



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
SAINTE MARIE DE RODEZ**

**Bp 3207 - olemps
12032 Rodez**

OCTOBRE 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
DROITS DES PATIENTS	18
PARCOURS DU PATIENT	22
DOSSIER PATIENT	27
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	31

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE DE RODEZ	
Adresse	12032 Rodez
Département / région	AVEYRON / MIDI-PYRENEES/LANGUEDOC-ROUSSILLON
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	630786754	ASSOCIATION HOSPITALIERE SAINTE MARIE	12 rue de l'hermitage-cs20099 Cs 20099 63407 CHAMALIERES
Etablissement de santé	120003538	CMP CAPDENAC - CH SAINTE MARIE	24 avenue emile maruejouis 12700 CAPDENAC GARE
Etablissement de santé	120787932	HOPITAL DE JOUR RODEZ - CH SAINTE MARIE	2 rue de lisbonne 12000 Rodez
Etablissement de santé	120004759	CLINIQUE DE BOURRAN	2 rue de lisbonne 12000 Rodez
Etablissement de santé	120005178	CATTP DE RODEZ	9 rue abbe bessou 12000 Rodez
Etablissement de santé	120786058	HOPITAL DE JOUR LA LOUISIANE - CH SAINTE MARIE	53 avenue caylet 12200 Villefranche-De-Rouergue
Etablissement de santé	120004809	CLINIQUE SAINTE MARIE DE VILLEFRANCHE - CH SAINTE MARIE	40 avenue caylet 12200 VILLEFRANCHE DE ROUERQUE
Etablissement de santé	120004288	HOPITAL DE JOUR LACOMBE SAINT MICHEL	Lacombe Saint michel 12300 Decazeville

Etablissement de santé	120005772	CMP DE NAUCELLE - CH SAINTE MARIE	Place de l'hotel de ville 12800 Naucelle
Etablissement de santé	120004825	APPARTEMENT THERAPEUTIQUE RODEZ CH SAINTE MARIE	13 cite cardaillac 12000 Rodez
Etablissement de santé	120786033	HOPITAL DE JOUR FONTVERGNES CH SAINTE MARIE	Avenue paul ramadier 12300 Decazeville
Etablissement de santé	120004189	HOPITAL DE JOUR SAINT FRANCOIS	Avenue seguret saincric 12000 Rodez
Etablissement de santé	120785555	CMP DE DECAZEVILLE - CH SAINTE MARIE	25 rue emile negre 12300 Decazeville
Etablissement de santé	120004239	HOPITAL DE JOUR - CLINIQUE SAINTE MARIE	32 avenue caylet 12200 Villefranche De Rouergue
Etablissement de santé	120004817	HOPITAL DE JOUR LE VERDIER- CH SAINTE MARIE	4 rue de buchens 12500 Espalion
Etablissement de santé	120786231	CMP DE VILLEFRANCHE DE ROUERGUE - CH SAINTE MARIE	32 avenue caylet 12200 Villefranche-De-Rouergue
Etablissement de santé	120003769	HOPITAL DE JOUR LA CLE DES CHAMPS - CHS SAINTE MARIE	Le rial 12340 Gabriac
Etablissement de santé	120785563	CMP D'ESPALION - CH SAINTE MARIE	27 avenue d'estaing 12500 Espalion
Etablissement de santé	120004098	CATTP DE RODEZ	428 rue de l'arbre de la garde 12160 Baraqueville
Etablissement de santé	120786223	CMP/CATTP DE RODEZ CH SAINTE MARIE	2 rue de lisbonne 12000 Rodez

Etablissement de santé	120780283	CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE DE RODEZ	Bp 3207 - olemps 12032 Rodez
Etablissement de santé	120005756	CMP DE REQUISTA - CH SAINTE MARIE	1 rue emile de vialars 12170 Requista
Etablissement de santé	120005764	CMP SAINT GENIEZ D'OLT - CH SAINTE MARIE	19 rue de la tuilerie 12130 Saint-Geniez-D'Olt

Activités

Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	295	115

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

Réorganisation de l'offre de soins

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Droits des patients
Parcours du patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.
Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
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	CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE DE RODEZ	/	Programmé	Simple	Santé mentale
2	Adulte	CLINIQUE DE BOURRAN - Rodez	/	Programmé	Complexe	Santé mentale
3	Adulte	HOPITAL DE JOUR SAINT FRANCOIS	/	Programmé	Simple	Santé mentale
4	Personne âgée	CLINIQUE SAINTE MARIE DE VILLEFRANCHE - CH SAINTE	/	Programmé	Complexe	Santé mentale
5	Adulte	HOPITAL DE JOUR LA LOUISIANE - VILLEFRANCHE DE ROU	/	Programmé	Simple	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

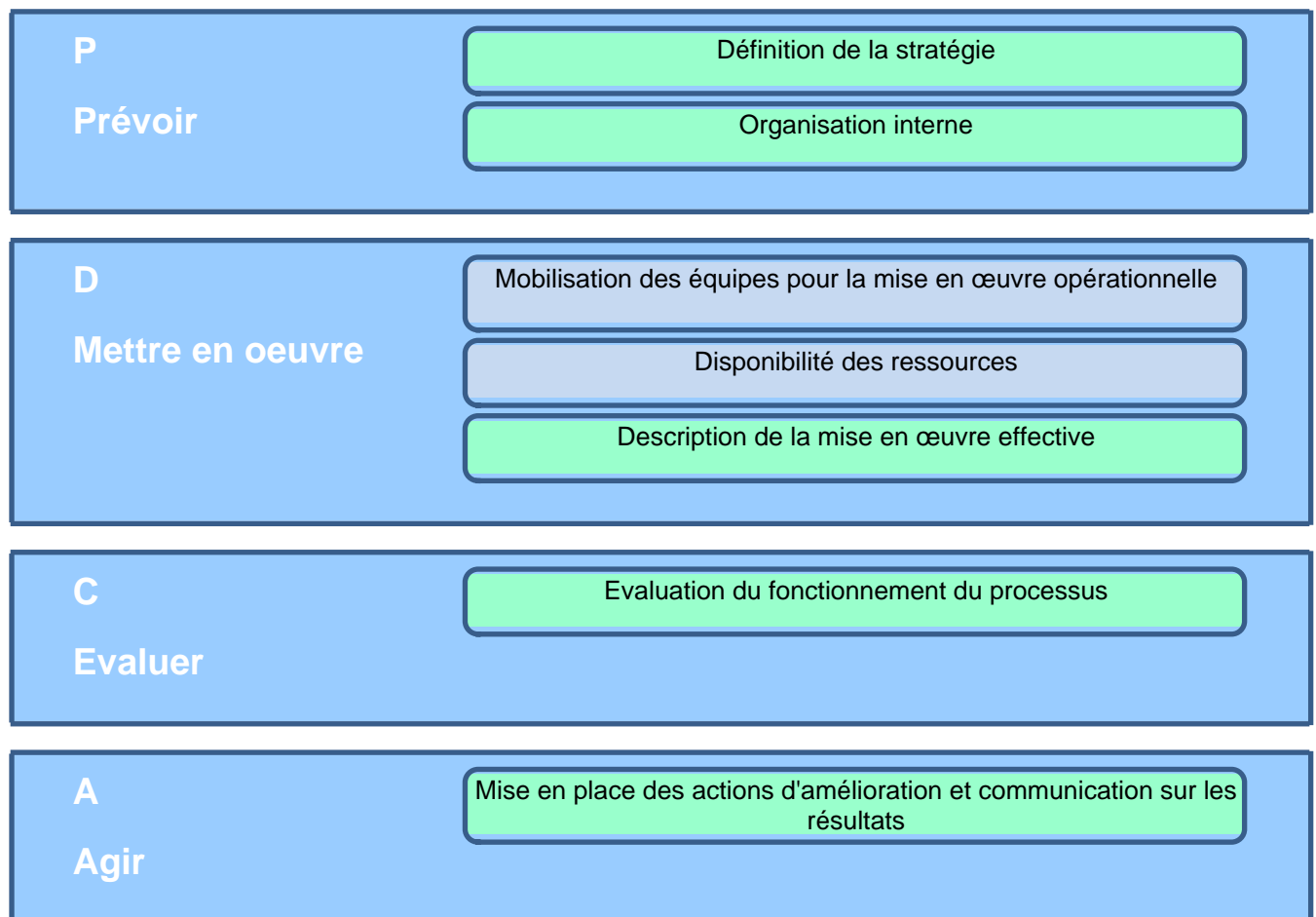
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie et les objectifs sont inscrits dans la Politique Qualité, Sécurité, Hygiène, Environnement et dans le projet de soins, intégrés au projet d'établissement, puis déclinés dans le CPOM. Elle est élaborée sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La démarche d'évaluation des risques a priori est appropriée. Des groupes de travail chargés d'identifier les risques par processus ont été organisés de fin 2012 à fin 2013. La démarche a permis la hiérarchisation des risques, l'élaboration d'une cartographie et la définition d'actions d'amélioration. Validée par la CME, la stratégie prend en compte les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise. Suite aux décisions de la précédente certification, l'établissement a défini sa stratégie et inscrit les objectifs de déploiement de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles, dans la politique d'amélioration de la qualité, qui s'est traduit par la mise en place d'une commission dédiée. La politique est portée par le management. Elle est déclinée dans un programme d'action formalisé, défini par thématique. Celui-ci intègre le calendrier prévisionnel et le responsable de l'action. Toutefois, le plan d'action d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques n'est pas priorisé. En effet, le plan d'action ne priorise pas les actions. Les représentants des usagers sont associés et impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique Qualité et gestion des Risques. Ceci dans le cadre de la CRU, de leur participation aux réunions du Conseil Associatif de Surveillance ou du Comité d'Éthique et aux groupes de travail mis en place dans le cadre de la préparation de la certification de l'établissement sur les thématiques : droits des patients et parcours du patient. Ils sont également invités aux bilans annuels du COPIL QHSE, du CLIN et du CLUD.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilotage stratégique est assuré par le Comité de Pilotage Qualité, Hygiène, Sécurité, Environnement. Il est composé du Directeur, du Président de la Conférence Médicale d'Établissement, de l'infirmière générale, du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, du responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, des membres du service Qualité/Gestion des Risques, des correspondants des vigilances et d'un représentant du CHSCT. Il est chargé d'élaborer la politique et de coordonner sa mise en œuvre avec les instances et les commissions impliquées dans la qualité/gestion des risques (CLIN, CLAN, CLUD, Commission EPP). Le service Qualité/Gestion des risques, l'équipe Opérationnelle d'Hygiène, le pool d'Auditeurs internes ainsi que l'ensemble de l'encadrement, assurent le pilotage opérationnel. De plus, chaque cadre supérieur est identifié pilote d'une thématique d'amélioration transversale. Les rôles et les responsabilités sont définis et formalisés dans les fiches de poste des professionnels impliqués dans le pilotage. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins et prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés. La formation aux méthodes d'identification des risques a priori, à la hiérarchisation et à l'analyse des causes profondes des événements indésirables graves des membres du service qualité/gestion des risques, le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et le responsable qualité de la prise en charge médicamenteuse, est organisée. Leur mission est d'accompagner le déploiement de ces méthodes. Dans cet objectif, l'établissement a inscrit comme axe prioritaire du plan de formation continue, la formation des professionnels à la méthode d'analyse des causes (ORION). Par ailleurs, depuis 2012, l'établissement a organisé la formation des membres de la commission EPP aux méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles, par un consultant extérieur. Le dispositif de gestion documentaire est formalisé par une procédure. Les procédures et protocoles sont informatisés. Une organisation est en place pour sensibiliser et impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité de soins. L'accueil des personnels nouvellement recrutés prévoit une demi-journée d'information comportant un temps de présentation par le service qualité, de la démarche qualité institutionnelle. Par ailleurs une journée de sensibilisation à la démarche d'EPP est organisée annuellement. L'établissement a mis en place des groupes de travail pluri professionnels et transversaux composés de professionnels de différentes filières de soins, sur des thématiques spécifiques. Enfin, un règlement de fonctionnement des Comités de Retour d'Expérience a été élaboré pour permettre le déploiement de ceux-ci au sein des unités de soins. L'organisation permettant le déploiement et le suivi de la mise en œuvre des démarches d'EPP, est décrite dans le règlement intérieur de la commission EPP. Celle-ci a pour mission de recenser et/ou de proposer les nouvelles thématiques d'EPP à mener. Les thématiques sont validées par la CME. Elles sont intégrées au tableau de bord EPP de la HAS et un pilote est identifié. Le dispositif de signalement, de gestion des événements indésirables est cadré par une procédure actualisée. Le système de déclaration est informatisé. Un comité de sécurité des soins composée du Directeur, du Coordonnateur des risques associés aux soins, de l'Infirmière générale, du service Qualité/Gestion des Risques, d'un cadre supérieur et d'un représentant du CHSCT est en place. Ses missions sont définies. Une charte de non punition est en place depuis 2014. Le pharmacien, le responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, le cadre supérieur de santé sont chargés

