



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE DE SANTE MENTALE
MGEN**

116 rue malbec
33800 Bordeaux
JUILLET 2020

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	16
PARCOURS DU PATIENT	21
DOSSIER PATIENT	27
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	32
ANNEXE	38

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE DE SANTE MENTALE MGEN	
Adresse	116 rue malbec 33800 Bordeaux
Département / région	GIRONDE / NOUVELLE-AQUITAINE
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	750005068	MGEN ACTION SANITAIRE ET SOCIALE	3 square max hymans 75015 PARIS 15
Etablissement de santé	330783960	CENTRE DE SANTE MENTALE MGEN	116 rue malbec 33800 Bordeaux

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	50

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	GCS Rives de Garonne. Piloté par le CH de CADILLAC avec plus de 35 membres de différentes origines (secteur sanitaire public, secteur sanitaire privé, Médico-social, collège des usagers et collège des professionnels libéraux). GCS Bordeaux-Arcachon-Médoc. Piloté par le CH de PERRENS avec plus de 30 membres de différentes origines (secteur sanitaire public, secteur sanitaire privé et Médico-social). Convention Espace Santé Etudiants avec l'Université, l'ARS, le CHU, le CROUS et l'association Rénovation. Conventions avec 3 associations (Montalier, Rénovation et la SHMA) Convention CH de CADILLAC Convention SHMA

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Structure de prévention pour jeunes adultes (18/25 ans) en novembre 2015.

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
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	Hôpital de jour	Trouble anxieux généralisé	Programmé	Simple	Santé mentale
2	Personne âgée	Hôpital de jour	Trouble dépressif majeur récurrent	Programmé	Complexe	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

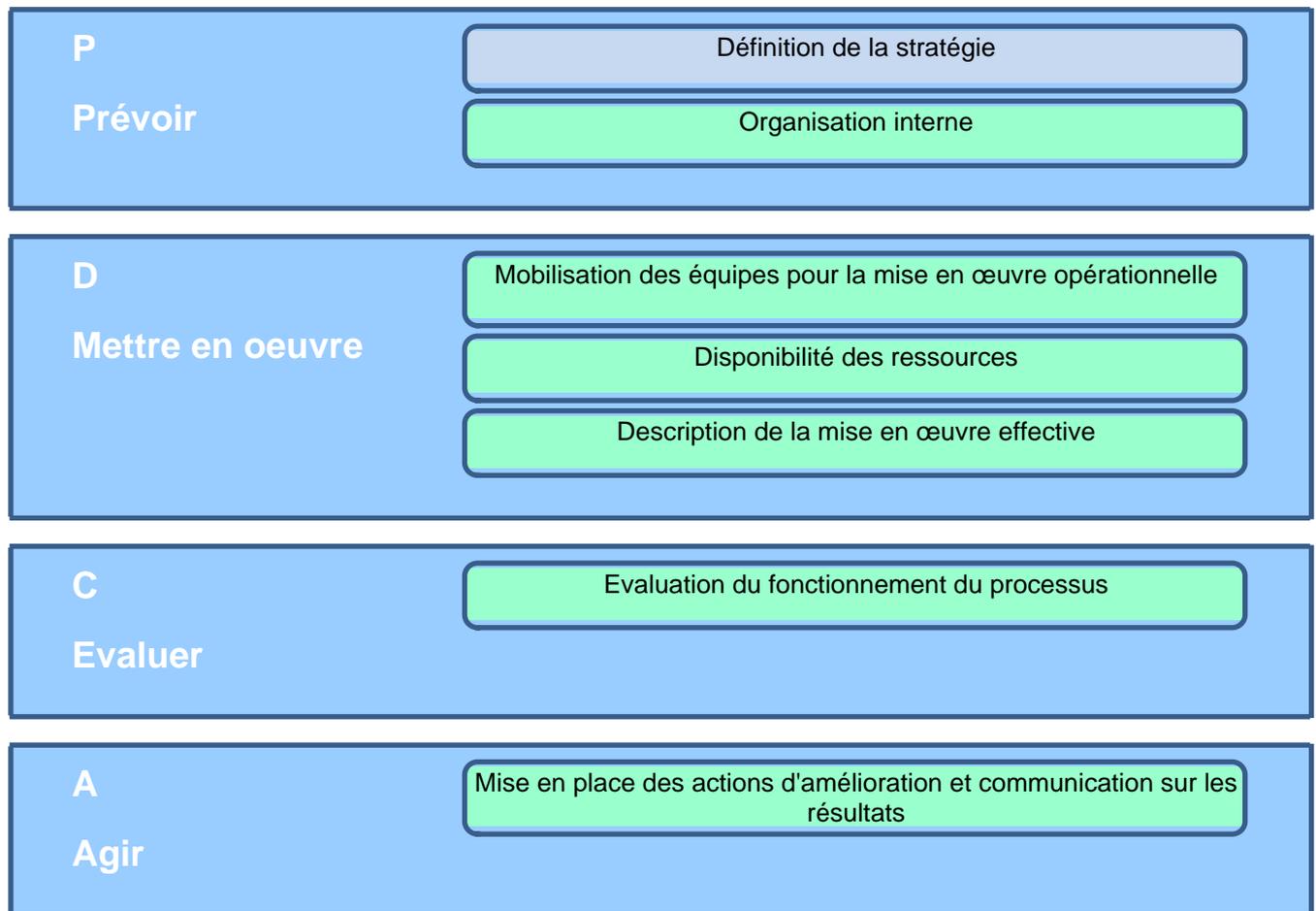
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement de santé mentale est un hôpital de jour qui fait partie du groupe MGEN. Il est situé en ville, il est ouvert de 9h à 17h du lundi à vendredi avec une capacité de 62 places.

