



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
ETABLISSEMENT MEDICAL  
DE LA TEPPE**

-  
26600 Tain-L'Hermitage  
JUILLET 2020

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	7
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
5. SUIVI DE LA DÉCISION	7
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
DROITS DES PATIENTS	16
PARCOURS DU PATIENT	22
DOSSIER PATIENT	28
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	33

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

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

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

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

# PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

ETABLISSEMENT MEDICAL DE LA TEPPE	
Adresse	- 26600 Tain-L'Hermitage
Département / région	DROME / AUVERGNE/RHONE-ALPES
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	260000161	ETABLISSEMENT MEDICAL DE LA TEPPE	26602 Tain-L'Hermitage
Etablissement de santé	260000302	ETABLISSEMENT MEDICAL DE LA TEPPE	- 26600 Tain-L'Hermitage

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
Santé mentale	Psychiatrie générale	165

<b>Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>	/
---	---

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Cf fiche interface
Regroupement / Fusion	NC
Arrêt et fermeture d'activité	NC
Création d'activités nouvelles ou reconversions	NC

# 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

### Recommandation d'amélioration

Parcours 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	HC Cerisaie	Syndrome dépressif réactionnel	Admission	Complexe	Santé mentale
2	Adulte	CLE Saint-André	Sclérose tubéreuse de Bourneville	Admission	Complexe	Santé mentale

# PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

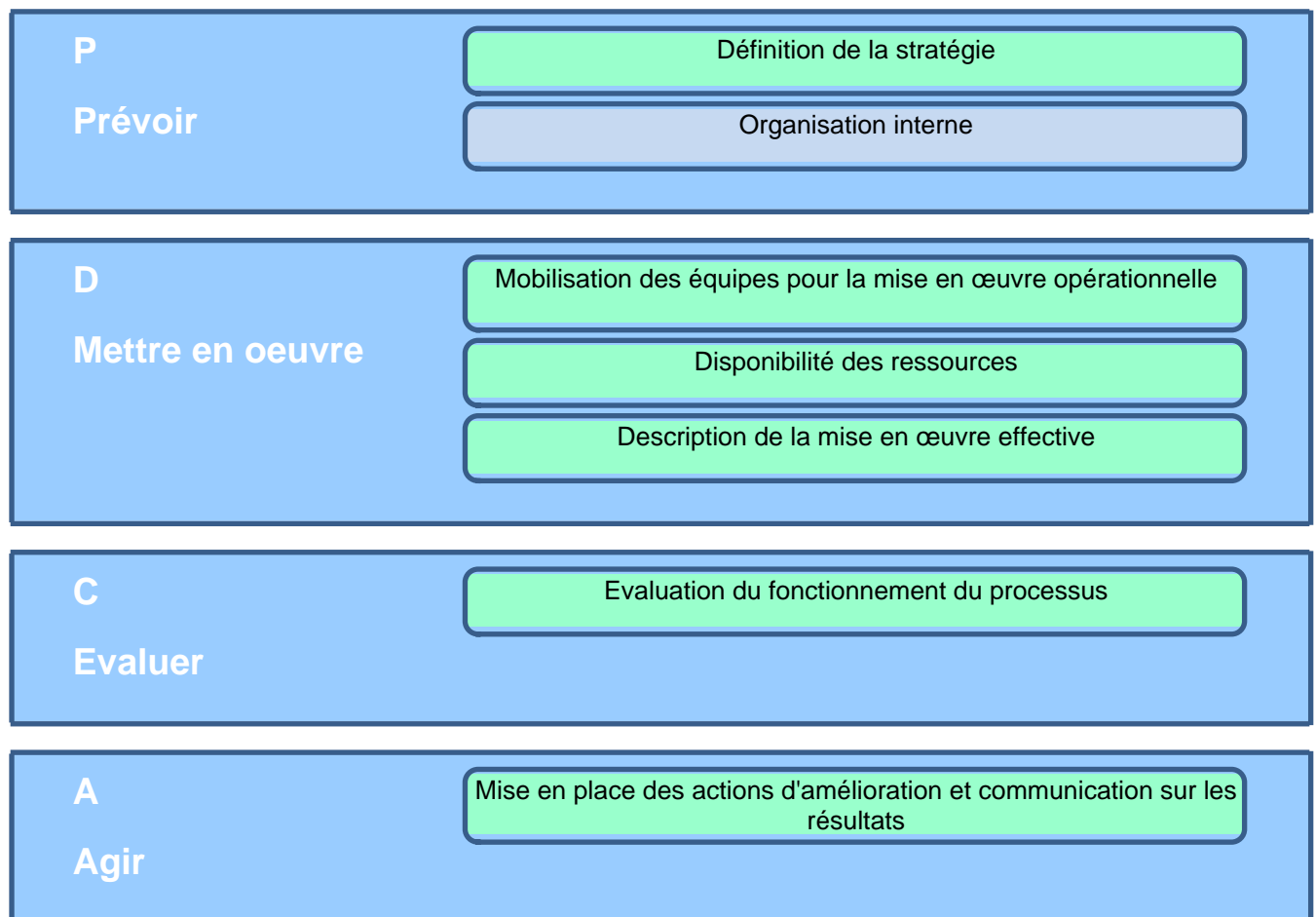
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'Établissement de La Teppe a pour caractéristique principale de proposer dans le domaine sanitaire une offre dans un double domaine de prise en charge : d'une part la santé mentale avec une unité d'hospitalisation réservée à une population féminine, d'autre part la prise en charge de patients épileptiques de tous sexes selon une zone d'attractivité nationale.

Lors de la visite l'établissement de Santé disposait d'un CPOM transitoire pour l'année 2019 dans l'attente de l'élaboration d'un contrat pluriannuel avec l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Le précédent contrat reconduit plusieurs fois ne correspond plus aux problématiques actuelles de l'établissement et de l'offre de soins régionale.

Le Projet d'établissement 2016-2020 fixe les orientations de la Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins portée par le management. Il a été validé en octobre 2016 d'une part par la CME, d'autre part par le Conseil d'Administration, après avis de la commission des Usagers (CDU) et du Comité d'Entreprise.

Après un rappel des fondements de la démarche Qualité et Gestion des risques et un état des lieux et enjeux, il décrit la structuration opérationnelle et les éléments constitutifs de la démarche. Il développe ensuite les 5 axes stratégiques de mise en œuvre du dispositif.

Il est fait mention dans ce document des obligations légales et réglementaires, de la gestion de crise ainsi que des autres notions attendues sur les thématiques Qualité gestion des risques telles les EPP.

Au point d'articulation de la politique et de l'organisation, il a résulté de la démarche engagée l'élaboration

- d'une cartographie du processus
- d'un organigramme fonctionnel qualité et gestion des risques présentant les différents acteurs et groupes de travail ou Commissions concernées.

Il est à noter aussi que la Politique d'Amélioration de la Qualité et de la gestion des risques (et celles des autres processus) ont été l'objet de documents d'actualisation. Celui concernant la qualité est introduit par une lettre d'engagement du Directeur de l'établissement. Enfin, l'établissement a projeté son devenir par un document stratégique à l'horizon 2030 validé par son Conseil d'Administration.

Comme pour les autres processus, l'établissement s'est doté une cartographie des risques ; dès la réception du rapport de la précédente itération en mai 2016, il a procédé à une mise en plat de son analyse selon une méthodologie adaptée prenant en compte les niveaux de gravité, vraisemblance et maîtrise de chaque risque et en intégrant les différentes sources d'information attendues :

- résultats de la certification
- feuilles d'événements indésirables reçues
- rapport annuel de la CRU(QPC)
- évolutions légales et réglementaires
- constats établis lors des EPP
- résultats de différents audits ou enquêtes,...

Cette cartographie est mise à jour chaque année par les Pilotes de processus en liaison avec différentes commissions et avec l'appui méthodologique du RAQ. Elle se superpose quasi totalement au Compte Qualité tel que publié dans la plateforme SARA en avril 2019 mis à jour pour la visite des experts-visiteurs.

Toutes les actions d'amélioration inscrites au Compte Qualité et résultant de la cartographie des risques sont reprises dans un programme d'amélioration de la qualité, sécurité des soins et gestion des risques pluriannuel actualisé chaque année par le binôme Pilote(s) du processus-RAQ en concertation avec la Commission spécialisée chargée de son suivi.

A titre d'exemple le volet 3 du PAQSS relatif au management de la Qualité et des Risques comporte 43 actions dont 10 issues du compte Qualité ; à la date de la visite 24 étaient réalisées, 11 en cours, 8 restant à entreprendre.

**ORGANISATION INTERNE**

Le processus est porté par le Responsable de l'assurance qualité sous la responsabilité du Directeur et avec son appui au niveau stratégique ainsi que celui du président de la CME (ou des deux Chefs de service assurant l'intérim).

Tous impulsent la politique générale en matière de qualité et de gestion des risques, élaborent les projets de stratégies, coordonnent leur mise en œuvre et assurent le pilotage stratégique du processus. Ils bénéficient du soutien opérationnel de l'encadrement (6 cadres de santé).

Des réunions formelles sont organisées chaque mois entre le Directeur, le Directeur adjoint et le RAQ.

Comme les autres pilotes de processus, le RAQ pour conduire sa mission se réfère à la Fiche-type publiée par l'institution qui décrit les responsabilités, contours et activités dévolus à celle-ci présentée selon la structure en 4 étapes de la méthode PDCA.

Sa mission est repérable par tous les professionnels, l'établissement ayant largement diffusé la liste des

responsables – porteurs de processus et celle-ci étant en ligne sur le portail intranet.

La fonction de coordonnateur de la Gestion des Risques associés aux soins est dévolue au RAQ comme en atteste la fiche de poste de l'intéressé.

Celle de Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en charge médicamenteuse est attribuée à un médecin de l'établissement. Une lettre de Mission du Directeur visée par l'intéressé l'engage dans cette responsabilité. Elle en précise les contenus et contours de façon très détaillée.

La structuration institutionnelle du processus est en adéquation avec le rôle de la Commission médicale d'Etablissement qui joue un rôle essentiel dans les réflexions et validations nécessaires à la bonne mise en œuvre du processus et assume un rôle pivot par rapport aux programmes d'EPP. Les comptes-rendus montrent la place accordée à la Qualité et la Gestion des Risques dans la tenue des ordres du jour.

L'action de la CME est articulée et complétée, comme en témoigne l'organigramme «Gestion de la Qualité et des Risques » présenté aux experts visiteur, avec celles :

- du Comité de Pilotage qualité et Gestion des risques né de la fusion du COPIL Qualité, du COPIL Gestion des Risques et du COVIRIS. Doté d'un règlement intérieur, il se réunit 3 fois par an
- du Comité de Retour d'Expérience dit « généraliste » qui se réunit chaque mois afin d'examiner les Fiches d'événements indésirables.
- du Comité de retour sur expérience spécifique au médicament (CREX MED rattaché au COMEDIMS)

Ces comités ou commissions travaillent en liaison avec :

- Les Comités spécialisés Institutionnels compétents dans les domaines de l'Hygiène Hospitalière, de l'alimentation, de la douleur...qui se réunissent régulièrement
- des différents Groupes de processus, EPP ou de travail mis en place pour l'établissement de la cartographie des risques et l'élaboration du Compte-Qualité ;
- des groupes à dimension technique (Cellule de crise pour les situations graves et exceptionnelles ...)
- l'équipe opérationnelle d'hygiène EOH
- et, bien entendu, le Comité Ethique

La CDU, dotée d'un règlement intérieur, est tenue informée de façon régulière des différentes démarches liées à la Qualité, la Gestion des Risques et à la Certification. Elle est invitée à exprimer des avis sur tous les documents clés présentés et les informations rapportées par le Directeur-Président. Les représentants sont invités aux réunions du Comité de Pilotage.

Les différentes vigilances et notamment la matériovigilance, la pharmacovigilance, l'addictovigilance et l'hémovigilance, sont réparties entre différents responsables dont l'identité est précisée dans une liste régulièrement mise à jour et diffusée.