du traitement et de l'analyse des causes des erreurs médicamenteuses. Un comité de la prise en charge médicamenteuse piloté par un cadre supérieur de santé et composé de correspondants dans chaque unité, permet le passage d'information entre le comité, le responsable infirmier et l'équipe. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. La coordination des différentes composantes du système de management de la qualité et de la gestion des risques est formalisée dans la politique Qualité, ainsi que dans le guide de gouvernance de l'établissement. Cette coordination intègre les dispositifs de vigilances et de veille sanitaire, notamment au sein du COPIL QHSE dont les correspondants des vigilances sont membres. L'organisation mise en œuvre pour mobiliser les professionnels dans l'élaboration du compte qualité s'est appuyée sur les instances et commissions concernées existantes, complétées par la mise en place de groupes de travail sur le parcours du patient ou les droits du patient notamment.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement supérieur et les responsables infirmiers des unités de soins, sont chargés de participer aux démarches et de relayer les objectifs d'amélioration institutionnels. Ce rôle est inscrit dans leur fiche de poste. Les cadres supérieurs des filières de soins et les responsables infirmiers d'unité, sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus. Cette transmission a lieu, lors des réunions mensuelles d'encadrement notamment où un membre du service qualité ou pilote d'une thématique transversale intervient pour transmettre les informations relatives aux démarches qualité ou aux résultats d'audits. Dans les services visités, les professionnels rencontrés connaissent les principaux axes d'amélioration inscrits dans le PAQSS global, les principaux risques inhérents à la prise en charge des patients dans leur service ainsi que les actions d'amélioration associées. Les responsables infirmiers s'assurent de la conformité de certaines pratiques en liens avec les IQSS : douleur, prise en charge nutritionnelle, et transmissions ciblées. Des revues de dossiers sont réalisées mensuellement. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. Toutefois, l'organisation pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes n'est pas connue de tous les professionnels. En effet, certains professionnels ne connaissent pas l'identité de tous les correspondants des vigilances, notamment celle du pharmacovigilant.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence sont identifiées et disponibles au sein des secteurs. Les responsables infirmiers relais qualité, les correspondants des thématiques transversales (hygiène, pharmacie, douleur) et les pilotes des groupes de travail et d'EPP, sont identifiés au sein des filières et/ou des unités de soins. Les médecins et membres de la commission EPP formés aux méthodes EPP et plus récemment à la méthode « patient traceur », assurent l'accompagnement méthodologique des démarches. Les membres du service qualité/gestion des risques ainsi que le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et le responsable qualité de la prise en charge médicamenteuse, apportent une aide méthodologique lors des CREX. Par ailleurs, la politique de formation continue a permis de former 42 professionnels à la méthode d'analyse des causes des événements indésirables associés aux soins (ORION) depuis 2013. Le dispositif d'intégration des nouveaux professionnels permet de les informer et les sensibiliser au signalement des événements indésirables. Des actions de sensibilisation au signalement d'erreur médicamenteuse sont également menées par la pharmacie et le comité de la prise en charge médicamenteuse. Une journée sur le thème « la chambre des erreurs médicamenteuse » organisée dans le cadre de la semaine sécurité des patients s'inscrit également dans les actions de sensibilisation. Le système de gestion documentaire est opérationnel et connu des professionnels rencontrés dans les services. Les documents sont mis à disposition des professionnels sur le site intranet. Un espace dédié regroupant les informations issues des divers comités et commissions impliqués dans la qualité et la gestion des risques, est à disposition des professionnels sur l'Intranet. Les professionnels sont impliqués dans l'élaboration de documents qualité dans le cadre des commissions : CLIN, CLUD, CLAN ou des groupes de travail. L'ensemble des documents mis à disposition fait l'objet d'une relecture annuelle par le rédacteur et d'une mise à jour si nécessaire. Le document unique est en place. Il a été réactualisé en 2014. Les plans d'urgence dont le plan blanc sont accessibles et actualisés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Des objectifs d'amélioration sont confiés à des groupes de travail pluriprofessionnels et transversaux sur certaines thématiques : prise en charge médicamenteuse, transmissions ciblées, traçabilité de la douleur. Pour les deux dernières thématiques des indicateurs de suivi par unité sont mis en place et suivis mensuellement. Des actions spécifiques issues d'EPP, telle la Mise en Chambre d'Isolément ou des CREX réalisés, sont définies dans les unités concernées. Les circuits sont respectés et les interfaces entre les différents acteurs, les instances, les commissions impliquées dans le management de la qualité et de la sécurité des soins et les secteurs d'activité, sont opérationnelles. Un temps est dédié, à chaque réunion de Direction ou de CME, à la présentation des travaux en cours ou des résultats d'audits. De plus, un membre du service

