - Santé mentale	Recommandation	Décision levée
11.c (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) - Santé mentale	Réserve	Décision levée
12.a (Prise en charge de la douleur) - Santé mentale	Recommandation	Décision levée
12.a (Prise en charge de la douleur) - Soins de longue durée	Recommandation	Décision levée
15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Santé mentale	Réserve	Décision levée
15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Soins de longue durée	Réserve	Décision levée
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de longue durée	Recommandation	Recommandation



	Visite initiale	Visite de suivi
23.a (Education thérapeutique du patient) - Santé mentale	Recommandation	Décision levée
23.a (Education thérapeutique du patient) - Soins de longue durée	Réserve	Décision levée
28.a (Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles)	Recommandation	Décision levée
28.b (Pertinence des soins)	Réserve Majeure	Décision levée
28.c (Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique)	Recommandation	Recommandation

## ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine  
procédure de certification

Le plan d'actions avec échéancier aide l'établissement de santé à pérenniser sa dynamique d'amélioration et l'engage à réfléchir aux modalités d'amélioration à mettre en œuvre pour résoudre les dysfonctionnements constatés dans le rapport de certification, les prioriser et les planifier dans le temps. Ce plan d'actions constitue un document d'entrée dans la procédure suivante.

Ces plans d'actions étant le résultat de l'analyse réalisée par l'établissement pour améliorer son organisation et ses pratiques, la Haute Autorité de Santé ne s'engage pas sur la pertinence et la qualité des actions envisagées et/ou entreprises.

Dans ce cadre, l'établissement a transmis les plans d'actions suivants

# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

20a bis - Soins de longue durée - Prise en charge médicamenteuse du patient

Problématique:

E1 – EA1 : Les patients USLD bénéficient des mêmes modalités d'administration des traitements que les patients hébergés en EHPAD.  
E1 – EA1 : Du fait du logiciel de dossiers de soins utilisé, la traçabilité de l'analyse pharmaceutique n'est pas réalisée et la gestion des stocks des armoires des unités de soins ne peut être effectuée.  
E2 – EA2 : Le déploiement de l'analyse pharmaceutique et de la délivrance nominative n'est pas effectif.  
E3 – EA2 : Un bilan des actions de bon usage du médicament n'a pas été réalisé.

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
<p>E1 – EA4 : Rédiger des règles d'administration des médicaments par rapport au type d'hébergement des patients.</p> <p>E1 – EA4 : Définir médicalement les règles d'administration pour chaque patient (médicament à écraser ou non selon la forme galénique et la pathologie du patient).</p> <p>E2 – EA2 : Effectuer une analyse d'ordonnances contenant les médicaments à risque (AVK) en intégrant qu'à chaque début de mois et/ou à chaque changement de traitement le secrétariat de la maison Ste Anne envoie la liste des patients dont il faut faire prioritairement l'analyse de l'ordonnance.</p> <p>E2 – EA2 : Formaliser la procédure interne d'adaptation de posologie des médicaments AVK en fonction de l'INR.</p> <p>E3 – EA2 : Réaliser des audits concernant le bon usage des médicaments (prescription des antibiotiques, conformité de l'écrasement des médicaments, connaissance du livret « médicament et personnes âgées », prescription des benzodiazépines et neuroleptiques chez la personne âgée).</p>	<p>E1 – EA4 et E2 – EA2 : Opérer un changement de logiciel de soins (PSI/CARIATIDES®) permettant de développer l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments.</p>

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Madame Dominique PASSERON	Dr HERITIER-BRANCO Nadine - Pharmacien - Pharmacie Serv. adm. Mme CLASTRE Bernadette - Adjoint de direction - Maison Ste Anne	Médecin de la maison Ste Anne, Adjoints de direction des autres structures

Echéancier de réalisation :

Les objectifs intermédiaires E1 et E2 ont été atteints fin 2012, la mise en œuvre de l'objectif E3 est prévue sur l'année 2013.  
L'atteinte des objectifs ultimes est prévue pour la fin de l'année 2013.

Modalités d'évaluation :

Mise en fonction de l'évolution du logiciel.

E3 – EA2 : Conduite d'audits :

- Conformité des médicaments écrasés par rapport aux recommandations et/ou à la pathologie du patient (Prévu),
- Pertinence des prescriptions des antibiotiques selon l'antibioguide (en cours),
- Connaissance du livret médicament et personne âgée par les professionnels (Prévu),
- Prescription des benzodiazépines et neuroleptiques chez la personne âgée (Ste Anne) l'instant T, pour un jour donné (réalisé).

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Le suivi des actions est réalisé par le service qualité et gestion des risques et le comité de pilotage de la qualité.

Validation institutionnelle:

La validation institutionnelle a été faite par le comité de pilotage de la qualité du 27-03-2013.