Une procédure dénommée « Organisation de la déclaration et du traitement des vigilances sanitaires » en version 4 à la date de la visite a été élaborée ; elle décrit tous les éléments attendus dans ce domaine : éléments constitutifs, gestion des alertes et de la veille, traitement des déclarations, suivi annuel ... ; la coordination est assurée par le RAQ.

L'établissement dispose d'un document-procédure spécifique en vue de la gestion de crise, dénommé Plan Blanc, datant de mai 2005, très structuré et présenté aux experts-visiteurs dans une version actualisée en avril 2019. Une Cellule de Crise est prévue. Différentes annexes et fiches réflexes lui sont associées. Elles formalisent les modalités de réaction par rapport à différents événements (intempérie, agression vitale, épidémie, canicule, accident technique majeur, NRBC,...) Des outils-supports sont également prévus : communication, suivi des appels, journal de crise, retour d'expérience,... et un exercice de simulation a été réalisé en juin 2019.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement, d'une façon générale, organise la réponse à ses besoins en ressources humaines.

Les ressources documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés sont disponibles depuis plusieurs années au travers d'un outil d'information électronique sur le réseau informatique. Les EI sont également signalés de façon dématérialisée. Un outil logiciel spécifique de gestion documentaire est déployé.

L'établissement s'organise pour assurer la gestion des interfaces et des circuits afin de faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

L'établissement a structuré ses démarches de Gestion des risques a priori depuis longtemps :

- le Document Unique sur les risques professionnels a été validé en avril 2014 par les instances représentatives du personnel et le CHSCT ; il est régulièrement actualisé et représenté à celles-ci.
- la mise en forme d'une cartographie générale des risques a été réalisée en appui des démarches « Qualité et gestion des risques comme explicité en de multiples points du présent Rapport.

En résumé, on peut donc dire que l'Etablissement médical de La Teppe a œuvré à la recherche d'une organisation structurante en vue de la mise en œuvre des différents processus de maîtrise des risques et d'amélioration de la qualité. Elle dispose à la date de la visite d'une démarche d'évaluation des risques a priori appropriée, opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement.

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

La déclinaison opérationnelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les différentes unités est favorisée d'une part par la taille moyenne de l'établissement, d'autre part par la structure du Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins qui prévoit le champ de mise en œuvre des différentes actions ; soit les actions sont applicables à la totalité des unités, soit le ciblage de celles concernées est explicite dans ce document de planification.

Elle est également obtenue par la communication institutionnelle organisée par l'établissement médical de la Teppe sur sa démarche « qualité et risques » et les différents éléments qui en sont constitutifs.

La structuration des réunions institutionnelles (les instances se tiennent régulièrement selon le cadre réglementaire), des rencontres pilotes de processus / groupes de travail mais aussi des réunions ou rencontres soignants-soignés favorisent l'atteinte de cet objectif

- Chaque mois le directeur, le directeur-adjoint et les responsables de services transversaux rencontrent les cadres de santé ; les conclusions de ces rencontres auxquelles différents invités peuvent être associés sont formalisées.

- Chaque semaine, les 6 cadres de santé se réunissent pour travailler notamment au déploiement des démarches. Le RAQ est invité une à deux fois par mois. Les conclusions de ces rencontres sont également formalisées.

- L'encadrement mais aussi par la RAQ s'impliquent dans un travail de relais-terrain.

- Des réunions d'équipe ont lieu chaque semaine dans toutes les unités ; elles sont organisées de telle sorte que tous les professionnels puissent y assister ; elles ne dispensent pas de la mise en place par les cadres de points plus informels sur tel ou tel aspect concret relatif aux démarches mise en œuvre.

Les experts-visiteurs ont également pu constater :

- l'existence de différents outils de partage Intranet (actualités, rubrique Qualité avec Gestion documentaire, le signalement des événements indésirables, les EPP, la cartographie des risques et le PAQSS...)

- une messagerie intranet sécurisée nominative pour les personnels de nuit, par unité pour les autres soignants et éducateurs)

- la circulation sur les réseaux dématérialisés cités ci-dessus des compte-rendu d'instances ou de réunions ainsi que des résultats d'audits,

- l'existence de panneaux d'affichage portant en particulier les résultats des campagnes d'indicateurs nationaux

- l'attention portée à la qualité du livret d'accueil du Personnel (nouveaux arrivants et des Etudiants et Médecins)

- par la culture d'audits et d'indicateurs qui commence à s'établir au sein de l'établissement

- par la participation à différents événements (semaine de la sécurité, hygiène des mains, café-vaccination anti-grippe, 2 journées dites « conversations thématiques », 3 journées de formation transversale...)

Dans le cadre de différents temps d'échanges et au moyen de ces différents supports, les responsables peuvent sensibiliser leurs collègues sur les risques identifiés dans leur secteur et s'assurer de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues ; ils informent les équipes de leurs résultats et les aident à identifier et mettre en place des actions correctives en cas de besoin.

Après une phase de formation à la V2014, réalisée lors de la précédente itération, des pilotes, et co-pilotes, la mobilisation de l'établissement dans l'élaboration du compte qualité a été obtenue essentiellement par l'implication d'un nombre conséquent d'agents dans la démarche « Cartographie des Risques –Compte Qualité » au sein des groupes de travail mis en place par rapport aux différents processus ainsi que par l'évocation de thème lors de différentes réunions.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'analyse des Plans de Formation réalisés sur les derniers exercices (tant pour le personnel médical que celui non-médical), révèle la volonté de l'établissement d'accorder aux professionnels les ressources en compétences nécessaires à leur action sur des thématiques techniques ciblées (en particulier pour ce qui est des gestes et secours d'urgence – question très sensible par rapport aux crises d'épilepsie) mais aussi au management du processus Qualité et Gestion des Risques. D'une façon générale aussi l'institution prévoit les temps de travail nécessaires au développement des démarches Qualité et Gestion des Risques pour s'informer, participer aux réunions, etc....

On note également l'effort en termes de Ressources Humaines réalisé en direction du personnel nouvel arrivant :

- une brochure très détaillée « La Teppe : l'humain en tête » est remise

- le processus « arrivée d'un nouveau médecin » est aussi formalisé par un document « Acteurs/Missions »

Le système de gestion documentaire, totalement dématérialisé, est particulièrement opérant ; on y retrouve les différentes définitions et éléments de contenus attendus. Chaque professionnel peut y accéder. Les documents y sont actualisés par le Responsable Assurance Qualité qui est en mesure de

vérifier les taux de consultations des différents documents mis en ligne. Il ne subsiste plus de documents « papier » dans les Unités : mais les écrans « Duplicata » permettent d'assurer une continuité de l'information en cas de panne système.

Un didacticiel "L'évolution de la gestion des risques dans les établissements de santé" (évolution des exigences liées à la Certification HAS et définition des Événements indésirables) a été élaboré.

On a pu observer l'existence de bibliothèques documentaires constituées d'ouvrages de référence dans les unités.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

D'une façon générale, les unités connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

Plus précisément :

Une organisation permettant le déploiement et la mise en œuvre de démarches d'EPP est en place. Elle attribue, comme on l'a vu un rôle majeur à la CME qui choisit les sujets porteurs d'amélioration et planifient sur plusieurs années leur mise en œuvre avec désignation d'un pilote et constitution d'un groupe de travail. A la date de la visite 6 programmes étaient en cours initiés en 2006 pour les plus anciens d'entre eux, 2012 à 2018 pour les plus récents. Ils sont choisis à partir de l'analyse des déclarations d'EI, des résultats d'audits de dossiers patients, des questionnaires de satisfaction des patients ou des recommandations de bonnes pratiques. Tous les travaux sont formalisés, accompagnés au niveau méthodologique par le RAQ. Ils tendent à améliorer les pratiques et des actions de communication sur les démarches et leurs résultats sont mises en place.

Une Revue de Morbi-mortalité est en place.

Il existe aussi un dispositif de gestion et de suivi des événements indésirables. Il est l'objet

- d'une procédure « signalement et traitement des événements indésirables » : rédigée en 2002 et régulièrement actualisée (en version 6 à la date de la visite).

- d'un protocole « déclaration externe des EI graves »

- d'une fiche technique sur les modalités de déclaration.

Le système de déclaration est en effet électronique (il est accessible grâce à un logiciel spécifique sous intranet. La totalité des professionnels y compris les membres de la Communauté médicale a été formée à son utilisation. Les nouveaux arrivants le sont aussi.

Le directeur d'établissement a signé et fait diffuser à l'ensemble des personnels une « Charte de Signalement des événements indésirables associés aux soins » de nature à souligner l'importance du dispositif dans les processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Un support de formation a été réalisé à cette occasion. Le système est connu des personnels qui savent l'utiliser et n'hésitent pas à le faire. Il existe un bilan annuel des signalements d'événements indésirables ». Le nombre d'événement signalés en 2018 s'élevait à 283. Au-delà de l'application de mesures correctives immédiates, il appartient à la CREX d'analyser chaque mois et selon les types de risques (PECM, Sécurité des biens et personnes...) tous les événements signalés durant la période précédente. Elle est dotée pour cela d'outils méthodologiques spécifiques.

Pour les événements indésirables graves des analyses de causes profondes sont réalisées par le RAQ en y associant tous les professionnels concernés.

-8 événements ont été analysés en 2017 (6 sur le médicament, 1 sur une situation d'urgence vitale, 1 sur une situation d'agressivité d'un patient)

-5 en 2018 (3 sur le médicament, & relatif à une urgence vitale, l'autre sur une sortie de son unité d'un patient désorienté.)

A la date de la visite 5 événements avaient été analysés en 2019.

L'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels et représentants des usagers est réalisée afin de contribuer à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Sur le secteur sanitaire de l'établissement elles sont peu nombreuses. L'enregistrement et le suivi est assuré par le secrétariat du Directeur.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le système de management de qualité/gestion des risques, en tant que processus spécifique, est, comme chacun des autres processus, régulièrement évalué, en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés et selon des modalités préalablement définies.

On note à ce sujet l'existence d'un Rapport d'activité annuel global de la Qualité particulièrement riche d'informations et structuré de façon exhaustive. Des objectifs pour l'année N+1 y sont mentionnés.

On doit aussi faire mention des outils de suivi présentant les données de façon plus détaillée :

- bilans de suivi des processus

- tableau de bilan du compte Qualité

- tableau de bord des EPP

- rapport d'activité des signalements

- bilan des FEI  
- tableau de suivi des actions inscrites au PAQSS  
- rapports d'activité de la CDU...  
ou selon des objets très ciblés (Grilles de résultats des audits ou des conclusions d'analyse de type patients-traceurs)  
Comme les experts ont pu le constater lors de leurs investigations sur le respect des droits des patients, l'évaluation de la satisfaction des usagers en lien avec la CDU est réalisée à partir d'un questionnaire dont le taux de retour est finalement assez élevé (de 75 à 93 % selon les unités pour 2018) . La satisfaction est également élevée de 74 à 96 % les insatisfactions récurrentes concernant le linge personnel et les repas. Le manque d'information est également pointé.  
Les résultats relatifs à la satisfaction et à quelques éléments clés de la politique Qualité sont affichés dans les Unités. Ils sont accessibles de façon plus détaillée et exhaustive aux professionnels par le réseau informatique et des retours sont organisés en instances et réunions de service.

## **A / AGIR**

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

La communication des résultats des actions évaluatives et la mise en place d'actions est réalisée auprès des professionnels et des usagers.  
Pour les professionnels, différentes réunions institutionnelles ou de service, ainsi que l'espace d'information accessible sur le réseau informatique permettent d'accéder aux données. On note qu'une présentation des conclusions des EPP est régulièrement réalisée en CME. Les représentants des usagers sont informés lors des réunions de CDU.  
Les programme et de la politique qualité / gestion des risques sont réajustés en fonction des évaluations menées et résultats obtenus. Le tableau de suivi du PAQSS est l'un des outils les plus révélateurs de cette politique attentive d'amélioration permanente ; elle est coordonnée de façon vigilante par le Responsable de l'Assurance Qualité.  
Ce travail peut conduire à la révision périodique par les instances compétentes, et en particulier la CME des différentes politiques mises en place pour chacun des processus.