qualité/Gestion des risques intervient aux réunions des autres commissions impliquées dans la qualité, ainsi qu'aux réunions mensuelles des cadres supérieurs et de proximité. Ceux-ci étant chargés ensuite de relayer les informations aux équipes soignantes. Des réunions médico-administratives regroupant direction et médecins sont également organisées. Le plan blanc est opérationnel et la cellule de crise est réunie au moins une fois par an. Le système de signalement des événements indésirables est connu et couramment utilisé. L'ensemble des déclarations est centralisé par le service qualité/Gestion des Risques. Elles sont suivies de façon hebdomadaire par le comité de sécurité des soins qui attribue une criticité et identifie les signalements devant faire l'objet d'une analyse des causes profondes. Le dispositif permet d'identifier les événements devant faire l'objet d'une analyse des causes profondes, selon une méthodologie adaptée et il associe les acteurs concernés. Les personnels déclarants sont informés des suites données aux événements signalés via le logiciel informatique déployé en interne. Le comité « sécurité des soins » et le comité « prise en charge médicamenteuse » ont accompagné la réalisation au sein d'équipes de soins pluridisciplinaires, de 29 CREX depuis 2014. La sensibilisation au risque d'erreur et à la déclaration d'événements indésirables est effective. 90 professionnels médicaux et paramédicaux ont participé à la journée « la chambre des erreurs médicamenteuse » organisée en 2014. Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mettent en œuvre des démarches d'EPP notamment des CREX sur les erreurs médicamenteuses et les autres EI associés aux soins, l'EPP relative à la mise en chambre d'Isolement, à l'évaluation du risque suicidaire ou encore à La prise en charge des cas de surdosage des AVK. Des démarches "patients traceur" ont également été initiées. Les représentants des usagers sont impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité / sécurité des soins, notamment dans le cadre des réunions de la CRU. Ils ont également participé au travail d'amélioration des questionnaires de sortie et aux groupes de travail mis en place sur la bientraitance, le parcours du patient ou les droits du patient, dans le cadre de la préparation de la certification de l'établissement. Le traitement des questionnaires de sortie est assuré par la personne chargée des relations avec les usagers. La présentation du bilan d'exploitation à la CRU est réalisée annuellement.

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'indicateurs propres à l'activité du service qualité et des autres commissions impliquées dans le management de la qualité et de la gestion des risques. Il s'agit notamment :

- taux de participation dans les différentes commissions impliquées,
- taux de réalisation du PAQ/GdR annuel,
- nombre d'audits internes ou croisés réalisés avec d'autres établissements de l'association
- du nombre d'EPP initiées au cours de l'année,
- nombre d'analyses des causes profondes et de CREX menées
- nombre de participants à la journée de sensibilisation EPP
- nombre de personnels formés à la méthode d'analyse des causes des Événements Indésirables.

De plus, le service qualité/GdR et les commissions concernées dressent un bilan annuel d'activité. Plusieurs indicateurs transversaux sont également suivis, trimestriellement ou annuellement sur chacun des processus :

- taux de satisfaction globale du patient
- indicateurs relatifs à la tenue du dossier patient
- identification des troubles nutritionnels
- nombre de fusions de dossiers
- etc.

Des indicateurs sont suivis par unité de soins :

- taux de traçabilité de la douleur à l'admission et après antalgique,
- traçabilité des transmissions ciblées,
- nombre d'événements indésirables signalés et traités
- taux de retour des questionnaires de sortie.

La gestion des plaintes et des réclamations fait l'objet d'un tableau de suivi tenu par le secrétariat de direction. Le délai de réponse aux plaignants constitue un indicateur. Toutefois, ce suivi demeure incomplet compte tenu de l'absence de date et de réponse circonstanciée, permettant de clôturer pour plusieurs dossiers. L'établissement procède à l'évaluation de la satisfaction des patients en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour et en ambulatoire. Le dépouillement des questionnaires est annuel et permet d'identifier des points forts et des points à améliorer. Les résultats sont communiqués à la CRU. Toutefois, l'établissement ne suit pas la réalisation des EPP. La commission n'établit pas un programme reprenant l'ensemble des démarches d'EPP à réaliser annuellement et lui permettant de suivre la réalisation effective du programme prévu.

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel, notamment celles définies à l'issue de l'autodiagnostic par les commissions et les groupes thématiques. Parmi les plus récentes, on peut citer la mise en place du système de signalement d'EI informatisé, créé en interne à partir des besoins des utilisateurs ; le déploiement de la formation à l'analyse des causes profondes des EI (méthode ORION) et la formalisation du règlement de fonctionnement des CRÉX, le déploiement de la formation « patient traceur ». Le programme et la politique qualité / gestion des risques, sont réajustés en fonction des évaluations menées et résultats obtenus. La communication des résultats et actions est réalisée auprès des instances concernées, auprès de l'encadrement et des professionnels, lors des réunions institutionnelles où intervient un membre du service qualité/GdR, par affichage ou via l'espace dédié sur Intranet. Elle est effectuée auprès des usagers par affichage dans les lieux de passage de l'établissement et via le site Internet. Des supports de communication et de diffusion sont établis. La CRUQPC élabore également son bilan annuel d'activité à partir duquel elle émet des recommandations. Celles-ci sont intégrées au PAQ/Gestion des Risques global de l'année suivante.

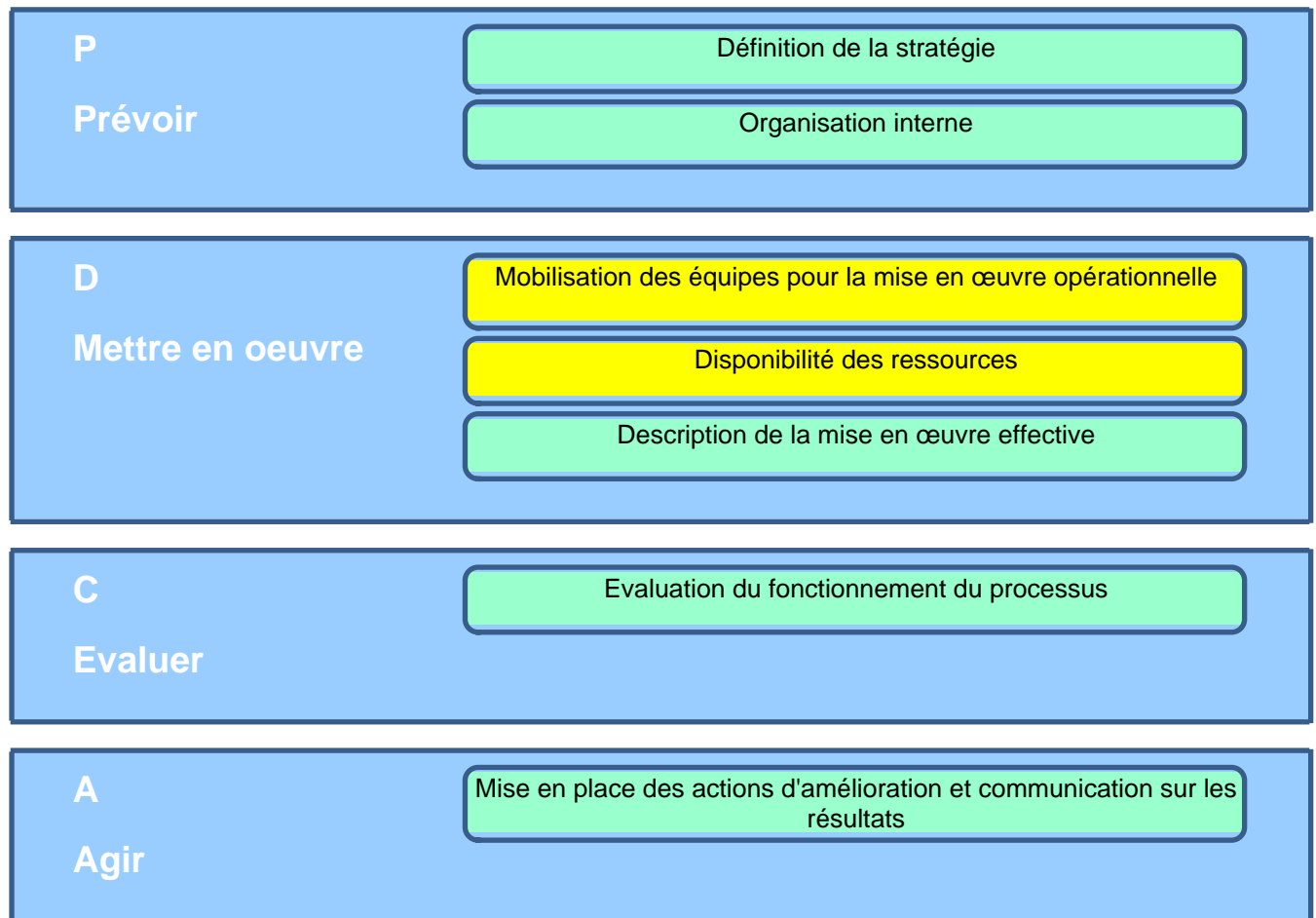
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques. Les notions de recours à l'isolement, à la pratique de la contention physique, aux restrictions de liberté, à la dignité et à l'intimité du patient, à la promotion de la bientraitance, à l'information du patient font l'objet de développements spécifiques. Les soins sans consentement font l'objet d'une fiche action dans le projet médical. Un des axes du CPOM 2013-2017 est consacré à cette thématique. Le projet de soins aborde les questions relatives à l'éthique, l'information du patient, et la bientraitance. Le projet qualité/gestion des risques confirme l'engagement dans la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance. L'engagement pour le respect des droits des usagers est aussi mis en avant dans la Politique d'amélioration de la qualité et dans le compte qualité où sont formalisés des objectifs d'améliorations. Le règlement intérieur pour les patients, en cours de réactualisation, aborde la thématique des droits du patient. Les éléments de la politique sont connus des professionnels et des représentants des usagers. Les projets architecturaux intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient. L'identification des risques a été confiée à un comité de pilotage, constitué de la responsable du bureau des entrées, d'un médecin psychiatre, d'un cadre supérieur de santé, d'un responsable infirmier, et d'une représentante des usagers. L'analyse des risques a été réalisée par critère et par six groupes de travail, sur la base du manuel de certification. Cette analyse a été réalisée au regard de l'analyse des plaintes et réclamations, des signalements d'événements indésirables, des résultats des questionnaires de satisfaction, et/ou des résultats de la dernière certification. Les risques créés localement quant à l'intimité sont identifiés. Le programme d'actions s'inscrit dans le PAQSS général pour favoriser sa lisibilité par l'ensemble des professionnels. Ce PAQSS permet de développer des axes de travail dans les domaines de l'amélioration du repérage des dommages liés aux soins, l'information du patient, les directives anticipées, la personne de confiance, la mise sous contention ou la promotion de la bientraitance. Le risque lié à l'absence d'intimité et/ou de dignité est pris en compte dans le PAQSS pour l'année 2015. Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRU.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement s'appuie sur le fonctionnement effectif de la CRUQPC créée en depuis 2004. Les membres de cette commission sont identifiés et le règlement intérieur est formalisé, même si celui-ci est, au moment de la visite, en voie de refonte. Par ailleurs, l'Espace de Réflexion éthique, créé en 2012, est opérationnel et est connu des professionnels notamment grâce à une plaquette d'information diffusée au sein de l'établissement et à la mise en ligne des procès-verbaux sur l'intranet. Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est définie. Un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins est en place. Ainsi, la procédure relative aux situations de maltraitance a été réactualisée en mars 2015, dans sa troisième version. Le dispositif y est décrit, sous forme d'un logigramme, accompagné d'une check-list en cas de survenue d'un dommage lié aux soins. Ces documents sont connus des professionnels. Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies. L'établissement dispose d'un dispositif structuré d'hospitalisation sans consentement : procédures, information et recherche d'adhésion des patients, formation des professionnels. L'établissement dispose de fiches actions relatives aux modalités d'admission de patients sous contrainte (admission d'un patient détenu; admission d'un patient admis à la demande du représentant de l'état, admission d'un patient admis à la demande d'un tiers). Ces différents supports sont disponibles sur l'intranet de l'établissement. Le livret d'accueil fait, d'ailleurs, l'objet d'une procédure, en date, du 15 janvier 2015, organisant la diffusion et la remise de cette fiche d'information. La procédure relative à l'information des patients et à son consentement aux soins, en date du 16 novembre 2008, a pour objectif de proposer aux médecins et aux soignants une aide dans la façon de dispenser des informations pertinentes, tout au long du processus de soins. Le consentement du patient en cas de séances d'ECT fait, également, l'objet d'une procédure, en date du 19 décembre 2013. Les secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, notamment en matière d'isolement et de contention. La mise en isolement et la pratique de la contention font l'objet de procédures, rédigées en 2007 et 2010. Ces dispositifs intègrent une réflexion bénéfices/risques.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et les indicateurs, validés par la direction, ne sont pas déclinés par secteur d'activité. En l'absence de projets médicaux d'unité et/ou de filière, d'objectifs précis et d'indicateurs mesurables, la