L'établissement a formalisé une stratégie et des objectifs définissant la politique d'amélioration de la qualité-gestion des risques et sécurité des soins qui est intégrée au projet d'établissement 2018-2022. La politique définie est en cohérence avec le CPOM (les attendus régionaux), les exigences du manuel de certification, les orientations du groupe MGEN, et les évaluations internes et externes.

Celle-ci se décline en 9 axes qui balaisent les différents processus de prise en charge, de sécurité et de l'évaluation des pratiques. On retrouve les obligations légales et règlementaires (hygiène, identitovigilance, continuité de la prise en charge du patient...), les vigilances, ainsi que la recherche de pérennisation de la culture sécurité. La stratégie d'évaluation et d'amélioration des pratiques (EPP) fait l'objet d'un chapitre dans le projet d'établissement.

Cette politique a été validée par la Commission Médicale d'Etablissement (CME) le 11/12/2017 et présenté aux instances concernées.

L'établissement a procédé à l'identification des risques à partir d'une analyse des processus. Les cartographies qui en découlent sont reportées sur le compte qualité dans leur intégrité. La priorisation des risques a été faite à partir d'une interprétation de la méthodologie HAS. Pour chaque risque des actions d'amélioration sont définies et reportées dans le Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) institutionnel ainsi que dans le Compte Qualité pour partie. Une méthodologie de priorisation des actions propre à l'établissement a été travaillée par l'établissement lors de la visite. Pour chaque action sont définis les pilotes, des échéances, et des indicateurs de suivi.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus d'amélioration de la qualité. Le pilotage stratégique est porté par la Commission Médicale d'Etablissement (CME), en lien avec le Comité Qualité (COQUA). La Cellule de gestion des risques et de la vigilance (CGRV) met en œuvre les orientations stratégiques, en s'appuyant sur les différentes instances et groupes de travail en place (Equipe Opérationnelle d'Hygiène-EOH, Comité de Lutte contre la Douleur-CLUD, COPIL EPP, Comité des Médicaments et Dispositifs Médicaux Stériles-COMEDIMS, des réunions qualité). Les règles de fonctionnement des comités sont formalisées dans des fiches de missions et un calendrier de réunion est défini à l'avance et communiqué tous les mois. L'organigramme des instances et le schéma de pilotage définissent les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les différentes instances.

Le coordonnateur des risques associés aux soins (un médecin psychiatre), une référente qualité, une responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, des pilotes de processus et des IDE référents (douleur, risque infectieux, médicament...) viennent compléter l'organigramme du management de la qualité et gestion des risques. Les missions sont formalisées pour les pilotes dans une lettre de mission générique. Ceux-ci ont bénéficié d'un accompagnement méthodologique et d'une aide logistique de la part de la responsable qualité, elle-même sensibilisée au métier d'assistante qualité en 2014.

L'actuelle Commission des Usagers (CDU) est présidée par un RU.