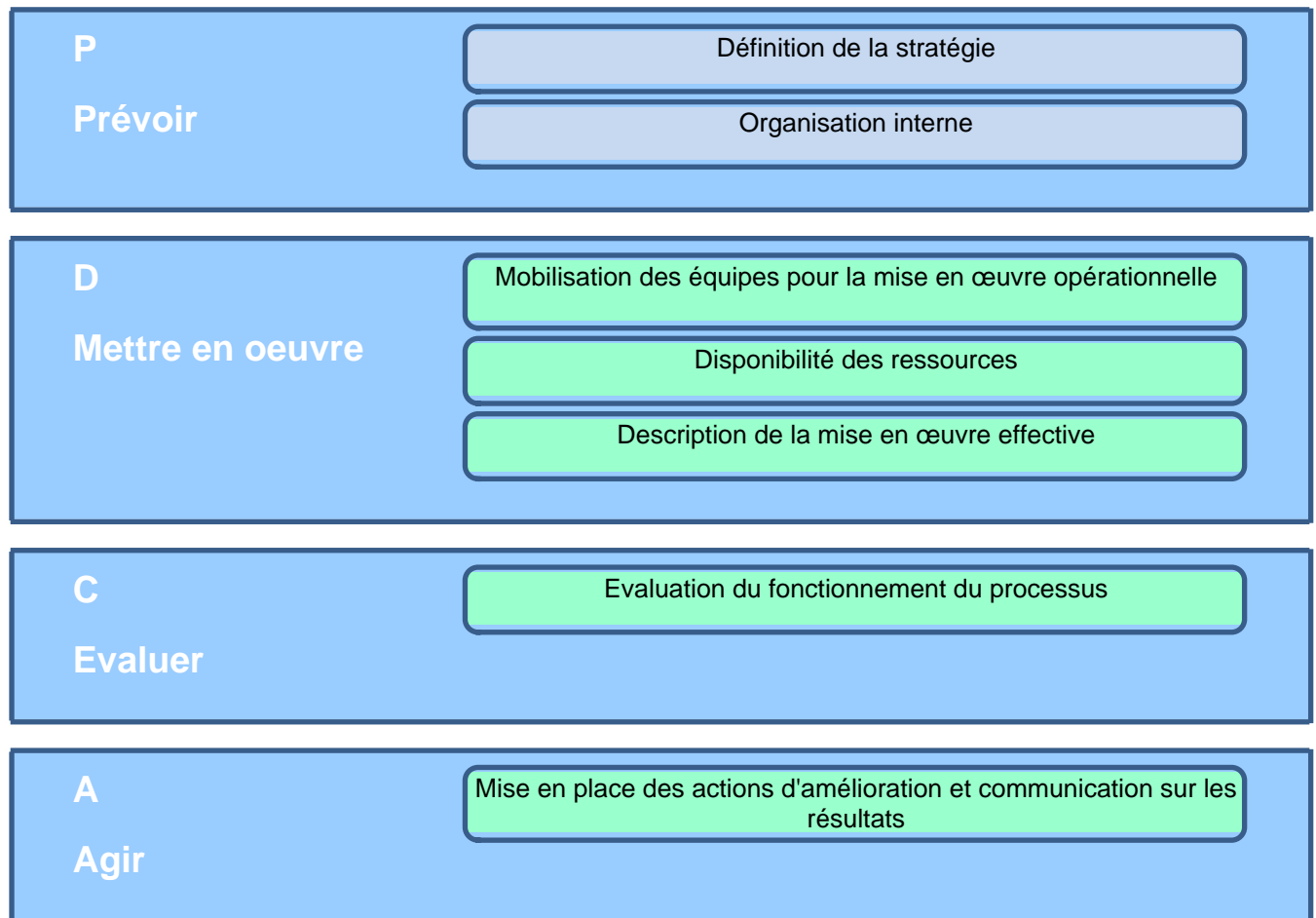
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le respect des droits des patients, dans ses multiples aspects (bienveillance, dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles, etc...) constitue de façon historique une préoccupation politique majeure de l'Etablissement médical de La Teppe.

Il est fait mention de cette notion au Projet d'Etablissement 2016-2020 validé par la CME de l'établissement et le Conseil d'Administration de l'Association. La question de la bienveillance et celle de l'Ethique sont particulièrement développées dans ce document tout comme dans l'actualisation dont il a été l'objet.

Les démarches stratégiques définies par rapport à ce thème ont pris en compte le contexte et les missions propres à l'établissement, en regard des spécificités de son offre de soins adaptée à la population accueillie. Celle-ci comporte :

- des moyens d'hospitalisation exclusive de femmes en santé mentale ;
- des moyens d'hospitalisation de jeunes adultes (à quelques exceptions près) de tous sexes au Centre de Lutte contre l'épilepsie ;
- des moyens d'hospitalisation pour population diversifiée à l'UON.

On soulignera l'attractivité nationale de la structure par rapport à l'épilepsie.

Il est à noter que la politique du droit des patients de l'établissement est régulièrement enrichie par les Recommandations riches et documentées que le Comité éthique dont la structure s'est dotée, produit régulièrement. Comme pour les autres processus, la cartographie des risques réalisée après la précédente itération et actualisée chaque année, a servi la préparation du Compte qualité.

Elle a intégré les différentes sources d'information attendues :

- résultats de la précédente certification
- feuilles d'événements indésirables reçues sur le thème
- rapport annuel de la CRU
- résultats de différents audits ou enquêtes...

et les priorise par application d'une grille intégrant des niveaux de gravité, vraisemblance et maîtrise.

Toutes les actions d'amélioration inscrites au Compte Qualité ou résultant de la cartographie des risques sont reprises dans un programme d'amélioration de la qualité, sécurité des soins pluriannuel, tenu à jour et présenté aux experts dans sa version de 2019.

Les risques majeurs identifiés concernent :

- les crises des patients, leur gestion et leurs conséquences ;
- le manque d'écoute de l'entourage ;
- les défauts d'information.

**ORGANISATION INTERNE**

Le processus est piloté par le Responsable de l'Assurance qualité qui selon les contenus de sa fiche poste exerce aussi les missions de la personne chargée des relations avec les usagers.

Comme les autres responsables de processus, pour conduire sa mission de pilotage, il doit se référer à la Fiche-type publiée par l'institution qui décrit les responsabilités, contours et activités dévolus à celle-ci et présentée selon la structure en 4 étapes de la méthode PDCA.

Parmi les autres éléments structurant l'organisation, on signalera :

- une Commission des Usagers (CDU) qui fonctionne sur la base d'un règlement intérieur actualisé en version 4 le 21 décembre 2016, rédigé par le RAQ et approuvé par le Directeur d'établissement qui le préside ; ce règlement est conforme aux attendus légaux.

Il est fait mention des droits des patients et de la composition et des missions de la CDU dans les Livrets d'Accueil et en différents points d'affichage. Une note de présentation relative à son cadre de fonctionnement réglementaire, sa composition nominative et quant à la présence de médiateurs médicaux et non médicaux, a été diffusée à tous le personnel et à tous les patients ; elle continue à être communiquée à chaque nouveau hospitalisé et nouvel agent arrivant.

- un Comité éthique composé d'une vingtaine de membres. Il est ouvert à tous et est animé par un binôme constitué de deux personnalités : une juriste universitaire de Lyon, un philosophe-formateur en entreprise) ; il se réunit 4 fois par an, a promu une Charte, dispose d'un bureau (10 réunions par an) et organise de façon biannuelle des Conversations « Éthique » qui sont des réunions ouvertes à tous les professionnels. Le fonctionnement est très formalisé (traçabilité des travaux et recommandations, règlement intérieur, fiche de saisine...). Ce comité éthique peut être saisi par tout professionnel de l'établissement sur des questions liés à l'éthique ou des difficultés de prise en charge. Une réponse est systématiquement apportée, ou des recommandations produites, en réponse aux difficultés soulevées.

- un comité des patients (réunions des patients animées par le RAQ seul professionnel présent)
- des rencontres formalisées entre Patients et Représentants des usagers

- des réunions mensuelles Patients-Professionnels dans les unités.

Au regard de ses missions, de ses orientations 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. Les Chartes relatives au « Patient hospitalisé », à la « Bienveillance », à l'éthique du programme d'Éducation thérapeutique, à la Commission des Usagers sont correctement diffusées et affichées.

Les contenus majeurs en sont repris dans les Livrets d'Accueil Patient de la Clinique Psychothérapique de la Cerisaie d'une part, du Centre de Lutte contre l'Épilepsie d'autre part. On retrouve dans ces brochures d'autres éléments relatifs aux Droits des patients : personne de confiance, directives anticipées, respect de la vie privée et de la liberté d'aller et venir, pratiques religieuses, etc...

Par ailleurs, différents autres éléments relatifs aux droits des patients sont organisés de façon formelle.

Il existe une Organisation permettant le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, du refus de soin.

Elle repose sur le travail réalisé dès l'entretien médical d'admission en présence d'un infirmier ; au cours de celui-ci un contrat de soin sous forme d'un « Projet de soin et d'accompagnement personnalisé » (PASP) est tracé dans le dossier. Il sera périodiquement actualisé lors de la prise en charge. Différents documents qualité précisent ces points (Protocole accueil d'un patient au CLE, Procédure circuit admission CERISAIE et accueil type, Chemin clinique CLE et Chemin clinique Cerisaie).

Les professionnels prennent en compte la question de la douleur et l'information bénéfice-risque.

L'Information des patients sur leurs droits et les missions de la CRU est garantie par l'usage de multiples supports : affichettes « Droits des usagers », Livrets d'accueil CLE et Cerisaie, Site internet...

Le Dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés renvoie aux protocoles relatifs aux chemins cliniques et au PSAP ; en ce qui concerne le dommage aux soins, le dispositif est structuré au travers d'une procédure traitant de cette question incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins.

L'établissement n'est pas autorisé à procéder à des hospitalisations sans consentement et ne dispose donc pas de dispositif structuré sur ce thème. En revanche, l'état de certains patients en crise pouvant générer des risques d'attenter à des libertés essentielles, l'établissement s'est doté de différents outils adaptés au terme de réflexions partagées et approfondies sur ce thème. Une chambre d'apaisement a été aménagée de façon adaptée (matériaux et couleurs) à l'Unité Épilepsie et Troubles Psychiques Louis de Larnage). Située à côté d'un bureau infirmier dont elle est séparée par une vitre, elle est mise à la disposition de tous les services et peut, en particulier être utilisée le temps de changer le mode d'hospitalisation d'un patient dont l'état justifie le transfert vers un autre établissement (situation très rare). Les modalités de gestion ont été définies par un protocole « gestion des situations de violence. Le dispositif est inspiré des recommandations de bonne pratique de la HAS de février 2013 sur les mesures restrictives de liberté et les mises en isolement (Registre, fiche de prescription et suivi). L'efficacité de ce dispositif est indissociable du travail de formation et de réflexion éthique engagé simultanément et qui permis de passer de 66 situations crises en 2011 (situation de mise en danger du patient pour lui-même ou pour les autres) à 5 en 2018.

On signalera enfin que les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées par une procédure ad-hoc de 2003 (en version 3 depuis le 30/03/2018) ; elle conforte les différentes actions institutionnelles réalisées sur le thème.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Différents vecteurs de communication sont en place pour favoriser la circulation de l'information nécessaire (réunions, formations...) et portail intranet.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Outre la taille moyenne de l'établissement qui favorise la circulation des informations, la multiplicité des occasions de rencontres de travail et de réunions institutionnelles entre les professionnels et les responsables, ainsi qu'un réel usage du Portail intranet de l'établissement, permettent le déploiement de la politique « Droits des Patients » dans les Unités.