déclinaison opérationnelle dans les unités de soins n'est pas garantie dans toutes les unités. Les professionnels sont sensibilisés aux risques de ce processus, notamment au respect de l'intimité. Une action spécifique d'amélioration a eu lieu sur la promotion de la bientraitance, qui a fait l'objet d'un groupe de travail, et d'une EPP. Les staffs hebdomadaires associent les différents professionnels concernés et abordent le respect des droits du patient. Les professionnels participent au comité éthique. Ces actions de sensibilisation permettent une appropriation de la thématique relative aux droits du patient par le plus grand nombre. Les responsables infirmiers s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment les protocoles concernant l'utilisation des contentions ou la mise en chambre d'isolement. Une EPP a, également, été réalisée sur la mise en chambre d'isolement avec la mise en place d'actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines. Ainsi, un professionnel de l'établissement est chargé des relations avec les usagers. Cette personne prend en charge les permanences hebdomadaires, le recueil, l'analyse des questionnaires et enquêtes de satisfaction, ainsi que la rédaction des rapports d'activité de la CRUQPC. De même, une secrétaire de Direction est chargée de la gestion des plaintes et des réclamations est chargé de la gestion des plaintes et des réclamations, et la responsable du bureau des entrées est chargée, quant à elle, des demandes d'accès au dossier. Des formations aux droits des patients destinées aux professionnels sont organisées. L'établissement met à disposition des professionnels, différentes ressources, afin développer leurs compétences, en la matière. Il s'agit, notamment, de formations relatives à la promotion de la bientraitance, à l'information du patient en cas de dommage liés aux soins, l'éthique, le refus de soins, ou le secret professionnel. Par ailleurs, des formations ont dispensées auprès des professionnels dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. Des supports de formation sont à disposition des professionnels sur la gestion documentaire. La communication des informations relatives aux droits des patients et au fonctionnement de la CRU s'opère pour les patients par l'intermédiaire du livret d'accueil, de campagnes d'affichage, de journées thématiques. Une permanence, animée par l'agent en charge des relations avec les usagers, est organisée de façon hebdomadaire, avec la possibilité de rendez-vous, si besoin, en dehors des horaires de permanence. Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la CRUQPC. Les représentants des usagers sont formés pour cette mission. Les procédures sont mises à disposition des professionnels. Les professionnels sont informés par le biais de la gestion documentaire. Le livret d'accueil du patient intègre un volet dédié aux droits du patient, qui reprend de façon synthétique, l'ensemble des droits ouverts pour le patient. Toutefois, les conditions d'hébergement ne permettent pas toujours le respect de la dignité et de l'intimité des patients. L'établissement n'a pas adapté tous ces locaux à la prise en charge des patients hospitalisés : ainsi, l'unité de moyen séjour de la filière gérontopsychiatrique de 15 lits dispose de 3 chambres doubles, sans séparation ni paravents et une seule chambre est équipée d'un bloc sanitaire complet. Cette situation reste malgré tout provisoire, puisque cette unité devrait être transférée, à la fin de l'année 2016, dans un bâtiment, en cours de réhabilitation. De même, la moitié des chambres de l'Unité Intersectorielle fermée, d'une capacité de 16 lits, ne dispose pas d'un bloc sanitaire complet. L'établissement prend en compte ce risque dans son PAQSS, pour l'année 2015. L'unité dispose de paravents mobiles qui servent lorsque cela est nécessaire afin d'assurer le respect de l'intimité des patients lors de soins ou de toilettes. Ces paravents sont stockés à la salle de bain. Quand une consultation médicale doit se dérouler en chambre, les médecins s'assurent de la non présence du deuxième patient dans la chambre.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels soignants et administratifs s'assurent du respect des droits du patient, dans le respect des protocoles établis par l'établissement. 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. La recherche d'adhésion du patient au projet de soins proposé est effective. Le refus de soin est discuté en réunion de synthèse et tracé dans le dossier du patient. Des mesures sont en place pour assurer le respect de la confidentialité des informations relatives au patient : mise en place d'une charte informatique, définition de droits d'accès, élimination des documents nominatifs par broyage. La Charte du patient hospitalisé est affichée et inscrite dans le livret d'accueil. Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite. La réévaluation est garantie. La procédure relative à la mise en isolement prévoit une réévaluation médicale toutes les 24 heures. Les modalités pour désigner la personne de confiance sont mises en œuvre. Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance via le livret d'accueil. L'établissement prend des dispositions pour faciliter l'accueil et l'accompagnement de l'entourage (adaptation des horaires de visite, accueil personnalisé). Ces dispositions sont ajustées et précisées dans les règles de vie mises en place par les unités de soins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La politique relative aux droits du patient est évaluée. La réalisation du compte qualité, la mise en place de la permanence de la CRU, la pérennisation des groupes EPP sur la bientraitance ou sur la mise en

chambre d'isolement, ou l'institutionnalisation du comité de pilotage dédié aux droits du patient participent à la continuité de la démarche d'amélioration. La communication des résultats est opérationnelle et assurée via l'intranet de l'établissement. Des indicateurs de suivi sont identifiés. La revue des résultats est effectuée par la CRUQPC et par le COPIL. Le service qualité surveille et collecte les données. Outre les indicateurs quantitatifs (nombre de plaintes, réclamations, EI, retour de questionnaire...), la démarche s'appuie sur des critères qualitatifs (questionnaire de satisfaction à la sortie, enquêtes de satisfaction). Les résultats sont communiqués aux professionnels.