Les plans annuels de formation proposent des actions de formation portant sur des thématiques en lien avec la pertinence et qualité de la prise en charge des patients. D'autres actions de sensibilisation à la gestion des risques, au circuit du médicament sont également organisées.

Le système de signalement des événements indésirables (EI ou/et EI Graves), ainsi que leur traitement et les modalités d'analyse (CREX), la gestion de crise, des alertes sanitaires, des vigilances, le Plan de Sécurisation des Etablissements, sont structurés et formalisés dans des procédures (procédure gestion des EI complétée pendant la visite).

L'établissement a mis en place une stratégie de gestion documentaire, qui permet de rendre visible les ressources documentaires telles que les procédures et protocoles, les compte rendus, à tout professionnel. La procédure des procédures définit les règles de la structuration de la gestion des documents, et une procédure dégradée prévoit la conduite à tenir en cas de panne de l'ordinateur. Cependant, le système de mise à jour des documents n'est pas totalement opérationnel. En HDJ, un certain nombre de documents affichés ne sont ni datés, ni référencés, comme par exemple les mementos faisant le point sur la démarche de certification et des EPP, la fiche expliquant les processus de signalement d'un EI, ou encore la fiche de mission des pilotes mise à notre disposition.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La taille de l'établissement permet des transmissions d'informations, informelles, entre les différents professionnels facilitantes pour l'avancée des démarches qualité. Elles sont mises en œuvre et animées par les professionnels qui participent à des commissions, à la définition et suivi d'un processus, à des évaluations et EPP ainsi qu'à la rédaction de protocoles. Elles reposent sur l'accompagnement des responsables de processus et la référente qualité qui organisent la déclinaison et s'assurent du respect des bonnes pratiques de la part des différents professionnels.

Tout professionnel est impliqué dans des missions qualité transversales, soit parce qu'il est référent dans une thématique, soit en participant aux différentes réunions.

La réunion mensuelle Communication-Qualité, réunissant tous les professionnels, permet de partager l'avancement de la démarche qualité, l'activité de l'établissement, des points RH.... De même, un point qualité est fait lors de chaque CME et au cours de staffs cliniques si pertinent.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation clinique), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles pour les professionnels.

L'établissement est adhérent au Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA).

La CGVR et la référente qualité assurent une centralisation des informations et un accompagnement méthodologique et logistique si besoin avec l'appui de la coordinatrice des risques associés aux soins. La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée. La quotité de temps dédié pour assurer la fonction est a été estimée à 10% par la CME et la direction générale.

Les pilotes ont bénéficié d'un accompagnement méthodologique de la part de la référente qualité, sur l'identification des risques et la définition d'actions d'amélioration. Le compte qualité enregistré dans SARA a été renseigné par la référente qualité, en accord avec les pilotes, pendant la préparation de la démarche de certification. Pendant la visite, il a été actualisé par la direction, en s'appuyant sur un PAQSS actualisé, afin de coordonner les informations contenues sur les deux supports (PAQSS et compte qualité).

Un dispositif de gestion documentaire est en place. Les documents nécessaires à l'organisation de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et à la prise en charge spécifique du patient sont actualisés autant que nécessaire, formalisés, et mis à disposition de l'ensemble des professionnels sur l'intranet. Les créations de ces documents sont participatives. Les procédures sont actualisées à minima tous les 2 ans, suivant la procédure des procédures de l'établissement. Le personnel est informé de l'actualisation ou l'enregistrement de procédures au cours des instances et notamment de la réunion Communication Qualité.

Des ordinateurs sont à disposition des professionnels dans les bureaux et poste des de soins pour le dossier patient informatisé et la consultation des documents.

Il n'y a pas de formation spécifique qualité et gestion des risques ou PEC médicamenteuses dans les plans institutionnels de 2017, 2018 et 2019 qui sont plus orientés vers de la formation clinique. Des sensibilisations à la qualité et gestion des risques sont faites lors des réunions Communication Qualité, à travers les différents thèmes abordés comme par exemple les résultats d'audits, les protocoles validés, les missions des pilotes. Des professionnels participent aux journées OMEDIT, CPIAS, CNEH. Pour plus de visibilité, ces formations ont été intégrées au bilan annuel de formation au cours de la visite.

La pharmacienne et une IDE ont été formées à la méthode d'analyse des causes profondes des événements indésirables en 2014.