La mise en place d'actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bienveillance en est l'illustration. La combinaison d'outils tels que :

- la diffusion d'une Charte de la Maltraitance dès 2015
  - le dispositif mensuel d'analyse des pratiques avec l'aide d'un psychologue extérieur proposé aux professionnels
  - le travail réalisé par l'institution dans le domaine des RH par rapport à l'épuisement professionnel avec la possibilité offerte à tout agent de rencontrer un psychologue afin de déterminer dans le cadre d'un échange tout élément de nature à avoir des conséquences sur la qualité de la relation et de la PC avec le(s) patient(s)
- a permis de mobiliser les équipes dans la mise en œuvre de la politique institutionnelle de promotion des droits des patients.

D'une façon plus générale, l'implication de la communauté médicale et le travail « de terrain » de

différents responsables, objectivement perceptibles, contribuent à la mobilisation des personnels tout comme la participation des professionnels à des actions du type participation à la « Journée européenne d'information sur les Droits » en 2016 et 2017 ou à des propositions riches et attractives du Plan de formation de l'institution par rapport aux droits des patients (bienveillance, dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles, etc.). Ces différents facteurs permettent la mise en œuvre opérationnelle de la démarche institutionnelle et plus largement l'implication des personnels et leur connaissance des problématiques relatives aux Droits des Patients. Ainsi, les responsables, peuvent s'assurer de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, et les équipes informées de leurs résultats peuvent identifier les actions correctives nécessaires en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc...).

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

D'une façon générale, les ressources en compétences et matériel sont disponibles dans les secteurs pour favoriser la mise en œuvre du processus.

L'établissement achète les fournitures, outillages, livres, équipements,... et rémunère les intervenants nécessaires (éducateurs spécialisés et moniteurs d'ateliers qui travaillent en binôme) au fonctionnement de différentes ateliers les patients sont invités à participer, dans le cadre de leur projet de soins et d'accompagnement personnalisé. L'éventail du choix est large permettant de donner tout son sens à la prise en charge mise en place dans les différentes unités d'hospitalisation.

On distinguera les ateliers à dimension thérapeutique STI (sous-traitance industrielle) ouverts dans une perspective d'orientation de sortie type ESAT, bureautique, espaces verts et jardins, menuiserie et ceux visant à libérer l'expression du patient (Théâtre, expression plastique, boîte à idées...). L'unité de prise en charge en santé mentale propose pour ses propres hospitalisés un atelier d'Art-thérapie et un atelier d'activités physiques. On constate aussi l'engagement de l'établissement dans un projet de type Culture et Santé consacré aux pratiques circasiennes.

Dans le domaine des ressources humaines, les patients peuvent bénéficier d'un service social, de consultations ou d'activité groupale dans le domaine de la psychologie ou de prestations en matière de psychomotricité.

Les professionnels bénéficient aussi d'une documentation accessible et actualisée relative aux droits des patients sur le réseau dans le cadre de la gestion documentaire.

Les conditions hôtelières sont conformes aux attendus des populations actuelles. Les locaux sont accueillants clairs, spacieux, peints ou tapissés de façon agréable et parfaitement bien tenus. On distinguera :

- les structures relativement récentes telles l'UON qui proposent des conditions hôtelières quasi parfaites avec des chambres disposant d'un lavabo, d'un WC et d'une douche individuelle.

- les chambres de la CERISAIE ne disposent pas de douches individuelles mais le service est en cours de reconstruction dans un bâtiment neuf réalisé à l'échéance du printemps 2020 dont les experts visiteurs ont pu constater l'avancement des travaux.

- le patrimoine du CLE est plus ancien (bâtiments du XIXème siècle mais très bien entretenus). Les chambres ne disposent que d'un lavabo mais, elles ferment à clé et les patients se les approprient en termes de décoration. Les douches sont installées hors des chambres mais elles doivent être prises sous surveillance compte-tenu de la pathologie des patients. Il y a dissociation des toilettes pour les hommes et pour les femmes.

De façon plus globale on note que :

- 92 % des chambres sont à 1 lit et les autres à deux lits maximum

- des règles d'organisation adaptées au contexte et aux patients sont trouvées par les éducateurs et les infirmiers pour respecter hygiène et intimité.

- l'établissement prend d'ores et déjà en compte l'évolution de son patrimoine immobilier dans un Plan Stratégique à l'horizon 2030

On peut donc conclure sur le constat du respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène, et dans les conditions d'hébergement.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des différentes unités connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée dans le dossier du patient.

Lors des vérifications de terrain les experts visiteurs ont pu constater que les professionnels connaissent les contenus-clés de la politique « droits des patients » et se révélaient attentifs à sa mise en œuvre.

L'établissement porte une attention toute particulière à 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. Ses pratiques dans ce domaine sont l'objet d'une procédure « Réalisation et suivi du Projet personnalisé PSAP »

L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent est une préoccupation institutionnelle forte à laquelle les professionnels adhèrent, l'établissement exerçant une activité orientée vers des objectifs d'autonomisation et d'insertion. Le soutien de l'entourage est l'objet d'une recherche constante des professionnels. Il existe un item spécifique dans le DIP. Une chambre

d'hôte est offerte au CLE et des possibilités de repas partout. Des visio-conférences sont organisées lorsque des proches demeurent loin du site de La Teppe.

Enfin et comme on l'a aussi précédemment noté, les projets de prise en charge, l'organisation et les pratiques visent également à préserver le respect des libertés individuelles : les situations qui nécessitent une restriction de liberté sont systématiquement analysées afin de rechercher le plus juste équilibre entre le respect des droits fondamentaux des personnes en soin et la sécurité de chacun. L'établissement et son parc sont ouverts. La liberté d'aller et venir en ville est favorisée dans un objectif d'autonomisation. Les chambres ferment à clés (sauf situations inadéquates d'un point de vue médical et soignant). Le bâtiment de la Cerisaie est fermé mais lors de leurs investigations de terrain les experts ont pu constater qu'elle était systématiquement ouverte par un standardiste lorsqu'une patiente désirait sortir. En fait, la fermeture est destinée à protéger les hospitalisées contre les intrusions abusives et potentiellement entachées de violence de leurs proches comme il en est survenu par le passé.

En conclusion, la sensibilisation des professionnels et le respect des bonnes pratiques dans le domaine du droit des patients apparaissent donc d'une façon générale effectifs. Toutefois, la confidentialité due aux patients n'est pas toujours garantie.

Il existe une organisation et des pratiques permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient et d'une façon plus générale, les professionnels y sont sensibilisés et sensibles dans leur attitude.

Différents autres éléments témoignant d'une préoccupation de discrétion ont aussi pu être repérés :

- il y a une gestion attentive des situations de proximité ;
- des bureaux médicaux ou soignants sont réservés pour les entretiens ;
- les patients ne sont pas interpellés à haute voix par leur patronyme ;
- tous les Livrets rappellent l'obligation de confidentialité ;
- des consignes sont données aux standardistes pour ne pas divulguer la présence des patients.

En revanche, le respect de la confidentialité n'est pas toujours garanti. Les experts ont pu constater que les noms des patients sont affichés sur les portes à l'UON, structure ouverte à des visiteurs. Les professionnels expriment leur volonté d'une part de ne pas infantiliser les malades par une signalétique conçue à base de pictogrammes d'autre part d'aider à leur repérage.

## **C / EVALUER**

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

Le dispositif d'évaluation et de suivi du respect des droits des patients repose sur plusieurs outils.

Il comporte en particulier :

- l'exploitation des questionnaires de satisfaction qui permet une évaluation périodique du respect des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage
- une Procédure de Gestion des plaintes et réclamations qui prévoit une présentation systématique en CDU mais celles-ci également sont très peu nombreuses (1 en 2017)
- le suivi des FEI sur certaines thématiques
- des analyses de dossiers de type patients traceurs
- le suivi de l'état d'avancement du PAQSS relatif au processus « Droits des Patients ».

L'évaluation périodique de la satisfaction du patient et du respect de ses droits sont également assurés par la CDU au travers de son Bilan d'activité établi sur la base réglementaire attendue. Les experts visiteurs ont pu prendre connaissance de ceux relatifs aux exercices 2017 et 2018.

## **A / AGIR**

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

Des actions d'amélioration du dispositif « Respect et promotion du droits des patients » sont mises en place au regard des résultats obtenus.

Parmi les améliorations découlant de démarches évaluatives, on peut citer à titre d'exemples :

- la refonte de la politique éducative (Projet de soins et d'accompagnement personnalisé)
- la mise en place d'activités nocturnes pour les patients (couture, yoga, relaxation, esthétique...)
- l'instauration d'une réunion mensuelle patients – professionnels à la Cerisaie
- la participation de différents responsables dans les Unités (Directeur, directeur adjoint responsable restauration, diététicienne, ...) à des repas dans les unités au cours desquelles sont engagés des débats avec discussion débat sur d'une part la qualité des repas, d'autre part la lutte contre le gaspillage.

Les experts ont ici noté une initiative des patients eux-mêmes visant à organiser des goûters d'accueil des nouveaux arrivants.

Des processus d'information et communication sont à chaque fois mis en place, tout particulièrement, mais non exclusivement, en direction de la CDU. Les personnels sont informés lors de réunions dans leurs services ou par la consultation des Actualités du Portail Intranet.



# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

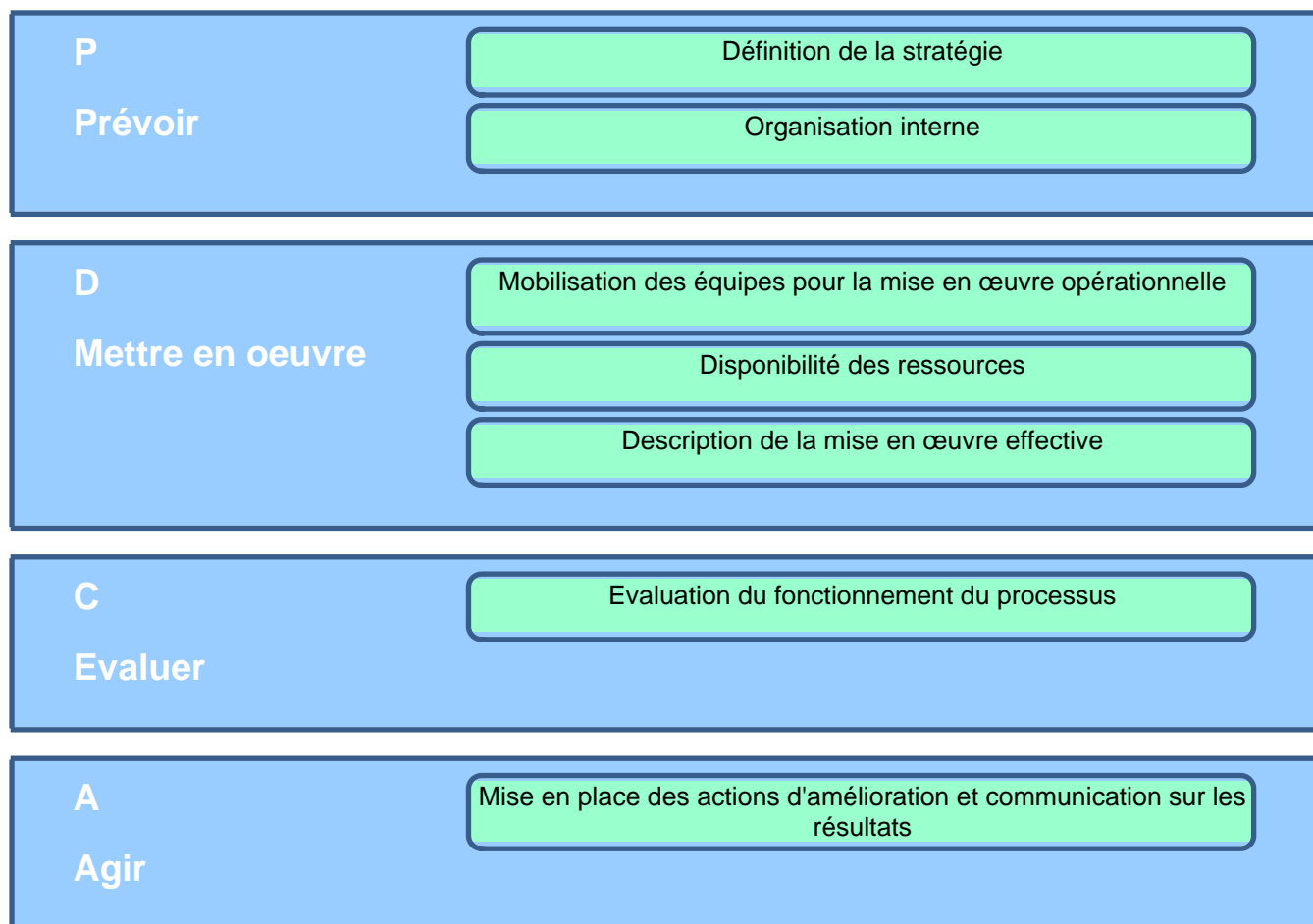
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

L'établissement a identifié ses missions autour des parcours patients en prenant en compte les besoins populationnels régionaux et les objectifs des programmes de santé régional et territorial. Du fait de son expertise, l'établissement médical de La Teppe apporte également une réponse nationale pour les soins aux patients épileptiques. Les objectifs en lien avec ces missions sont identifiés dans les projets stratégiques de l'établissement:

- Dans le CPOM 2007/2011 prorogé et son avenant 2019 : "Renforcer l'offre de soins régionale en psychiatrie et prendre en compte toute l'activité d'épileptologie et d'électroencéphalographie de longue durée."
- Dans le Projet stratégique et le Projet d'établissement 2016/2020 : "Proposer des parcours de soins coordonnés et développer des partenariats, améliorer l'offre, développer un parcours global et pluridisciplinaire incluant l'amont et l'aval de la prise en charge ..."