A / AGIR

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

Des actions d'évaluation sont mises en œuvre. L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions, contenues dans le PAQ, sont assurés, à raison d'une réunion par trimestre. Le questionnaire de satisfaction, ainsi que les enquêtes de satisfaction intègrent des items relatifs aux droits du patient, notamment sur la qualité de l'information reçue. Un professionnel chargé des relations avec les usagers chargé des relations avec les usagers établit, également, chaque année, un bilan des entretiens réalisés avec les patients et/ou les familles; ce bilan fait apparaître des axes d'amélioration. La CRUQPC formalise des recommandations dans le cadre du rapport d'activités. Le bilan de la CRU est élaboré conformément aux recommandations. Concernant les locaux, l'établissement a défini des actions d'amélioration. Cette situation est tout provisoire, puisque l'unité de moyen séjour gérontopsychiatrique devrait être transférée, à la fin de l'année 2016, dans un bâtiment, en cours de réhabilitation.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

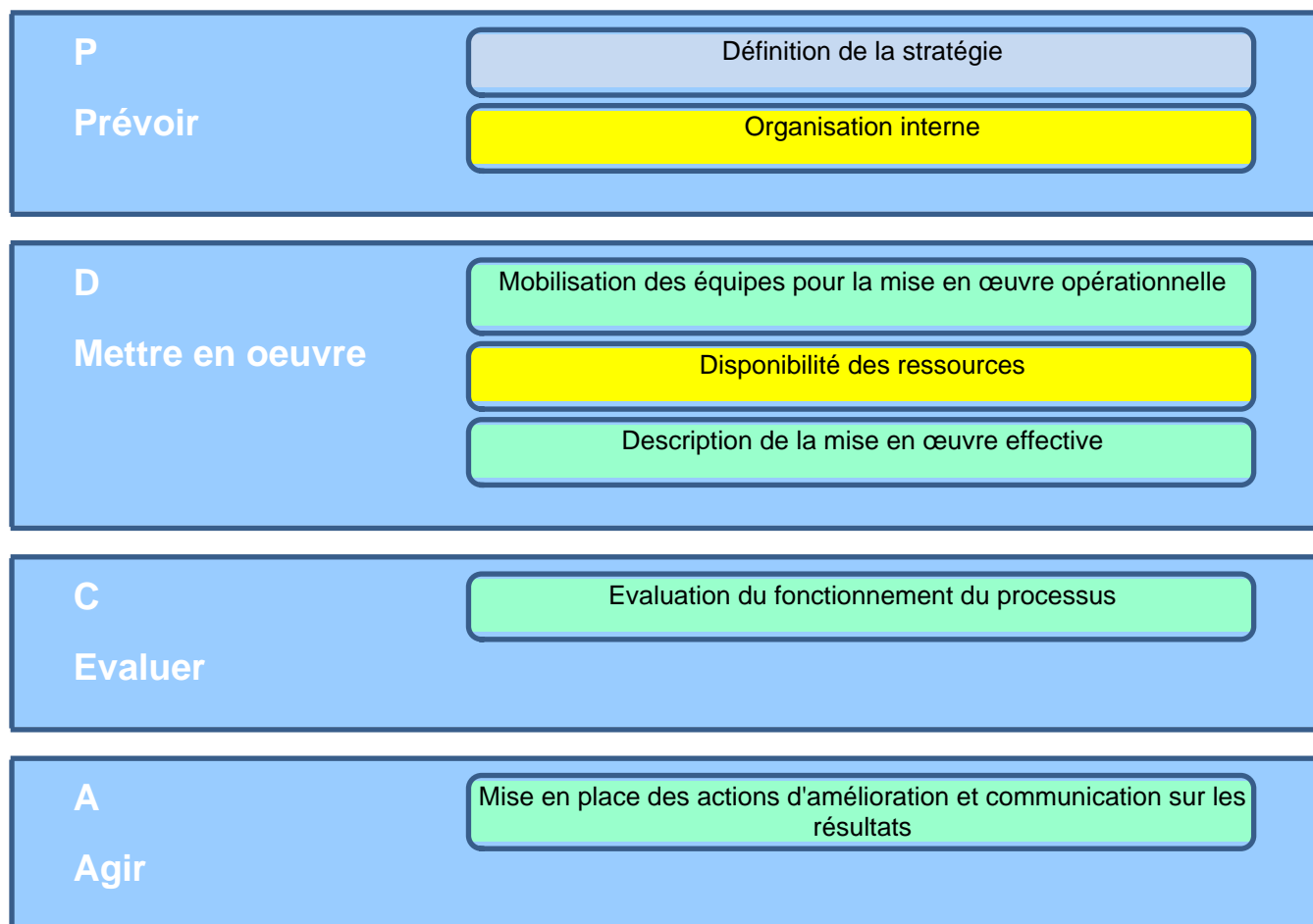
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 projet d'établissement 2014/2018 s'appuie sur des données environnementales et socio-démographiques. Il s'inscrit dans les orientations du SROS et du PRS. On retrouve des éléments de politique sur la thématique parcours patient tant dans le projet médical que dans le projet de soin ainsi que dans le CPOM. Une cartographie des risques a été conduite de façon pluridisciplinaire. Des groupes de travail ont été constitués pour élaborer le compte qualité en s'appuyant sur cette cartographie, les indicateurs du CPOM, ainsi que sur les résultats des indicateurs suivis tels que les IQSS, le risque suicidaire. Des objectifs d'amélioration ont été définis et intégrés dans le PAQSS. Il existe des mesures de traitement des risques avec un responsable et un échéancier définis.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement n'a pas mis en place une organisation structurée permettant de piloter l'ensemble du processus parcours patient. Des groupes de travail sont en place sur des étapes du processus (transmissions ciblées, éducation thérapeutique) auxquels s'ajoutent ponctuellement des groupes à l'issue par exemple d'une analyse des causes profondes. Les missions des groupes de travail ne sont pas définies de façon formalisées. In fine, la CME valide ces travaux dans le cadre du point sur la politique qualité/gestion des risques. Au regard des besoins et risques identifiés l'établissement prévoit les ressources humaines. Le plan de formation est défini à partir des résultats des entretiens individuels annuels et des axes prioritaires des filières de soins. On retrouve la formation obligatoire AFGSU, mais aussi, à titre d'exemple, la formation sur l'évaluation du risque suicidaire, ainsi qu'une formation sur la prise en charge des adolescents. Une attention particulière est portée au recrutement des médecins avec une démarche de recherche proactive de la direction. Le matériel médical fait l'objet d'un entretien et d'une maintenance organisée. Il existe un plan directeur pour les travaux travaillé dans le cadre des réunions médico-administratives (direction et médecins chefs). Les protocoles et procédures sont intégrés dans la gestion documentaire informatisée mise à disposition des professionnels. La gestion des interfaces est organisée et fait l'objet par exemple d'un planning de réunions entre unités de soins et structures de l'extrahospitalier.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins de l'établissement, la démarche institutionnelle est déclinée dans les filières de soins par les médecins chefs et les cadres supérieurs. Un relais est pris ensuite par les responsables infirmiers dans les unités de soins. Le directeur et le président de CME viennent, également, à la rencontre des équipes de terrain sur des projets précis en lien avec le parcours patient. Les responsables infirmiers des unités de soins, dans le cadre des réunions d'équipe et d'information, sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur les enjeux du processus. Ils s'assurent, également, de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les référents thématiques sont un relais important d'informations auprès des équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des formations sont mises en œuvre en fonction des demandes individuelles mais aussi des axes prioritaires des filières. Il est organisé des "interstages" permettant à des soignants d'aller travailler quelques jours dans d'autres unités que la leur ce qui facilite la mobilité interne. Des consultations spécialisées sont organisées sur le site. Le matériel fait l'objet d'une maintenance suivie et une documentation, accessible et actualisée, est disponible dans les unités de soins. Un sac d'urgence opérationnel est disponible dans chaque unité de soin. Le contenu est défini en fonction des besoins des filières de soins. La vérification et la maintenance sont assurées. La procédure d'appel d'urgence est connue des professionnels : une touche spécifique est identifiée sur le téléphone permettant un appel direct au généraliste. Jusqu'en 2013, une formation aux gestes d'urgences était assurée par les médecins généralistes. Toutefois, un matériel d'urgence opérationnel n'est pas disponible dans tous les secteurs de l'établissement. En effet, un matériel d'urgence opérationnel n'est pas disponible dans toutes les secteurs. Il n'y a qu'un seul défibrillateur pour l'ensemble des lits sanitaires de tout le site hospitalier, il est situé à l'UADO Par ailleurs, la formation des professionnels à l'utilisation du matériel d'urgence et aux premiers gestes de secours n'est pas toujours assurée. En effet, seuls 45% des infirmiers concernés ont reçus la formation initiale ou le recyclage.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement a mis en place un dispositif d'accueil : l'unité de 4 lits UADO, permettant d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence. L'activité peut aller de la simple consultation à l'hospitalisation sur quelques jours pour les adolescents par exemple. Sur les CMP, un travail a été fait avec la MEAH afin d'organiser la réponse la plus rapide possible aux demandes de prise en charge. Les règles de présence des psychiatres et des médecins généralistes font l'objet de tableaux mensuels mis à disposition des équipes par le biais d'intranet. Il existe un système de garde et astreintes des psychiatres permettant de couvrir les besoins des lits d'hospitalisation. Ces dispositifs sont connus et opérationnels.