L'accueil des nouveaux embauchés est organisé et reste à formaliser.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les plans d'action sont déclinés par les responsables de processus, avec l'aide des IDE référents.

Les professionnels participent aux EPP : 9 EPP font l'objet de suivi d'indicateurs, et 2 sont en cours (Prise en compte et gestion des absences des patients, lettre de liaison). Les EPP sont suivies par le COPIL EPP et des points réguliers sont fait en CME.

Des audits ou enquêtes (enquête de satisfaction auprès des patients) sont planifiés en début d'année, suite aux bilans.

La coordination des dispositifs de vigilance et de veille sanitaire avec la gestion globale de la qualité et des risques est connue des services et mise en œuvre autant que besoin. La conduite à tenir en cas de situation de crise est formalisée (plan canicule, EIG, cellule de crise, local climatisé). En 2019, l'établissement a fait un l'exercice de réunir la cellule de crise.

Le dispositif de gestion des événements indésirables est connu et utilisé par les professionnels. Un mémento, affiché dans les locaux réservés au personnel synthétise l'organisation et la procédure, finalisée au cours de la visite, formalise le circuit de signalement des EI, elle est à valider et diffuser au personnel. Le signalement d'un événement indésirable se fait via un formulaire papier adressé à la référente qualité qui le fait suivre à la personne concernée en fonction du type de signalement. Une fois le signalement traité, une réponse systématique est faite au déclarant via la FEI. Toutes les FEI sont lues et parfois traitées par la COQUA qui se réunit au moins tous les 15 jours. Certaines FEI sont faites après discussion entre professionnels lors des staffs, et le contenu des FEI est régulièrement présenté instance. L'établissement comptabilise 22 FEI en 2017, 15 en 2018 et 19 en 2019. Les modalités de signalement et de traitement des EIG sont formalisés dans une procédure (juin 2018). L'établissement organise au moins 2 CREX par an, dont un consacré à un EI lié au circuit du médicament. Une analyse des causes profondes sera menée, avec l'aide personnes concernées et un retour est fait en CME et en réunion Communication Qualité. L'établissement a élaboré une charte de non punition pour inciter à la déclaration.

Les modalités de gestion des plaintes ne font pas l'objet d'une procédure, mais elles sont précisées dans le règlement intérieur de la Commission des Usagers (CDU). L'établissement n'a pas eu de plainte ni de réclamation ces trois dernières années. Le patient est informé de ses droits et de l'existence d'une CDU par le livret d'accueil qui lui est remis, et il est informé par le personnel si besoin.

Les Représentants des Usagers (RU) participent à certains projets (réflexion autour de la structuration de l'HDJ, bientraitance et prévention de la maltraitance...) et ont pour objectif d'être plus visibles pour les patients et soignants de l'HDJ.

Le recueil de la satisfaction des usagers est organisé annuellement afin de recueillir les avis de tous les patients. Un questionnaire de satisfaction est envoyé à tous les patients de la file active, avec enveloppe timbrée pour le retour (taux de retour de 57% en 2018.). Les résultats leur sont présentés et commentés lors d'un événement institutionnel. Les patients peuvent par ailleurs, exprimer leur insatisfaction en remplissant le questionnaire de sortie ou via des coupons de suggestion mis à leur disposition. Les résultats sont également présentés aux différentes instances, notamment à la CDU.

La communication des avancées des différents projets est favorisée : points en réunion Communication Qualité, diffusion des comptes rendus de réunions par mail, réunion du personnel... Toutes les informations issues des instances, groupes de travail, sont disponibles dans la ressource documentaire interne.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation régulière du processus est réalisée. L'établissement suit l'avancée des différents projets de manière régulière à partir d'un tableau d'indicateurs management qualité et gestion des risques actualisé depuis 2014. Des évaluations régulières des processus sont effectuées, à partir de ces d'indicateurs pour lesquels des seuils d'alerte sont fixés. L'établissement suit le nombre d'EI, le nombre d'action issues du CREX, le taux de réalisation des actions inscrites au PAQSS, le nombre de professionnels sensibilisés à la GRS (3 en 2017, 18 en 2018, 2 en 2019), le taux de satisfaction...

En février 2019 a été présenté en CGRV le bilan qualité et gestion des risques, ainsi que le bilan de la coordinatrice des risques associés aux soins. Sont intégrés dans ce bilan global les bilans CDU, EOH, CLUD et COMEDIMS, qui font aussi l'objet d'une présentation en CME.