Planification des revues de projet:

Les revues de projet sont conduites trimestriellement par le comité de pilotage de la qualité.

# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

28c - Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique

Problématique:

E1 - EA1 : L'établissement n'a pas identifié d'indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités  
E2 - EA1 : L'établissement n'a pas mis en place un dispositif de recueil et d'analyse d'indicateurs cliniques  
E2 - EA2 : Des démarches d'amélioration ne peuvent être mises en œuvre.  
E3 - EA1 : La révision régulière de la liste des indicateurs analysés ne peut être réalisée.

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
<p>E1 - EA1 : Identifier sous la forme d'un tableau de bord, les indicateurs de pratique cliniques suivis par les différents secteurs d'activité de l'établissement pour assurer la qualité et la continuité des soins (indicateurs issus des enquêtes officielles (IPAQSS, LIN,... ) ; indicateurs issus des rapports d'activité ou équivalents relatifs aux « instances » au sens large, CLUD, COMEDIMS ; indicateurs issus des démarches EPP...)</p> <p>E1 - EA1 : Identifier dans ce tableau de bord :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- qui recueille les données</li> <li>- la fréquence du recueil des données</li> <li>- qui les exploite</li> <li>- les exemples d'actions améliorations menées dans le suivi de ces indicateurs ;</li> </ul> <p>E1 - EA1: Intégrer ce tableau de bord à la politique EPP dans laquelle est formalisé les modalités et la périodicité de révision du tableau de bord.</p> <p>E2 - EA1 : Mettre en œuvre le recueil annuel des indicateurs IPAQSS PSY</p> <p>E2 - EA1 : Assurer le recueil des indicateurs institutionnels selon les modalités définies dans le tableau de bord correspondant.</p> <p>E2 - EA2 : Identifier les démarches d'amélioration et EPP mises en œuvre à partir du recueil des indicateurs institutionnels (lorsque la valeur de l'indicateur le justifie).</p>	<p>E2 - EA1 : Intégrer les plans d'actions issus du suivi des indicateurs institutionnels dans le cadre du complément du PACSS (2012-2015).</p> <p>E3 - EA1 : Réviser chaque année le tableau de bord des indicateurs institutionnels utilisés dans le pilotage de l'établissement.</p>



Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr POURHADI Cyrus - Chef de service SIM	<p>Dr Karim Mohammed - Médecin chef de service A et Président de CME</p> <p>Dr Clément René - Médecin chef de service B</p> <p>Dr Gentil Hervé - Médecin chef de service C</p> <p>Dr Glénat Michel - Psychiatre maison Ste Anne</p> <p>Dr Haddouche Sylvie - Psychiatre - St Gabriel</p> <p>Dr Kubwimana Onesphore - Psychiatre L'Envolée</p> <p>Dr Zaghir Lina - Médecin généraliste - St Vincent</p> <p>Mme Sirot-Bouchet Odile - Resp. Communication</p> <p>Mme Heritier-Branco Nadine - Pharmacien - Serv. Pharmacie</p> <p>Mme Devidal Pascale - Resp. Infirmier - Mas St Paulien</p> <p>Mme Marcel Virginie - Resp. Infirmier - Ste Cécile 2</p> <p>Mme Martin Françoise - Resp. Infirmier -Equipe liaison</p> <p>Mme Tillot Catherine - Infirmière générale - Direction des soins</p> <p>M. Janin Pierre-Marie - Resp. Service Qualité et GDR</p> <p>M. Lanthéaume Sylvain - Resp. Qualité et GDR</p> <p>Membres de la sous-conférence EPP / Membres des groupes EPP</p>	<p>Service Qualité et Gestion des Risques / Direction / Direction des Soins / Membres de la CME</p>

Echéancier de réalisation :

Les objectifs intermédiaires sont réalisés pour le 31/05/2013.  
L'atteinte des objectifs ultimes est prévue pour le 28/03/2014

Modalités d'évaluation :

L'évaluation des actions est réalisée par le comité de pilotage qualité, la conférence médicale d'établissement et la sous conférence EPP. Cette évaluation est tracée au sein des comptes rendus correspondants.

Modalités de suivi et de pérennisation des résultats:

Le suivi des actions est réalisé par la conférence médicale d'établissement et la sous conférence EPP.  
La pérennisation des actions passe par la formalisation du tableau de bord des indicateurs de pratiques cliniques, et le suivi de chaque indicateur par les professionnels en charge de leur recueils, et les groupes de professionnels en charge de mettre en place les plans d'action correspondant.

Validation institutionnelle:

La validation institutionnelle a été faite par le comité de pilotage de la qualité du 27-03-2013

Planification des revues de projet:

Les revues de projet sont conduites trimestriellement par le comité de pilotage de la qualité