La prise en charge des populations spécifiques est assurée avec la création de filière de soins : géronto psychiatrie et soins de suite et réadaptation. Pour les adolescents, il existe un projet de prise en charge dans le projet d'établissement 2014/2018, privilégiant les soins ambulatoires. Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire elle se fait de façon privilégiée sur l'UADO ou la Clinique Bourran. Un protocole de coopération entre la pédopsychiatrie, UMPA, et les secteurs adultes du CH sainte Marie, vient d'être signé pour organiser un relais de prise en charge avec le secteur adulte pour les adolescents de plus de 16 ans. Une filière de soins de réadaptation est mise en œuvre depuis le début de l'année, comprenant à la fois des appartements thérapeutiques, un service d'Accueil Familial Thérapeutique et 17 lits d'hospitalisation ainsi qu'une structure ambulatoire. La prise en charge des patients repose sur un dispositif structuré de réunions tant au sein des unités, qu'entre unités de différentes filières qu'avec les structures extra hospitalières. Dans le cadre de la convention avec le secteur de Millau, une visioconférence hebdomadaire est mise en œuvre.

L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique. Le suivi somatique des patients est assuré par 7 médecins généralistes soit un peu moins de 7 ETP. Par ailleurs, il existe des consultations spécialisées sur le site (ophtalmologie, cardiologie, neurologie), pour les autres besoins l'établissement à recours à des spécialistes libéraux ou au CH J. Puel. Les projets de soins personnalisés sont élaborés en concertation avec le patient dans le cadre des entretiens médicaux ou en réunion pluridisciplinaire. Un PTO, projet thérapeutique opérationnel dès l'entrée du patient, est en cours de déploiement sur l'ensemble des structures. Toutefois, l'évaluation initiale et continue de l'état de santé et le projet de soins du patient ne sont pas systématiquement mis en œuvre et tracés. Le réajustement du PSP ne fait pas systématiquement l'objet d'une traçabilité dans le dossier patient comme cela a été constaté lors d'un patient traceur. La réunion clinique hebdomadaire de synthèse ne fait pas l'objet d'une traçabilité systématique dans le dossier du patient comme le confirme deux patients traceurs mais aussi les vérifications de terrain. La traçabilité de la réflexion bénéfique/risque dans le dossier du patient n'est pas systématique comme le montre les patients traceurs. Enfin, la traçabilité des informations médicales relatives aux antécédents, au traitement en cours, n'est pas systématique. Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels est largement tracé dans le dossier du patient comme le montre le résultat de l'indicateur IQSS "dépistage des troubles nutritionnels 1". Des rencontres mensuelles avec la diététicienne sont mises en œuvre à l'instar de ce qui se fait dans la filière de gérontopsychiatrie. Suite à l'EPP initiée en 2012 sur le risque suicidaire, des formations tant des médecins que des infirmiers ont été mises en place. Il existe une évaluation structurée du risque d'un passage à l'acte suicidaire sur l'UADO. Toutefois, le repérage des patients à risque suicidaire n'est pas assuré de façon systématique. En effet, il n'a pas été retrouvé dans le dossier d'un patient traceur de trace d'une évaluation du risque suicidaire lors des examens initiaux ni par le médecin ni par les infirmiers. Un programme d'éducation thérapeutique " vivre avec sa schizophrénie" vient d'être autorisé par l'ARS. Des professionnels ont été formés. Toutefois, les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient ne sont pas identifiées. Les patients schizophrènes stabilisés vivants à domicile sont identifiés comme pouvant bénéficier d'un programme d'éducation thérapeutique validé par l'ARS. « vivre avec ma schizophrénie ». L'évaluation n'est pas encore réalisée, mais est planifiée dans le déroulement de ce programme.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation de façon transversale. Le recueil des indicateurs IPAQSS est fait annuellement. Il existe un suivi par unités de soins pour les transmissions ciblées avec un indicateur, des CREX sont faits par filières de soins. Des éléments d'évaluations sont maintenant intégrés dans les nouvelles conventions ou protocoles de coopération avec les partenaires.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration de la thématique parcours patient mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des actions de communication sont réalisées en fonction des besoins, par exemple les résultats de l'EPP sur la mise en chambre d'isolement ont été communiqués aux

unités, autres que l'unité fermée, où cette pratique peut être mise en oeuvre. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et usagers. Les résultats IPAQSS font l'objet d'un affichage dans les différents sites.

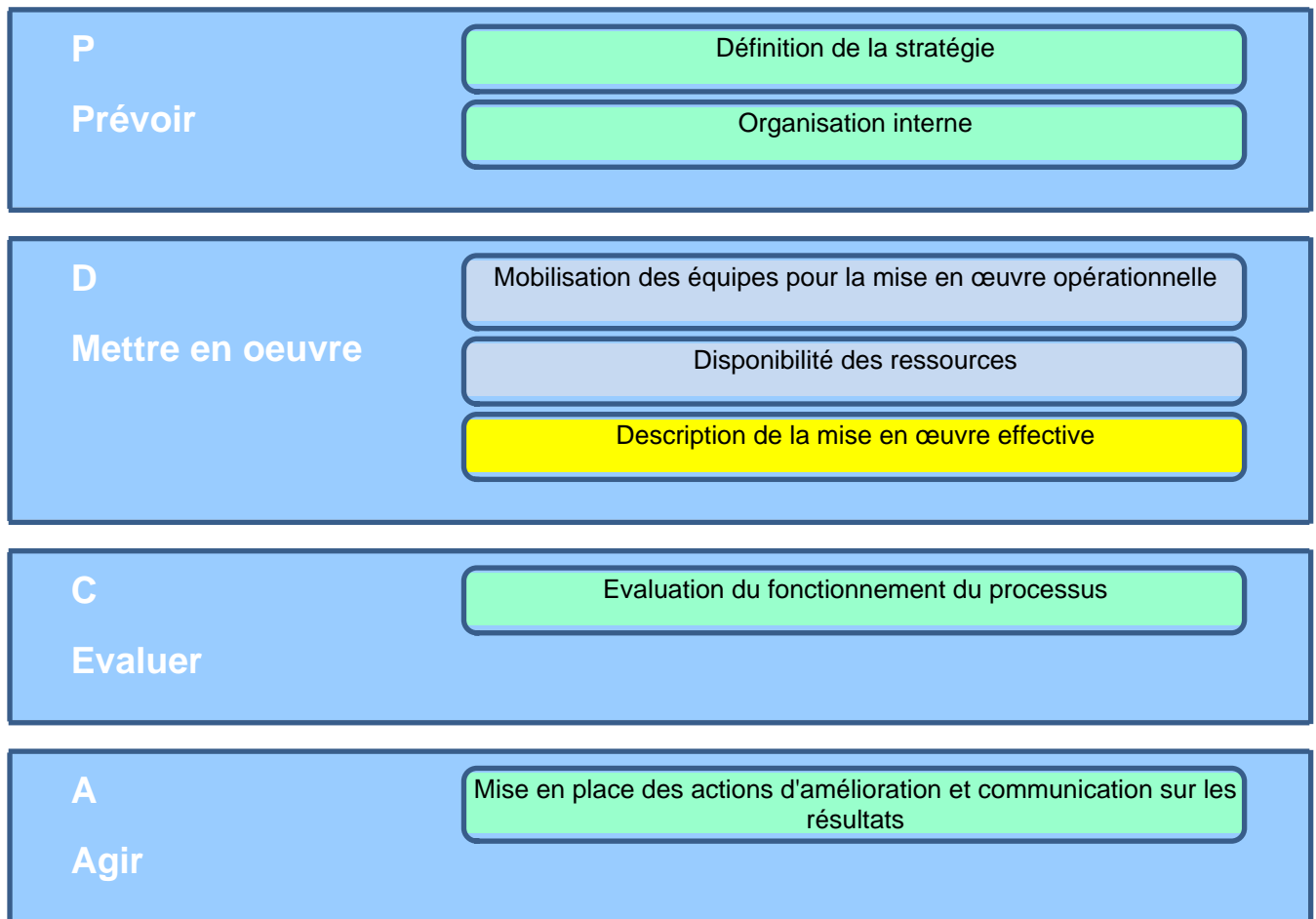
DOSSIER PATIENT

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

Il existe une stratégie relative au dossier patient, élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques, intégrée au projet d'établissement. La mise en œuvre de cette politique est déclinée dans un programme d'amélioration. Celui-ci précise, pour chaque action, les modalités de suivi, les responsabilités pour chacune des actions, ainsi que la planification des actions dans des délais fixés. Il est intégré au PAQSS de l'établissement. Toutefois, l'analyse des risques est partielle. En effet, elle ne précise pas, par exemple, les sujets liés à la cohabitation du dossier papier et du dossier patient informatisé.