3 parcours patients sont identifiés et formalisés par des chemins cliniques décrivant les parcours patients de la pré admission à la sortie: 1 chemin clinique pour la Psychiatrie, 2 chemins cliniques pour l'épilepsie (Unité d'Observation Neurologique et Séjours longs).

La Politique Qualité, mise à jour en 2019, est élaborée en cohérence avec les projets stratégiques et formalise l'engagement de l'établissement à « Optimiser les parcours ».

Les risques ont été identifiés par une cartographie, à partir des données issues des résultats de la précédente certification, de l'évolution des actions mises en œuvre, des données issues de recueils d'indicateurs, d'audits, de patients traceurs, analyse des événements indésirables... données recueillies dans les services et synthétisées par les cadres. Cette cartographie a été validée par le COPIL Qualité et en CME.

Les risques sont hiérarchisés et 6 ont été priorisés selon la méthodologie HAS et inscrits au Compte Qualité : Prise en charge des urgences vitales, risque de suivi somatique insuffisant, risque suicidaire en psychiatrie, risques liés à l'agressivité des patients épileptiques...

Les objectifs d'amélioration sont regroupés dans un PAQSS institutionnel et identifiés par secteurs d'activité concernés (psychiatrie ou épilepsie) ou en transversalité. Ils sont associés à des actions, avec des responsables chargés de leur mise en œuvre et à des échéances de réalisation déterminées et suivies.

Le Compte Qualité est articulé avec le PAQSS et a été validé par la CME. L'avis des usagers a été recueilli en CDU.

**ORGANISATION INTERNE**

Des pilotes pour la thématique ont été désignés : Directeur Général, médecins psychiatre et neurologue coprésidents de CME et 3 cadres des services. Une fiche de mission générique a été rédigée à partir de l'approche processus et les pilotes ont été accompagnés par le Responsable Qualité.

Les pilotes sont chargés du suivi annuel de la thématique et de la mise en œuvre des actions.

La CME est l'instance de suivi pour la thématique parcours patient.

Les ressources humaines sont en adéquation avec les missions pour les personnels non médicaux et le seront pour les personnels médicaux avec l'arrivée très prochaine de 4 praticiens.

Des actions de communication sont menées en vue de favoriser les recrutements.

Les dispositifs sont en place pour :

- L'accueil des patients : l'établissement ne réalise que des admissions programmées qui sont organisées selon les chemins cliniques des parcours.
- Les gardes et astreintes pour la permanence des soins et les demandes urgentes : le planning prévoit le recours à 1 médecin en 1ère ligne et à un 2nd en 2ème ligne ( psychiatre, neurologue ou généraliste). Ceci permet un recours adapté selon la problématique du patient. La garde administrative est organisée.
- L'évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient, dont la prise en charge somatique est organisée avec 2 médecins généralistes et si nécessaire le recours à des ressources externes.
- La gestion des urgences vitales
- La prise en charge nutritionnelle avec recours à un avis diététique
- L'identification du risque suicidaire : une organisation est formalisée pour La Cerisaie, service de psychiatrie. Une procédure détermine les modalités pour toute patiente hospitalisée et les outils à utiliser qui sont paramétrés dans le dossier informatisé.
- La prise en charge des personnes âgées, des personnes démunies (service social en place)
- L'établissement déploie un programme labellisé d'éducation thérapeutique pour l'épilepsie et d'autres actions d'ETP ou d'éducation à la santé en psychiatrie
- L'organisation de la sortie : le dossier informatisé du patient permet l'édition d'une lettre de liaison, de comptes rendus d'hospitalisation et de fiches de liaison en cas de transfert.

Le plan de formation comporte des actions en lien avec les parcours patients et les besoins en compétences : prise en charge des urgences vitales, risque suicidaire, clinique de l'épilepsie et de la psychiatrie, EEG et sommeil, éducation thérapeutique.... Il existe un volet pour la formation médicale.

L'établissement projette de créer un centre de formation en son sein.  
 Les documents clés de la thématique sont élaborés, actualisés et accessibles.  
 Les locaux sont adaptés à l'accessibilité des personnes souffrant de handicap. La maintenance est réalisée en interne et le recours à des ressources externes est organisé 24h/24h. Un plan de travaux annuel est élaboré.  
 Les circuits et interfaces sont définis et opérationnels : Dossier informatisé, biologie, imagerie, transports, médicaments...

## D / METTRE EN OEUVRE

<b>MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE</b>
<p>Le PAQSS institutionnel est connu par les cadres qui ont contribué au recueil des données permettant d'identifier les risques et les actions. Les résultats des différentes évaluations menées sont transmis à l'encadrement par le service qualité : bilans des patients traceurs, bilans des audits, des événements indésirables, taux de satisfaction des usagers... La cadre de l'UON réalise ponctuellement des recueils d'indicateurs dans son unité (Poids, IMC, éléments d'admission).</p> <p>Dans l'unité la Cerisaie de nouveaux audit dossiers sont prévus.</p> <p>Les cadres et le responsable qualité communiquent les résultats à leurs équipes lors des réunions.</p> <p>Cependant, il n'y a pas de plans d'actions mis en œuvre par service permettant une mobilisation autour d'objectifs personnalisés. Ceci alors que des objectifs par services sont inscrits dans le PAQSS institutionnel. La participation et l'appropriation des professionnels est hétérogène. Les professionnels rencontrés n'ont pas été mobilisés pour formaliser des plans d'actions d'amélioration des parcours patients de leur secteur d'activité en lien avec leurs indicateurs et résultats.</p>
<b>DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES</b>
<p>Les effectifs et les compétences sont adaptés aux besoins dans les unités de soins. Un plan de formation par service est élaboré annuellement en lien avec l'activité clinique (ex : EEG, épilepsie et sommeil, risque suicidaire, ETP...) ou avec l'activité générale de l'établissement (urgences vitales, violence...)</p> <p>Un suivi des formations peut être fourni par les services DRH.</p> <p>L'accueil des nouveaux arrivants est réalisé par du tutorat, journées nouveaux arrivants, procédure d'accueil pour les médecins.</p> <p>Les documents nécessaires aux parcours patients sont connus, accessibles sur l'intranet et utilisés. Des cadres ont participé à l'élaboration de certains documents et diffusent l'information lorsqu'il y a des nouveaux documents.</p> <p>Les ressources en matériel, équipements sont adaptées et conformes notamment pour la prise en charge des urgences vitales. La maintenance est réalisée dans les délais adaptés à l'activité.</p>
<b>DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE</b>
<p>Dispositif d'accueil et évaluation initiale et continue et projet de soins personnalisé : les modalités d'accueil du patient en hospitalisation ont été formalisées dans les chemins cliniques par parcours. Elles sont connues et appliquées. Le premier accueil est réalisé par les cadres qui remettent le livret d'accueil et recueillent les données nécessaires dont les consentements pour le droit à l'image (surveillance vidéo des patients épileptiques, enregistrement des photos pour l'identité vigilance...). Des outils dans le dossier patient informatisé permettent un recueil de données organisé et des évaluations à l'admission.</p> <p>L'évaluation initiale de l'état de santé du patient est réalisée le jour de l'admission (psychiatrique, ou neurologique et somatique). Les patients de plus de 65 ans bénéficient systématiquement d'un bilan somatique dans la semaine qui suit leur arrivée. Le projet de soins des patients est réajusté en fonction d'évaluations périodiques intégrant la réflexion bénéfices-risques et l'information du patient. Dans les unités du CLE, ce projet est formalisé dans le PSAP à 1 semaine, 1 mois, 3 mois puis annuellement. Dans l'unité psychiatrique la Cerisaie, les patientes sont vues en consultation médicale psychiatrique au moins 1 fois par semaine.</p> <p>Des réunions pluri professionnelles (staffs cliniques hebdomadaires), permettent la réévaluation des projets de soins. La prise en charge somatique des patients est réalisée. Les praticiens de médecine générale et les neurologues assurent cette prise en charge et font appel à des avis externes en fonction des besoins.</p> <p>Les bilans biologiques sont réguliers et les résultats sont intégrés au dossier. Les paramètres sont mesurés à l'admission et à périodicité régulière (pouls, tension, périmètre abdominal, saturation, taille).</p> <p>Un cabinet dentaire existe au sein de l'établissement ainsi qu'un service de radiologie.</p> <p>Le recours à la permanence des soins est connu par les professionnels de terrain. Les staffs cliniques et réunions de concertation pluridisciplinaires contribuent à la coordination des soins notamment dans les différents services du CLE, entre les soignants et les personnels éducatifs, moniteurs d'ateliers et de rééducation. Les temps de transmissions paramédicaux et avec les médecins sont en place.</p> <p>Les procédures de prise en charge des urgences vitales sont connues. Le matériel est disponible dans l'Unité UON (sac d'urgence, défibrillateur, véhicule avec oxygène). Ce service est contacté par une ligne téléphonique dédiée et intervient immédiatement dans le service appelant. Une chambre d'urgence est aménagée dans cette unité (2 lits). Un chariot d'urgence est en place dans l'unité la Cerisaie. Ces</p>

équipements sont contrôlés régulièrement et ce contrôle est tracé.

L'accueil des personnes démunies est accompagné (intervention de l'assistante sociale pour tous les patients), ainsi que celui des personnes âgées (adaptation de l'accueil hôtelier et des activités).

Le dépistage des troubles nutritionnels est organisé, réalisé et tracé. Une diététicienne peut être associée à la prise en charge.

L'ETP est déployée dans toutes les unités du CLE pour les patients épileptiques dans un programme labellisé : « ETP pour la gestion de son épilepsie » 40 professionnels médicaux, soignants et éducatifs sont formés pour la mise en œuvre de ce programme. Cette action est centrale dans la prise en charge des patients épileptiques pour la connaissance et une gestion autonome de leur pathologie. Pour la psychiatrie, des actions d'éducation à la santé ou d'éducation thérapeutique non labellisées sont déployées également pour les patientes : observance du traitement, troubles du transit, gestion du diabète...

Les activités de réadaptation sont organisées pour les patientes de la Cerisaie et les patients du CLE. Deux unités du CLE de longs séjours sont spécialement dédiées à l'insertion des patients épileptiques et des ateliers de réhabilitation médico-psycho-sociale accueillent les patients de l'ensemble du CLE en vue d'une insertion socio-professionnelle adaptée à leurs besoins et compétences.

Ces bonnes pratiques ont été confirmées par les patients traceurs réalisés.