A / AGIR

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

Les bilans réalisés permettent de mesurer l'avancement de la mise en œuvre des actions d'amélioration dont les modalités de suivi sont systématiquement décrites.

Suite aux différents bilans, audits et enquêtes, les actions du PAQSS sont réajustées, reportées ou annulées, autant que de besoin. La pertinence des indicateurs est discutée en équipe, comme par exemple pour le dossier patient où le taux de conformité est de 100% pour un certain nombre d'indicateurs, depuis 3 ans, ainsi que la méthodologie de recueil.

Le PAQSS et le tableau de bord des EPP sont actualisés et, comme pour les bilans, mis à disposition des équipes et communiqués régulièrement en instance et en réunion communication qualité.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Le système de mise à jour des documents n'est pas totalement opérationnel En HDJ, un certain nombre de documents affichés ne sont ni datés, ni référencés, comme par exemple les mementos faisant le point sur la démarche de certification et des EPP, la fiche expliquant les processus de signalement d'un EI, ou encore la fiche de mission des pilotes mise à notre disposition.	5c
D / Disponibilité des ressources	PS	Le plan de formation de l'établissement n'est pas totalement exhaustif. Il n'y a pas de formation spécifique qualité et gestion des risques ou PEC médicamenteuses dans les plans institutionnels de 2017, 2018 et 2019 qui sont plus orientés vers de la formation clinique. Des sensibilisations à la qualité et gestion des risques sont faites lors des réunions Communication Qualité, à travers les différents thèmes abordés comme par exemple les résultats d'audits, les protocoles validés, les missions des pilotes. Des professionnels participent aux journées OMEDIT, CPIAS, CNEH. Pour plus de visibilité, ces formations ont été intégrées au bilan annuel de formation au cours de la visite.	1e

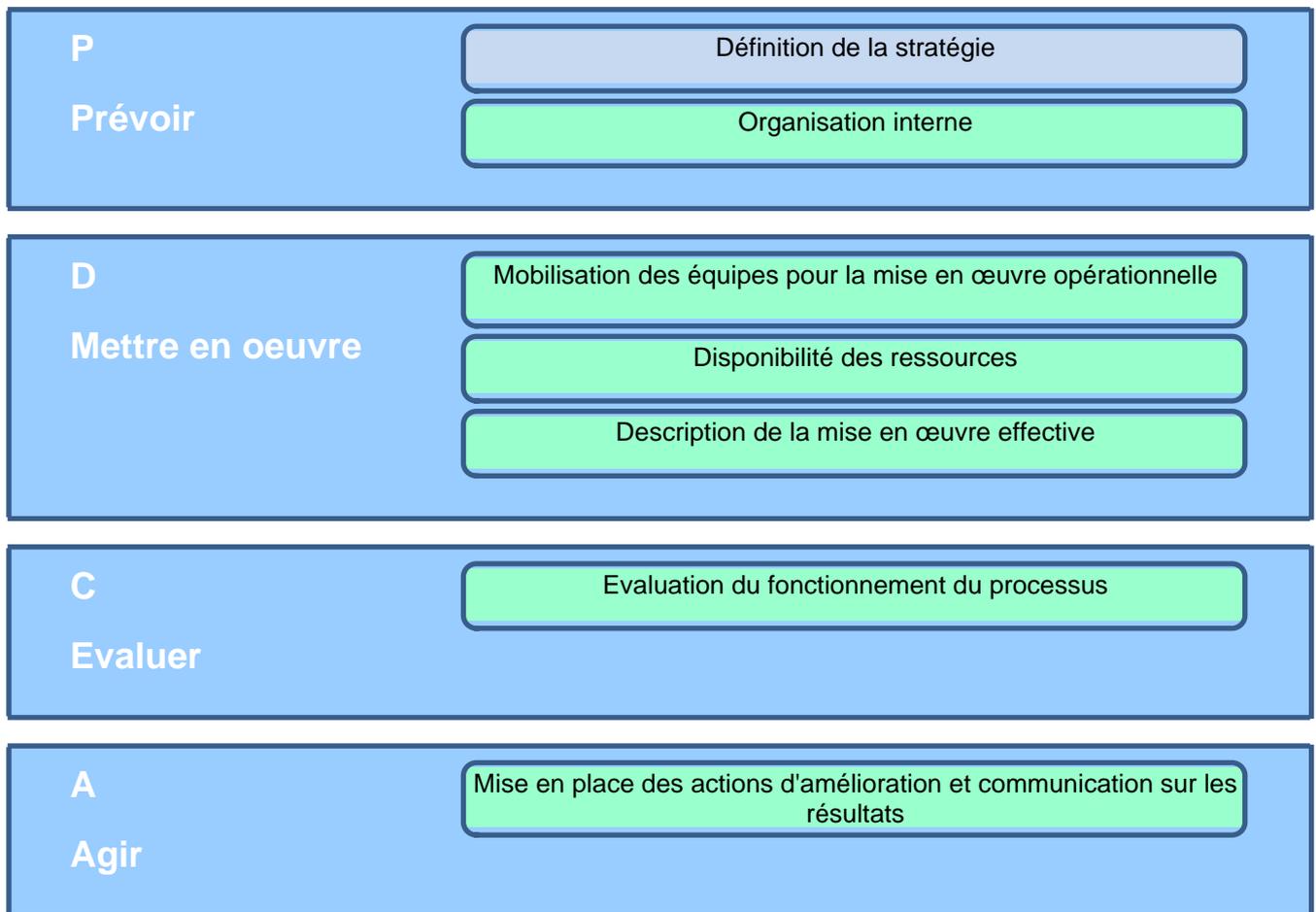
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre de santé mentale a inscrit dans son projet d'établissement 2018-2022 le respect des droits des patients sous différents axes :