ORGANISATION INTERNE

Au jour de la visite, le service DIM assure le pilotage du dossier patient. Ce service est composé, outre le médecin, d'une technicienne de l'information médicale, d'un référent du dossier patient informatisé et d'une assistante médico-administrative. Ce service assure la formation, le conseil ainsi que les dépannages liés au logiciel. Une organisation est définie par l'établissement pour piloter le processus de gestion du dossier patient au travers de la cellule relative au Dossier Patient Informatisé. La composition et le rôle de cette instance sont précisés dans un document support validé par le Directeur, le 25 septembre 2015. Cette instance, composée du Président de la CME, du médecin chargé de la coordination des risques associés aux soins, du médecin DIM, d'une secrétaire médicale, de deux cadres infirmiers et de la responsable du Bureau des Entrées permettra de piloter le dossier patient informatisé et, notamment, d'harmoniser les pratiques en matière d'utilisation du dossier. La responsable du bureau des entrées a été identifiée pour assurer la gestion des demandes d'accès au dossier dans le respect des délais définis par la réglementation en vigueur. Ce professionnel a élaboré un tableau de bord afin de gérer ces différentes demandes afin de suivre les délais de transmission. L'accès du patient à son dossier fait l'objet d'une procédure en conformité avec les textes réglementaires en vigueur. Cette procédure, actualisée, en septembre 2015, décrit les modalités de cet accès. L'accès du patient à son dossier est, également, abordé dans le livret d'accueil au travers notamment de la charte de la personne hospitalisée. Les modalités d'accès du patient à son dossier sont précisées et expliquées par le personnel soignant dès la phase d'admission. Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées : elles sont précisées dans le guide d'utilisation du dossier patient présent dans chaque service et accessible via l'intranet de l'établissement. Ces règles, réactualisées, le 16 avril 2015, distinguent les règles applicables pour la partie administrative et pour la partie médicale. Ce guide est complété par une procédure, réactualisée le 17 septembre 2013, qui a pour objet de préciser l'organisation et la gestion des éléments constitutifs non informatisés du dossier patient. Les modalités de création, la structuration, le classement des supports et les responsabilités sont spécifiées. Le guide a été complété, par la suite, par une procédure d'archivage des dossiers patients papier, en date du 30 septembre 2015 et par une fiche technique relative à la transmission des dossiers patients archivés. La sécurité du dossier patient informatisé est, régie, quant à elle, par le plan de secours du système d'information hospitalier, réactualisé le 27 avril 2015. Ce plan permet en cas d'indisponibilité du dossier patient informatisé, d'accéder aux informations nécessaires à la continuité de l'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. Les équipes utilisent de manière concertée et coordonnée le DPI ; des informations régulières sont données sur l'évolution du DPI. Les nouveaux arrivants sont formés par les pairs ou disposent d'outils sur la gestion documentaire, adaptés aux besoins des paramédicaux et des médecins. Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. Le management s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues par le biais du suivi du DPI lors des staffs. Les équipes s'impliquent dans la mise en œuvre du dossier patient et des actions d'amélioration relatives à sa gestion. L'établissement s'assure de la conformité des pratiques et dispositions prévues en matière d'accès au dossier et de tenue du dossier. Le personnel participe à l'élaboration des protocoles et autres documents, ainsi qu'aux évaluations. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.): les remarques ou demandes d'amélioration sont remontées au médecin DIM. Les demandes sont ensuite traitées et orientées en fonction de leur nature vers le prestataire logiciel ou vers le service informatique. Les résultats en sont communiqués aux équipes par le biais de la messagerie interne.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le dossier patient informatisé est accessible par tous les professionnels (médecin, IDE, kiné, assistante sociale, AS, psy, ...) selon leurs habilitations, 24h/24. L'établissement met à disposition des professionnels des outils et des actions de formation. L'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines matérielles et documentaires nécessaires. Les ressources humaines sont en adéquation avec les besoins (soignants, informaticien). La gestion documentaire informatisée permet l'accès à des documents de formation (documents avec saisie d'écran pour les soignants, notamment). La formation initiale des utilisateurs du logiciel a été assurée par des formateurs relais, qui ont pu former par la suite les professionnels de l'établissement. Ces formateurs assurent, également, la formation des nouveaux arrivants. Les internes sont, quant à eux, formés, à chaque semestre, par le médecin DIM. Le service DIM met, par ailleurs, à disposition des professionnels une hot line pour assurer la maintenance et apporter les conseils en cas de besoin. Le nouveau dossier patient informatisé, installé 2010, est déployé sur l'ensemble des structures intra et extra hospitalières, intégrant l'informatisation du circuit du médicament, ainsi que la prescription connectée pour les examens de biologie. Les modalités de déploiement du dossier patient informatisé ont été définies et formalisées, lors de l'installation du logiciel. Les ressources matérielles sont adaptées en termes de WIFI (même si le déploiement sur l'ensemble du site est programmé jusqu'en 2017), et en nombre de postes informatique, d'imprimantes et de scanners. L'établissement a identifié et organisé des locaux d'archivage et les moyens techniques pour permettre d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. La démarche est structurée et connue des professionnels. Une gestion informatisée a été mise en place afin de géolocaliser les archives médicales sur les différentes structures participant à la prise en charge du patient. Les archives médicales sont placées sous la responsabilité du médecin DIM. L'effectif affecté à la fonction archivage représente 1 équivalent temps plein. L'hébergement des données respecte les exigences en matière de confidentialité et de sécurité des données.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La coordination des soins entre les unités intra et extra est assurée. Le dossier du patient informatisé depuis 2010 favorise la coordination des soins entre les unités intra et extra. C'est un outil de partage des informations de manière sécurisée et un élément clé de la qualité et de la continuité des soins dans le cadre d'une prise en charge pluri professionnelle et pluridisciplinaire. L'établissement a mis en place une organisation permettant à l'ensemble des intervenants d'assurer la traçabilité des éléments constitutifs de l'ensemble des étapes (diagnostiques, thérapeutiques, administratives) de la prise en charge du patient. Le dossier patient est organisé pour permettre l'accès à toutes données nécessaires à la prise en charge du patient pour l'ensemble des professionnels. Le logiciel de gestion du dossier patient est en liaison directe avec le logiciel administratif qui enregistre le patient lors de son arrivée et les données saisies à l'accueil sont automatiquement transférées sur le dossier patient informatisé. La constitution de ce dossier patient permet son utilisation par tous les intervenants dans la prise en charge du patient. Les professionnels disposent donc d'informations nécessaires permettant la coordination des soins entre l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge. Les données informatisées des hospitalisations antérieures ont été intégrées dans le dossier patient informatisé, en format PDF. Toutefois, la traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps utile dans le dossier du patient n'est pas toujours garantie. En effet, la traçabilité de la réflexion bénéfique risque dans le dossier du patient n'est pas systématique et la réunion clinique hebdomadaire de synthèse ne fait pas l'objet d'une traçabilité systématique dans le dossier du patient, ainsi que la traçabilité des informations médicales relatives aux antécédents et au traitement en cours. Par ailleurs, la traçabilité de l'administration des médicaments en temps utile n'est pas garantie. La direction de l'établissement centralise les demandes de dossiers, en organise l'accès et effectue un suivi concernant le nombre de demandes et les délais de réponse. Un tableau de bord mentionnant le nombre et les délais de traitement des demandes d'accès est porté régulièrement à la connaissance de la CRUQPC. Toutefois, les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier ne sont pas respectés : les délais moyen de traitement à réception de la demande complète pour les dossiers de moins de 5 ans et de plus de 5 ans, ne sont pas conformes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La gestion du dossier patient, notamment sur la base d'indicateurs, est évaluée. L'indicateur relatif à la tenue du dossier patient a progressé en 2014, et se situe, désormais, en deçà du score attendu par la HAS. Indépendamment du recueil de cet indicateur, les transmissions ciblées ont fait l'objet d'un audit, en décembre 2014 et ont donné lieu à la mise en place d'un plan d'actions. Les délais de transmission des dossiers aux patients sont évalués. Les délais de transmission des dossiers aux patients, notamment à l'aide d'indicateurs font l'objet d'une évaluation. Les demandes ainsi que les délais de transmission font l'objet d'une analyse par la Direction des affaires générales, des relations avec les usagers et de la qualité, lors des réunions de la CRUQPC.

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des évaluations réalisées. Les résultats des évaluations réalisées sur la tenue du dossier du patient sur la base des indicateurs IPAQSS sont analysés et génèrent des axes d'amélioration, intégrées dans le PAQSS et suivies par la CME et le COPIL qualité. Les résultats des indicateurs relatifs à la tenue du dossier, ainsi que les actions d'amélioration, sont diffusés aux professionnels concernés. Toutefois, des actions d'amélioration ne sont pas toujours mises en œuvre au regard des évaluations réalisées, en lien avec la CRUQPC. En effet, bien que la CRUQPC soit informée des délais non réglementaires de transmission des dossiers aux patients, ce constat ne fait pas l'objet d'une analyse ni d'actions d'amélioration.