La sortie d'hospitalisation est organisée avec le patient et son entourage. Les professionnels d'aval sont associés si nécessaire. La lettre de liaison est éditée et transmise selon la réglementation à la sortie des patients de la Clinique de la Cerisaie et de l'Unité d'observation neurologique. Elle est en cours de déploiement pour les autres unités. Un compte rendu de séjour est transmis à la sortie des patients, après les séjours de longue durée des autres unités du CLE.

Une procédure de prise en charge des patientes à risque suicidaire a été diffusée pour l'unité la Cerisaie. Les professionnels de ce service sont sensibilisés à ce risque. Un dépistage du risque est réalisé en début de prise en charge par le médecin psychiatre à partir d'un outil intégré au dossier patient informatisé et est renouvelé à chaque étape du parcours patient le nécessitant.

Par contre, la démarche d'évaluation du risque suicidaire n'est pas mise en œuvre pour les patients épileptiques du Centre de lutte contre l'Epilepsie où les patients à risque suicidaire ne sont pas toujours identifiés. Lors des visites terrain dans les unités UON ou Louis de Larnage, il n'a été retrouvée qu'une seule évaluation médicale du risque suicidaire à l'admission d'un patient. Les professionnels rencontrés nous ont confirmé ne pas être sensibilisés à ce risque et à cette évaluation pour les patients épileptiques, malgré la présence connue, d'antécédents de passage à l'acte suicidaire chez certains patients. Ce constat a été confirmé par une évaluation patient traceur. Ce risque n'a pas été identifié et donc priorisé par l'établissement.

Le fonctionnement des services contribue à la bonne prise en charge des patients. Les temps de transmissions paramédicaux et avec les médecins sont en place. Les délais d'intervention en cas de dysfonctionnement du matériel sont adaptés et les procédures en cas de non accès au dossier du patient informatisés sont connues et fonctionnelles. Les interfaces sont opérationnelles entre les secteurs de soins et les autres secteurs d'activité dont la pharmacie. Les instances des services sont en place et les réunions font l'objet de comptes rendus : réunions de fonctionnement, staffs, réunions de concertation pluridisciplinaires.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des actions d'évaluations de la thématique parcours patients ont été menées pour la psychiatrie et la prise en charge des patients épileptiques entre 2016 et 2019 - Audits dossiers (maintien du recueil de certains IQSS : dépistage des troubles nutritionnels, traçabilité des examens psychiatriques dans les 24h et hebdomadaires, traçabilité du risque suicidaire pour La Cerisaie, lettre de liaison...) :

- Bilans et analyses des événements indésirables notamment via des CREX ou RMM ;
- Patients traceurs réalisés dans tous les services début 2019 ;
- EPP Autonomie de traitement, EPP Prises en charge des crises sérielles.

Les pilotes de la thématique organisent ces évaluations avec le service qualité et les cadres.

Un bilan d'évaluation est intégré au rapport d'activité annuel Qualité et gestion des risques.

## A / AGIR

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

Le programme d'amélioration est formalisé dans le PAQSS avec des objectifs, des responsables d'actions nominatifs ou par service, des échéances de réalisation et des indicateurs de suivis. Sur les 34 actions inscrites au PAQSS plus de 80% sont en cours ou réalisées au moment de la visite. Le PAQSS est mis à jour par le responsable qualité.

Les résultats de l'établissement sont communiqués dans les services par les cadres, sur l'intranet et par affichage après présentation aux instances et en CDU.

Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre notamment dans le cadre du déploiement du dossier informatisé et ont été constatées lors des visites terrain et des patients traceurs.

Des indicateurs ont progressé ou sont stables avec de bons résultats : traçabilité de l'examen psychiatrique hebdomadaire, pertinence du recours au protocole crises sérielles, traçabilité de l'évaluation du risque suicidaire à la Cerisaie, examen somatique du sujet âgé.... Ces résultats témoignent de l'efficacité des actions mises en place.

Cependant, l'établissement n'a pas encore réalisé de nouveau recueil d'indicateurs montrant l'efficacité de certaines actions d'amélioration. Les dernières valeurs fournies pour des indicateurs n'atteignent pas les scores attendus : taux de déploiement de la lettre de liaison ou dépistage des troubles nutritionnels. Les actions prévues sur ces points n'ont pas encore été déployées ou leur efficacité pas encore mesurée lors de la visite.

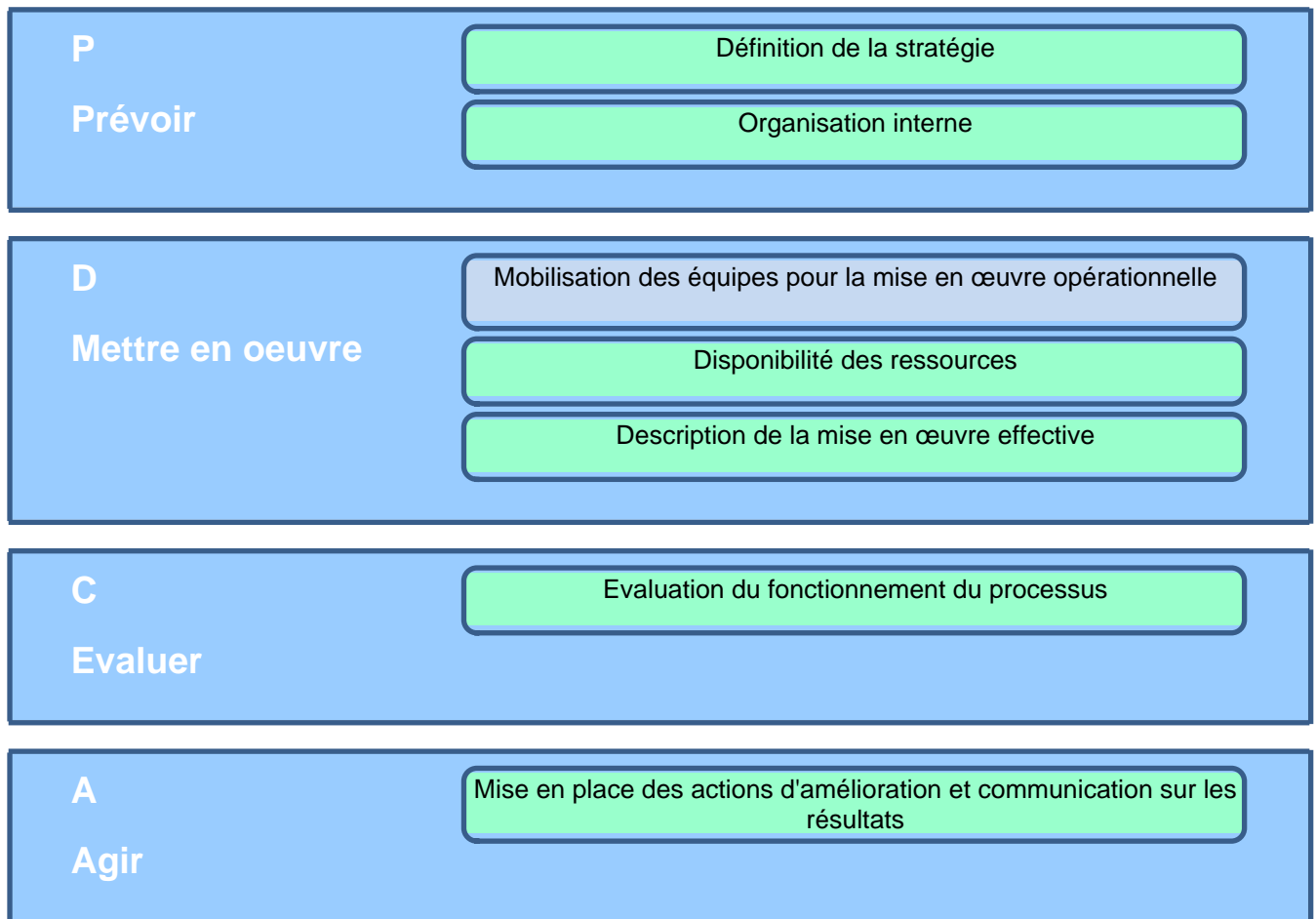
# DOSSIER PATIENT

## 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**

Depuis la précédente itération de la certification, l'Etablissement médical de La Teppe a mis en place l'informatisation complète du dossier patient au travers d'un logiciel unique interfacé avec le logiciel de gestion administrative.

Les documents « papier » qui parviennent à l'établissement, sont systématiquement scannés par les Secrétaires Médicales et selon la politique définie systématiquement détruits. La démarche est quasi analogue pour les dossiers « papier » de patients hospitalisés avant l'informatisation qui sont, depuis que celle-ci est intervenue, extraits des archives à l'occasion d'une nouvelle hospitalisation. Les pièces utiles à la prise en charge durant le nouveau séjour sont systématiquement scannées, le dossier retournant ensuite aux archives.

Cette politique d'informatisation prend appui sur le Projet d'établissement 2016-2020 qui aborde cette question à trois reprises autour des objectifs suivants :

- Prise en compte de la singularité de chaque patient à travers son Projet de soins et d'accompagnement personnalisé.
- Structuration et harmonisation du dossier
- Homogénéisation des pratiques selon une méthodologie invitant à la participation des professionnels

Elle a été confirmée et réactualisée par un document du 7 octobre 2019 relayé en termes de communication par une Charte ad-hoc.

La stratégie s'est historiquement déployée en plusieurs temps.

L'informatisation, limitée au moment de la précédente itération au dossier administratif et au dossier médical, a été étendue tout d'abord à la PECM puis en janvier 2018 à la totalité du dossier (extension à la partie soignante) avec l'emploi d'un logiciel unique et l'aide, pour la mise en œuvre, d'un cabinet expert extérieur.

Comme pour les autres processus, une nouvelle cartographie des risques a été réalisée depuis la présente itération et actualisées chaque année depuis cette date. Elle intègre les différentes sources d'information attendues et a donné lieu à l'application d'une grille intégrant des niveaux de gravité, vraisemblance et maîtrise.

Toutes les actions d'amélioration inscrites au Compte Qualité ou résultant de la cartographie des risques sont reprises dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et gestion des risques pluriannuel en vigueur au moment de la visite et présenté aux experts. Celui-ci comporte 22 actions (à la date de la visite 1 a été abandonnée, 13 réalisées, 4 en cours et 4 restent à entreprendre).

**ORGANISATION INTERNE**

Le processus est copiloté par le responsable du système d'Information et par un Cadre de Santé.

Pour conduire leur mission, ils se réfèrent à une fiche-type publiée par l'institution qui décrit les responsabilités, contours et activités dévolus à celle-ci et qui est présentée selon la structure en 4 étapes de la méthode PDCA. Ils bénéficient de l'accompagnement méthodologique de la Cellule Qualité et Gestion des Risques.

Parmi les autres professionnels structurant l'organisation (Personnes Ressources DIP), on signalera :

- les responsables de Processus DPI (chargés des paramétrages et des tests afférents)
- un réseau de référents, constitués d'infirmiers émanant de toutes les unités et dont les fonctions sont définies de façon formelle par un document qui les énumère.

Les secrétaires médicales, les 3 agents du bureau des entrées et la Responsable qui les encadrent, ainsi que le médecin chargé de l'Information médicale sont aussi très impliqués dans le fonctionnement du processus.

Les règles de tenue et de gestion du dossier (responsabilités, tenue, confidentialité, composition, utilisation, accessibilité en temps utile, archivage, etc...) sont formalisées par un ensemble de documents Qualité régulièrement actualisés :

- Organisation du projet d'informatisation du DPI
- Didacticiel propre au logiciel choisi par l'établissement de santé
- Archivage du Dossier Patient (pour les dossiers ouverts antérieurement à l'informatisation).

Enfin des documents qualité relatifs à d'autres processus font des rappels qui établissent des liens avec la tenue du Dossier du Patient.

Une autre procédure « procédure dégradée en cas de panne du logiciel » est plus particulièrement consacrées aux conduites à tenir en cas de panne, de défaut de fonctionnement du logiciel ou de problèmes techniques affectant le système d'information. Sa mise en œuvre est liée à l'installation sur l'établissement de 5 postes dits « duplicata » permettant d'assurer une provisoire continuité de fonctionnement.