- la réflexion éthique mise au service des droits des patients, la politique des droits des patients.
- L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, la promotion des droits est abordée.
- La mise en œuvre de la démocratie sanitaire dont l'engagement de l'institution pour le respect des droits des patients (dignité, intimité, promotion de la bientraitance...).

La recherche du consentement du patient est réalisée dans le cadre de sa prise en charge. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées. La CDU est informée de cette politique.

Les pilotes ont élaboré une cartographie des risques à priori et à posteriori (FEI, résultats enquêtes et évaluations) permettant l'identification de 16 risques. Ces derniers ont été priorisés selon la méthode HAS, et validé par la cellule de gestion des risques et des vigilances et risques associés aux soins (CGRV) et CME. Les risques sont inscrits dans le PAQSS et articulés avec le compte qualité. Des axes d'amélioration sont identifiés et traités par les pilotes de la thématique « Droits des patients » associés à des professionnels, identifiés dans le CQ. Une date d'échéance et des modalités de suivi sont définis pour chaque action à mener.

La stratégie de l'établissement est communiquée aux professionnels lors des instances CME, CDU et des réunions communication qualité. Le PAQSS est suivi par la référente qualité, et revu en COQUA.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a identifié un groupe pilote du processus "Droits des patients", composé d'un médecin psychiatre, d'une IDE et d'une assistante sociale nommé par le comité de direction. Une fiche mission formalise les rôles, le champ d'action et précise les activités principales.

Des réunions de travail relatives au processus « Droits des patients » ont été organisées avec les professionnels du CSM.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles, documentaires nécessaires à l'atteinte de ses objectifs.

En 2018, l'établissement a mis en œuvre des actions de formation auprès des professionnels (éthique/bientraitance, douleur, annonce d'un dommage lié au soin).

Chaque nouvel embauché reçoit un livret d'accueil dans lequel est retrouvé la présentation et le fonctionnement de la CDU et les obligations notamment la confidentialité et la bientraitance.

Un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche structurée en cas d'annonce de dommage lié aux soins est organisé, rédigé et mis à la disposition des professionnels. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont diffusées. Les fiches d'événements indésirables disponibles sur intranet (document à imprimer) peuvent être utilisées en cas de signalement. Une charte "Bientraitance" est rédigée et insérée dans le livret d'accueil du patient.