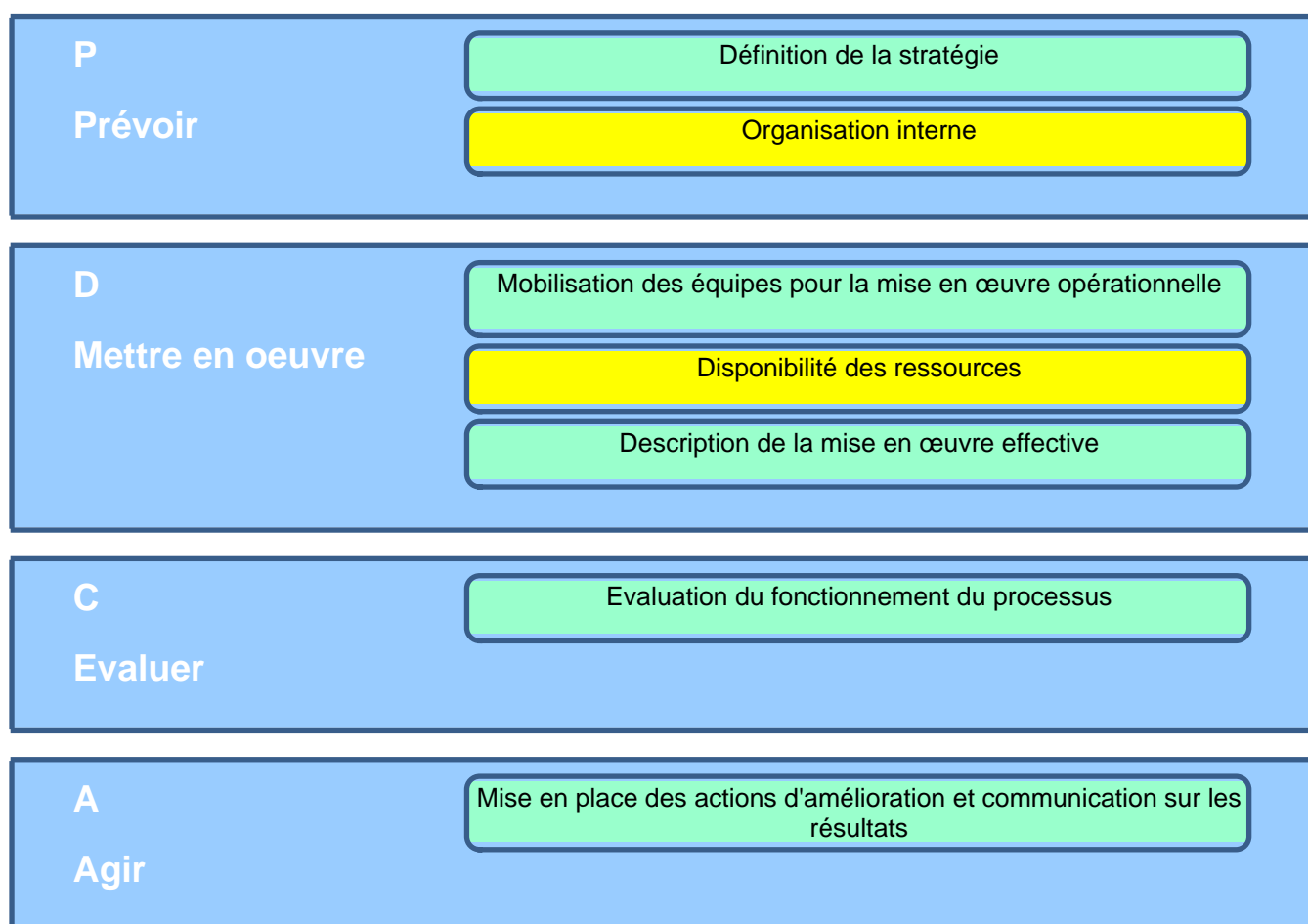
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. L'établissement a formalisé sa politique de prise en charge médicamenteuse. Pour chaque objectif identifié, les rôles et les responsabilités sont définis dans le manuel qualité du système management qualité de la prise en charge médicamenteuse, validé lors de la CME du 30 septembre 2015. Les risques liés au circuit du médicament ont été identifiés et priorisés selon la méthode "Interdiag". Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation interne de l'établissement concernant la prise en charge médicamenteuse repose sur le COMEDIMS, qui se réunit 4 fois par an, ainsi que sur le Comité de prise en charge médicamenteuse qui se réunit tous les deux mois. Le Comité de prise en charge médicamenteuse est constitué des pilotes des processus identifiés pour le circuit du médicament ainsi que des correspondants médicaments des unités de soins. Son fonctionnement est défini. Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu communiqué aux équipes et diffusé par les correspondants médicaments. L'établissement a identifié les médicaments à hauts risques liés à son activité et élaboré les protocoles correspondants. 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 fixés. Toutefois, les règles de prescription ne sont pas formalisées. Les règles d'administration des médicaments sont définies dans une procédure, qui date de 2012. La permanence pharmaceutique n'est pas structurée autour d'astreinte des pharmaciens, mais une organisation est en place: Une armoire de dotation pour besoins urgents est en place à l'UADO. La procédure est formalisée et, en cas de nécessité, une convention est en place avec l'Hôpital de RODEZ pour la délivrance des produits qui ne seraient pas disponibles à l'UADO. Toutefois, l'établissement n'a pas formalisé la procédure définissant la conformité de la prescription médicale. La conformité des prescriptions repose uniquement sur le logiciel dossier patient informatisé de l'établissement. De même, les modalités de sécurisation de la dispensation ne sont pas validées. Les procédures "Approvisionnement en produits pharmaceutiques de la pharmacie à usage intérieur", "Dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux", "Transport des médicaments et des DM" ainsi que la procédure "Accueil à la pharmacie" ont récemment été élaborées, mais ne sont pas validées. Une armoire de dotation pour besoins urgents est prévue. La procédure est formalisée et, en cas de nécessité, une convention est en place avec l'Hôpital de Rodez pour la délivrance des produits qui ne seraient pas disponibles à l'UADO.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mise en œuvre de la politique de prise en charge médicamenteuse est assurée dans chaque filière de soins. Le comité de prise en charge médicamenteuse est piloté par un cadre supérieur de santé, permettant d'assurer la mobilisation des équipes et la mise en œuvre opérationnelle dans les différentes filières de soins (psychiatrie, psycho gériatrie). Chaque unité de soins a désigné un correspondant médicament et un suppléant. L'établissement a mis en place une chambre des erreurs médicamenteuses qui permet la participation de 90 professionnels. Cette action a fait l'objet d'une analyse et d'une communication aux équipes soignantes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le dossier patient informatisé, la désignation des correspondants médicaments au sein de chaque unité de soins ainsi que les outils mis à disposition (fiches médicaments, outils de prescription), facilitent la mise en œuvre de la prise en charge médicamenteuse. Plusieurs groupes de formation sur le thème de "sécuriser la prise en charge médicamenteuse" sont mis en place dans le cadre du programme DPC de l'établissement. Toutefois, les ressources en matériel ne sont pas toutes mises à disposition. Seules, trois unités disposent de la connexion Wifi et de l'équipement nécessaire pour assurer la traçabilité en temps réel. La majorité des unités de soins assure donc la traçabilité de l'administration des médicaments en différé à l'issue de l'administration de l'ensemble des traitements. Il a, par exemple, été constaté, dans une des unités visitées, que la traçabilité de l'administration des traitements de 16h était assurée au moment de la prise du soir. Par ailleurs, les règles de prescriptions ne sont a fortiori pas disponibles. Les modalités de sécurisation de la dispensation ne sont pas disponibles dans les services (en cours de validation)

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission à la sortie. A l'admission, les modalités de gestion du traitement personnel sont respectées. Des mesures d'identitovigilance sont en place. Les prescriptions sont conformes. L'analyse pharmaceutique est systématiquement réalisée. La délivrance nominative est en cours de déploiement selon la programmation définie annuellement. La dotation pour besoins urgents est gérée au niveau de l'UADO. Le rangement et le contrôle des armoires sont organisés et évalués. Les règles d'hygiène relatives à l'étape d'administration des médicaments ne sont pas respectées dans l'ensemble des unités. La traçabilité du nettoyage des chariots et des piluliers ne correspond pas à la périodicité définie. Il a également été observé, après déblistérisation, des passages de comprimés des mains de l'infirmier(e) aux mains des patients. Lors de la préparation de la sortie, un entretien centré sur le traitement du patient est réalisé. L'information et la formation des professionnels et des utilisateurs est assurée. Des réunions en vue de l'information de l'entourage des patients sur les médicaments sont assurées deux fois par an par les praticiens de l'établissement. Les comptes rendus des CREX médicaments sont diffusées aux équipes via les correspondants médicaments. Une action d'éducation pour la santé sur l'hygiène des mains a été présentée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a défini des indicateurs suivis par le COMEDIMS, le Comité de prise en charge médicamenteuse et le Comité Qualité Hygiène Sécurité Environnement. La formalisation du manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse a permis un travail de simplification et de pertinence sur les indicateurs qui sont, désormais, définis pour chaque processus identifiés. L'établissement dispose, également, des résultats issus des EPP liés aux médicaments (suivi cardio-métabolique, neuroleptiques chez la personne âgée, surdosage en AVK etc. Des audits des dossiers et des conditions de stockage sont réalisés. Toutefois, un audit périodique du circuit du médicament portant notamment sur la qualité de l'administration n'est pas réalisé à périodicité définie. Concernant l'évaluation de la qualité de l'administration des médicaments, l'établissement dispose des données recueillies à l'occasion des audits réalisés en 2012 et en 2013. Ces audits portaient, essentiellement, sur la préparation de l'administration et comportaient peu de critères sur l'administration des médicaments proprement dite. La périodicité de l'évaluation de la qualité de l'administration des médicaments n'a pas été définie.

A / AGIR

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

Les événements indésirables liés au circuit du médicament font l'objet de CREX. Les professionnels sont formés à l'analyse des erreurs médicamenteuses. Les actions d'amélioration qui en découlent sont soumis à la validation de la CME. Récemment, des actions d'amélioration ont été mises en place concernant notamment la gestion des NAP et l'édition des ordonnances par les CMP.