L'organisation relative à l'accès du patient à son dossier est décrite par une procédure « Demandes de dossiers médicaux » actualisée le 13 août 2019 dans une version 5.

Elle est établie conformément à la réglementation. Les Livrets d'Accueil reprennent dans un souci d'

information l'existence de ce droit et ses modalités de mise en œuvre. Ils rappellent que le système s'inscrit dans le cadre des dispositions de la Loi du 6 juillet 1978.

L'établissement a donc organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines (programmes de formation cohérents et structurés), matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

## D / METTRE EN ŒUVRE

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

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle du dossier patient en cohérence avec la démarche institutionnelle est facilitée

- d'une part par l'engagement de différents professionnels et par la structuration du pilotage du processus
- d'autre part par la taille moyenne de l'établissement qui génère des circuits de dialogue, de communication et d'échanges relativement courts.

La conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues est aussi obtenue par l'effort institutionnel d'animation qu'assurent l'encadrement soignant, les personnes ressources et le réseau des référents.

C'est derniers ont assuré l'essentiel d'un considérable travail de formation des professionnels à la gestion du dossier patient, réalisé quasi essentiellement par démultiplication des acquis des formations que le fournisseur du logiciel avait dispensé dans leur direction et selon une organisation structurée mettant en évidence 5 types différenciés de séances.

Cette démarche s'est déployée tout au long de la période d'informatisation ; elle reste entretenue par des actions de communication et par une formation systématique des nouveaux arrivants.

Le Plan de formation médical révèle que les membres de la Communauté médicale ont bénéficié de formations en 2017, 2018 et 2019.

Ces démarches ne sont pas étrangères à la mobilisation des professionnels dans l'informatisation du dossier du patient.

Les résultats des différents indicateurs sont commentés dans les unités ; les échanges en réunions, en CME, lors d'analyse, des audits de dossiers, EPP en lien méthodologique avec l'analyse du dossier permettent de partager la recherche des pistes d'amélioration qui peuvent en être déduites.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement met à disposition des professionnels différents outils documentaires nécessaires à la gestion du dossier patient et à son archivage. Il est à noter que les procédures et documents déjà cités, sont accessibles sur l'Intranet de l'établissement dans le cadre de la Gestion documentaire informatisée.

Les experts-visiteurs ont pu constater, lors des phases de vérification sur le terrain, que les professionnels en connaissaient les contenus clé et savaient s'y référer.

D'autres ressources nécessaires à l'informatisation du dossier patient ont également été mobilisées. Il s'agit de ressources : en matériel (le nombre de postes est conséquent : 100 postes sur le sanitaire - 4 par Unités dont un portable affecté à l'administration du médicament, postes DUPLICATA, postes propres aux médecins, cadres, éducateurs, Assistante Sociale, Diététicienne, Salle de veille).

Des moyens sont également accordés de telle sorte que les rangements des anciens dossiers « papier » soient correctement effectués. L'archivage des dossiers antérieurs à l'informatisation sont conservés de façon adéquate durant cinq années dans l'établissement selon une organisation combinant le classement par années et le principe d'un dossier unique par patient identifié sur l'année correspondant à son dernier séjour. Un contrat a été passé avec un prestataire de Lyon pour les dossiers vieux de plus de cinq ans.

Un protocole adapté traite de ces questions.

D'une façon générale, les temps de travail nécessaires à la gestion et à la tenue du dossier patient sont pris en compte.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

A la date de la visite, l'Etablissement de Santé de La Teppe est informatisé de façon quasi-exhaustive ce qui permet d'assurer une effectivité de la mise en œuvre définie.

Les experts-visiteurs ont pu constater que les professionnels, et tout particulièrement ceux qui sont confrontés à l'accueil, sont sensibilisés à l'importance de l'identitovigilance, l'établissement ayant travaillé cette question depuis plusieurs années.

L'articulation entre le DIP et le dossier administratif du patient est adaptée au travers de l'attribution d'un numéro d'identification unique. La quasi-totalité des admissions est programmée et pour un certain nombre d'entre elles, un travail de pré-admission est réalisé. Des analyses des doublons sont réalisées et les interfaces dossier administratif/dossier patient fonctionnent.

Les professionnels savent se référer aux organisations mises en place pour préserver la continuité du système en cas de rupture programmée ou de panne inopinée par référence au protocole mis en place et à partir des postes duplicata.

Les secteurs connaissent l'organisation définie et les professionnels s'efforcent de mettre en œuvre les

protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

Toutefois, les délais réglementaires fixés pour l'accès du patient à son dossier ne sont pas toujours respectés et par ailleurs les modalités de communication du dossier aux correspondants externes ne sont pas toutes conformes en matière de délai.

Les délais réglementaires fixés pour l'accès du patient à son dossier ne sont pas toujours respectés. L'établissement a mis en place un suivi des délais de transmission de leur dossier aux patients ou aux « ayant-droit » qui en font la requête. Celui-ci distingue, compte-tenu des exigences réglementaires, la satisfaction des demandes selon que le dossier est vieux de moins ou de plus de 5 ans.

Le nombre de demandes est relativement conséquent :

- pour les dossiers de moins de 5 ans : 23 demandes en 2017, 66 en 2018, 36 en 2019 (à la date de la visite).

- pour les dossiers de plus de 5 ans : 10 demandes en 2016, 10 en 2018, 8 en 2019 (à la date de la visite).

Au vu du tableau de suivi présenté aux experts-visiteurs, on constate que les délais réglementaires ont tous été respectés vieux de plus de 5 ans.

En revanche pour les dossiers de moins de 5 ans le délai réglementaire n'a pas respecté par rapport à 8 demandes en 2017, 18 en 2018 et 8 en 2019 pour des motifs diversifiés dont la professionnelle chargée du suivi fait mention à chaque fois.

Les modalités de communication du dossier aux correspondants externes ne sont pas toutes conformes en matière de délai. Depuis une Loi de janvier 2017 deux dispositifs concourent à l'information des correspondants externes lors de la sortie du patient ; la lettre de liaison à expédier et remettre le jour de la sortie et le courrier de fin d'hospitalisation avec compte-rendu de celle-ci à adresser dans les 8 jours qui suivent la sortie.

Dans le cadre de la campagne IPAQSS sur dossiers 2015, l'indicateur sur la production des CRH était affiché en classe C.

L'établissement de santé a concentré son attention sur le délai d'envoi de la lettre de liaison. Dans le cadre d'un audit dossiers réalisé en février mars 2019, il a été constaté que la lettre n'était mise en place que dans une unité générant un taux de conformité de seulement 18 %. Le PAQSS 2019 prévoit une action visant à progresser par rapport à la mise en œuvre de cet outil nécessaire à la continuité de la prise en charge avec les correspondants externes. La démarche repose sur la production informatisée de la lettre A la date de la visite la lettre informatisée est en place pour les 70 lits les plus actifs de la capacité autorisées.

Un CRH est établi le jour de la sortie pour les longs séjours.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de son processus sur la base d'outils identifiés.

Comme on l'a vu, l'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients à l'aide d'un tableau de bord est réalisée ; il est fait mention des résultats dans les rapports annuels de la CDU et les demandes reçues sont présentées.

D'autres indicateurs permettent l'évaluation de la gestion du dossier patient :

- L'établissement a participé aux enquêtes IPAQSS ;

- Un audit selon les indicateurs IPAQSS a été réalisé sur 26 dossiers en mars avril 2019. Il a fait apparaître une bonne tenue du DIP sauf en ce qui concerne la lettre de liaison ;

- 16 analyses de type Patients traceurs ont été réalisées en interne ;

- Certaines démarches d'EPP donnent lieu à des audits de dossiers.

## A / AGIR

### 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 et en lien avec la CRU ; d'une façon plus générale les audits et évaluations débouchent sur des actions d'amélioration.

Le rôle du Comité de Pilotage à ce sujet s'exerce dans une volonté d'amélioration permanente.

Les évolutions globalement positives observées au cours des derniers mois qui ont connu une généralisation du dossier Patient informatisé en attestent.

Des communications sont réalisées :

- restitution des résultats lors de réunions et en CME.

- informations réalisées en CDU

- affichages divers.





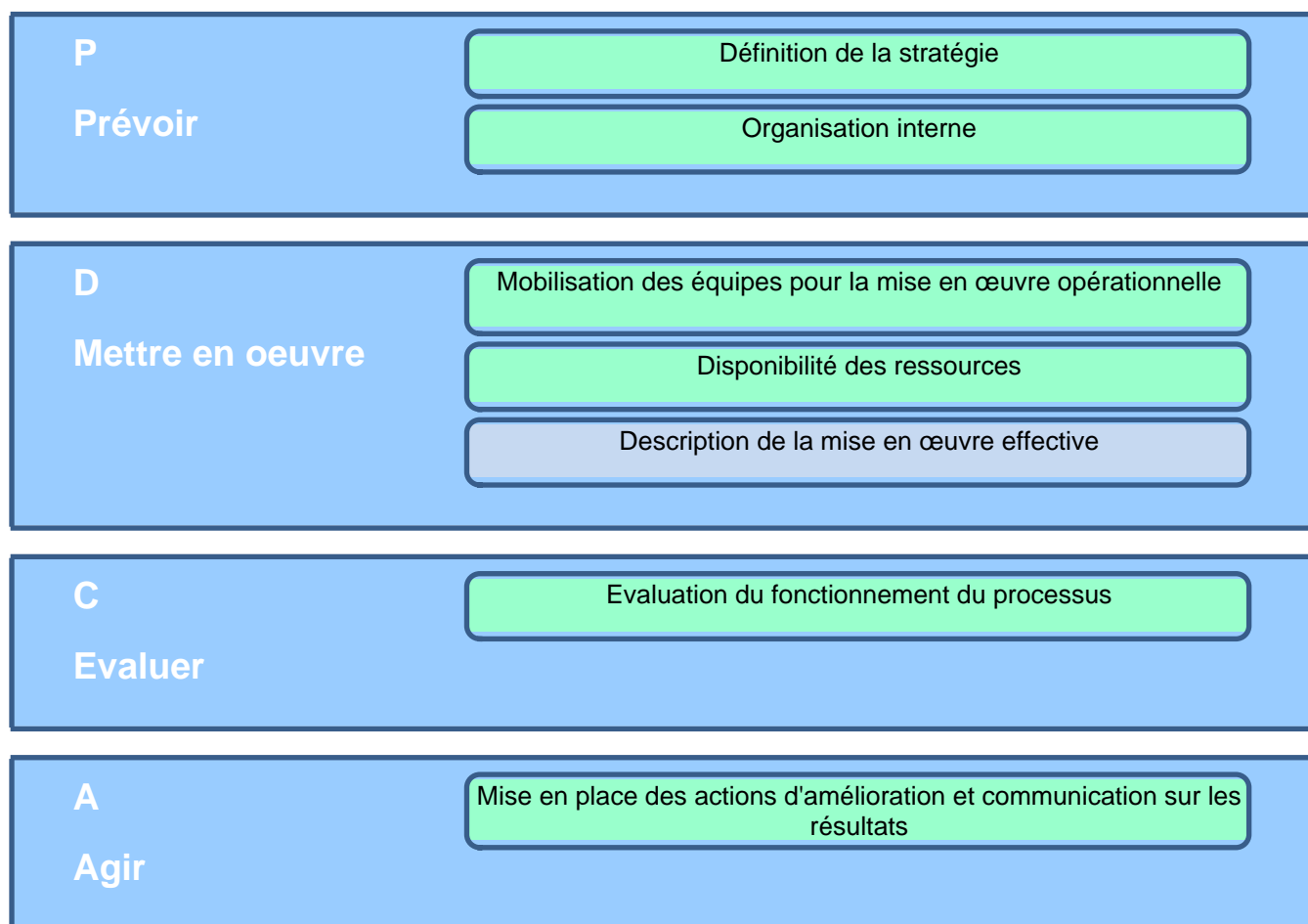
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement médical de La Teppe a formalisé sa politique qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse en 2010 et l'a mise à jour en 2015. Elle intègre des objectifs d'amélioration, une formalisation, par sous processus, pour chaque étape du circuit ainsi que les modalités d'organisation et de management de la prise en charge médicamenteuse.

A cette politique, est associé un guide spécifique, concernant les recommandations pour lutter contre les risques liés à la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé.

Ces documents sont complétés par un rapport annuel d'activité de la COMEDIMS où sont repris les objectifs de l'année écoulée et à venir, les évaluations réalisées, le suivi des indicateurs, la cartographie des risques.

L'établissement s'est engagé par la signature d'un CAQES avec l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, ce contrat est suivi.

L'identification des risques a été réalisée à partir des résultats de la précédente certification, du recueil d'indicateurs, d'audits, d'EPP, d'analyses des erreurs menées par un comité de retour sur expérience des erreurs médicamenteuses (CREXMED). L'identification des risques a été menée par un groupe constitué du Directeur Général, d'un pharmacien, du médecin responsable du management de la prise en charge médicamenteuse et du responsable qualité/risques. Les professionnels des services ont été associés en amont par leur participation aux EPP et aux analyses d'erreurs médicamenteuses.

7 risques ont été priorisés selon la méthodologie de la HAS et inscrits dans le compte qualité : risque iatrogénique chez le sujet âgé, défaut de traçabilité de l'administration, défaut de gestion du traitement personnel du patient...

Un programme annuel d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse (PECM) est établi. Il comporte des objectifs, des actions, des responsables, des échéances de réalisation, des indicateurs de suivi.

Ce PAQSS est suivi par la COMEDIMS, instance en charge de la thématique qui se réunit 4 fois par an. Puis le PAQSS est validé en COPIL et en CME.

Le compte-qualité est articulé avec le PAQSS.

**ORGANISATION INTERNE**

Le processus est piloté par le pharmacien gérant de la pharmacie à usage interne et par le médecin psychiatre désigné comme RSMQPCM. La fiche de mission du RSMQPCM a été mise à jour et validée par la CME en 2018. Dans les services de soins, les cadres sont responsables de la gestion du circuit du médicament. La liste des prescripteurs habilités est établie et mise à jour par le pharmacien.

Un médecin généraliste de l'établissement est référent pour les antibiotiques

Les ressources humaines et matérielles sont identifiées en adéquation avec la politique qualité et risques de la PECM qui est totalement informatisée, et intégrée au système d'information de l'établissement. Les activités sont coordonnées entre les services de soins et la pharmacie à usage interne notamment pour la transmission des alertes après l'analyse pharmaceutique.

Le transport des médicaments est assuré par les préparatrices et les infirmiers entre la PUI et les services selon des règles d'accès et de stockage définies. Les contenants sont identifiés et sécurisés.

La permanence pharmaceutique est organisée avec un recours à un établissement hospitalier de proximité ou la pharmacie de ville, pendant les heures et jours d'absence des pharmaciens. Des dotations pour besoins urgents sont établies dans chaque unité et une dotation complémentaire est disponible au sein de l'unité d'observation neurologique.

Les ressources humaines de la PUI ont permis d'organiser la dispensation nominative globalisée pour une semaine dans toutes les unités de l'établissement. La conciliation médicamenteuse est également mise en œuvre au sein de La clinique psychiatrique La Cerisaie.

Le plan de formation de l'établissement comporte quelques actions en lien avec la PECM : formations sur la clinique et les traitements de l'épilepsie et formations en lien avec la gestion de la PECM dans dossier patient informatisé.

Le responsable qualité intervient dans les services pour accompagner l'analyse des erreurs médicamenteuse a posteriori et rappelle l'importance du signalement des erreurs.

Cependant, les personnels sont peu sensibilisés au risque d'erreurs médicamenteuses. Le plan de formation ne comporte pas d'axes formalisés pour la sensibilisation ou la formation au risque d'erreurs médicamenteuses.

La gestion documentaire associée à la PECM est importante et concerne la majeure partie du circuit du médicament, de la prescription à l'administration, avec des fiches de bon usage, des outils d'aide à la prescription, des règles de stockage, les modalités d'approvisionnement en dehors des heures d'ouverture de la PUI... Elle est intégrée au portail intranet de l'établissement accessibles à tous les

professionnels.  
Toutefois, certains documents n'ont pas été actualisés et ne correspondent plus aux pratiques ou organisations actuelles de l'établissement. La dernière version de la politique qualité et sécurité de la PECM date de 2015 et ne fait pas référence au taux de déploiement actuel de l'informatisation. Le document « Bonnes pratiques de dispensation » validé en 2010 ne fait pas référence à la dispensation nominative telle qu'elle est déployée aujourd'hui et aucun document ne notifie une consigne de non dérangement lors de l'administration.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la PECM est décliné dans les services en fonction de leur activité et de leurs résultats. Les erreurs médicamenteuses sont déclarées et analysées par les professionnels concernés et avec le responsable qualité. Puis elles sont revues en CREXMED, revue mensuelle des erreurs. Les professionnels ont participé aux patients traceurs, à l'EPP Autonomie de traitement pour les services du CLE, et pour la Cerisaie à l'audit sur le risque iatrogénique chez le sujet âgé. Les cadres informent leurs équipes des objectifs d'amélioration lors des réunions de service. Les professionnels rencontrés lors des visites de terrain ont confirmé que les risques identifiés et priorisés dans le compte qualité étaient cohérents avec leurs pratiques et constats. Ils sont sensibilisés à la déclaration des erreurs médicamenteuses sans avoir bénéficié de formation particulière sur ce risque. Des infirmières de l'UON sont référentes pour le suivi de l'armoire déportée et le sac d'urgence.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La gestion documentaire concernant la PECM est connue et utilisée. Des professionnels rencontrés sur l'unité L. de Larnage ont participé à l'élaboration des procédures concernant l'autonomie de traitement pour les patients épileptiques.

Les locaux et équipements de la PUI sont conformes et sécurisés. L'accueil des personnels hors PUI est limité à un espace défini assurant la sécurisation de la dispensation. Les dispositifs bio-médicaux le nécessitant sont vérifiés et étalonnés à périodicité définie. Un pharmacien est formé a fait une formation spécifique sur le bon usage des antibiotiques et des échanges d'informations sont en place entre l'établissement et l'OMEDIT régional.

Les locaux et équipements des unités de soins, pour le circuit du médicament, sont conformes et sécurisés dans leur grande majorité.

Cependant, au sein de l'Unité d'Observation Neurologique, dans la chambre d'urgence comprenant 2 lits, les bonnes pratiques de stockage ne sont pas appliquées : les conditions de stockage d'une partie des dispositifs médicaux ne garantissent pas la sécurité. Cette chambre est destinée à accueillir, pour des courtes durée (< 12h), des patients nécessitant une surveillance plus importante. Elle est décrite par les médecins comme l'équivalent d'un « box » en service d'urgence. L'armoire « déportée » contenant le stock disponible en dehors des heures d'ouverture de la PUI se trouve dans cette chambre. Elle est verrouillée. Des dispositifs médicaux sont également dans cette chambre dans des tiroirs fermés. Mais il a été constaté, la présence d'un autre chariot, restant ouvert, qui contient d'autres dispositifs médicaux (seringues, aiguilles...) ainsi que des conteneurs à DASRI en cours d'utilisation.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les bonnes pratiques appliquées garantissent la continuité du traitement médicamenteux de l'admission à la sortie du patient. Ce constat a été confirmé par les patients traceurs réalisés.

Le traitement personnel du patient est pris en compte et géré selon la procédure définie. La conciliation médicamenteuse est engagée sur l'unité psychiatrique. Les infirmières participent à cette conciliation en lien avec le pharmacien. Des informations sur la gestion du traitement personnel figurent dans le livret d'accueil des patients.

Les prescriptions sont faites à l'admission des patients et revues au minimum chaque semaine à l'UON et la Cerisaie et à chaque réévaluation du projet du patient pour les unités de longs séjours du CLE.

Les pharmaciens réalisent l'analyse pharmaceutique niveau 1 ou 2, chaque matin, avec une analyse prioritaire des prescriptions de médicaments à risque. Des substitutions sont proposées notamment pour des produits bio similaires. Les modalités de communication pharmaciens-médecins sont opérationnelles.

La dispensation nominative globalisée hebdomadaire est en place pour tous les services et préparée par les préparatrices. Les modifications de traitement sont prises en compte par la pharmacie via le dossier patient informatisé 2/jour et la dispensation est alors complétée. Cette dispensation nominative est complétée par une dispensation globale par unité selon des dotations définies et validé par les médecins et cadres des unités 2/an. Les règles de stockage sont respectées pour le transport, les contenants utilisés et leur entretien, le contrôle et la traçabilité des températures des réfrigérateurs, le contrôle et la gestion des péremptions. Les pharmacies des unités de soins sont visitées annuellement par les pharmaciens et préparatrices.

Il existe des sacs de sortie pour les patients épileptiques dont les contenus et modalités d'utilisation sont définies. La préparation des piluliers par patient, pour 24h, est faite par les infirmiers ou par les patients du CLE pour lesquels une autonomie de traitement a été prescrite. La double vérification est réalisée. Les médicaments buvables sont préparés extemporanément au plus près de la prise. L'administration est réalisée en salle à manger. L'accès au DPI pendant l'administration permet une vérification de l'identité du patient à partir d'une photo du patient intégrée au dossier. A l'UON des bracelets d'identification peuvent compléter le dispositif d'identité vigilance pour des patients désorientés et ne pouvant confirmer leur identité. La validation de l'administration est faite en temps réel patient par patient et médicament par médicament. Des protocoles sont établis pour l'administration de paracétamol par les infirmiers ou en cas de crises sérielles. L'information individuelle des patients sur leur traitement est majoritairement réalisée par les médecins en colloque singulier. Cette information est complétée par l'éducation thérapeutique sur la gestion de la maladie épileptique, des informations dans le livret d'accueil, dans les carnets de suivi de crise ou quelques autres supports sur des spécialités pharmaceutiques en psychiatrie. En cas de dysfonctionnement informatique les procédures d'utilisation en mode dégradé permettent l'accès aux prescriptions.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation est structuré et mobilisé régulièrement Ceci via l'analyse des erreurs médicamenteuses, le CREXMED, le maintien du suivi des indicateurs IQSS (conformités des prescriptions en cours de séjour et à la sortie), le suivi des indicateurs du CAQES, l'EPP sur l'autonomie de gestion de traitement des patients épileptiques, les audits sur la gestion du traitement personnel, des antibiothérapies en cas d'infections urinaires... Des patients traceurs ont été réalisés dans tous les services sur le 1er semestre 2019. Les pilotes de la thématique organisent l'évaluation avec le responsable qualité /risques et la COMEDIMS.

## A / AGIR

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

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse est intégré au PAQSS institutionnel et figure dans le rapport d'activité annuel de la COMEDIMS. L'avancement des actions est suivi par les Pilotes et le Responsable qualité/risques. Sur les 35 actions prévues en 2019, plus de 80% sont en cours ou réalisées au moment de la visite. Des indicateurs montrent l'efficacité des actions d'amélioration :

- Pour les indicateurs suivis dans le cadre du CAQES : taux de prescriptions informatisées, déploiement de la dispensation nominative, utilisation des bio similaires...
- Pour la conformité des prescriptions en cours de séjour et à la sortie ou la prise en compte de la iatrogénie chez le sujet âgé.

D'autres actions d'améliorations sont définies et en cours de mises en œuvre après des évaluations plus récentes : audits de la traçabilité sur les dossiers, réévaluation à 48/72H des antibiothérapies ( mise à disposition d'un outil dans le DPI), audit des pratiques de stockage réalisée en septembre 2019. Les réunions des CREXMED et les différentes évaluations menées ( audits, patients traceurs...) font l'objet de comptes rendus, avec les plans d'actions d'amélioration. Les résultats sont communiqués en CME et dans les services concernés.