Les informations sur les droits des patients et sur les missions de la CDU sont données au patient à son admission par le livret d'accueil et un accueil personnalisé par les professionnels. La charte du patient hospitalisé est affichée dans le CSM. Chaque professionnel a accès à un poste informatisé où il peut retrouver les besoins en ressources documentaires. Des procédures et protocoles sont formalisés et intégrés dans la gestion documentaire informatisée. La gestion des données et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cellule de gestion des risques et des vigilances et risques associés aux soins (CGRV) appuyée par le comité qualité (COQUA) élabore le PAQSS et en assure le suivi. La priorisation des actions est validée en CME. La responsable qualité avec le groupe pilote coordonne le déploiement opérationnel. Les professionnels sont informés de l'identification des risques relatifs aux droits des patients et des plans d'actions à mettre en œuvre. Les membres de la CDU sont informés de la mise en place du PAQSS "Droits des patients" et de son suivi.

Les représentantes des usagers ont expliqué leur participation active dans la CDU et leur la connaissance de l'ensemble des informations.

Des actions visant à la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont initiées. Des transmissions orales entre soignants ont lieu dans la salle de soins. Des FEI sont utilisées en cas d'acte de maltraitance interne et externe à l'établissement, ces fiches sont connues et utilisées par les professionnels (1 fois).

Les professionnels ont su expliquer l'utilisation des FEI et du signalement en cas de conduites maltraitantes. La responsable qualité met en place des actions d'évaluation : enquête de satisfaction de la restauration, questionnaire de sortie, Les résultats de ces évaluations sont présentés aux professionnels lors des instances et des rencontres avec les soignants. Les résultats des évaluations sont accessibles informatiquement, chaque professionnels possède une adresse mail. Les plaintes et réclamations écrites et orales sont organisées (0 en 2018). L'établissement favorise les moyens de prévention en réalisant des groupes de paroles, des entretiens infirmiers, des entretiens avec les médecins psychiatres,

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont présentes sur le centre (Psychiatre, psychologue, IDE, ...).

La documentation est accessible informatiquement à tous sur le CSM. Les nouveaux arrivants bénéficient d'un "Livret d'accueil du salarié". Il comprend : la présentation du groupe MGEN et du CSM, l'organisation du travail, le règlement intérieur de la structure, les instances représentatives, les obligations du salarié, l'organigramme, rappel des droits du patient, secret professionnel.... Ces derniers sont tutorés pendant une période définie par le professionnel métier. Ils bénéficient de formations, l'utilisation du logiciel, les déclarations FEI et de la gestion documentaire au sein du CSM.

Les professionnels bénéficient de formations sur les droits des patients en psychiatrie, les pathologies psychiatriques, la prise en charge de la douleur, sécurisation du circuit du médicament...

En termes de documentation, les supports sont informatisés. Des procédures et autres supports relatifs aux droits des patients sont diffusés sur la gestion documentaire informatisée et sont connues des professionnels. Ils sont formalisés : "Annonce d'un dommage lié aux soins", « Procédure de signalement d'un acte de maltraitance", "Conduite à tenir à l'accueil et au standard de l'HDJ »... Des fiches missions (groupe alimentaire, COQUA, référent éthique, référent qualité...) sont rédigées et diffusées. En termes de matériel, le CSM dispose du matériel nécessaire et adapté au fonctionnement de la structure.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement a une capacité d'accueil de 62 places (file active d'environ 120 personnes). Les patients admis sur le CSM en HDJ sont en hospitalisation libre. Le respect de l'intimité, dignité et confidentialité des patients lors des entretiens individuels est assuré. Les rencontres avec les patients peuvent être selon les besoins individuelles et /ou groupales. Les locaux sont adaptés aux activités et permettent le respect de la confidentialité et de l'intimité des patients.

La prise en charge en HDJ prévoit les repas thérapeutiques, réalisés dans une salle en présence des soignants. Cette même salle accueille l'ensemble des professionnels, la taille de l'établissement favorise les rencontres avec les patients. L'organisation et les pratiques professionnelles assurent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient de son admission à sa sortie. Le CSM réserve un accueil personnalisé à chaque patient par une équipe pluri professionnelle (Infirmiers, psychiatre, assistante sociale, secrétaire, psychologue...). L'hospitalisation en HDJ est demandée par des professionnels libéraux ou par une institution. L'admission sera prononcée selon 2 modalités en fonction de l'urgence de sa prise en charge (Espace Accueil (2 mois d'intégration à la structure avant décision du patient de son hospitalisation) ou LIANE-procédure plus rapide). A l'arrivée du patient, le CSM recherche l'adhésion du patient et élabore conjointement un PSP. Une réflexion bénéfice/risque est faite et tracée (patient traceur). A son admission, le service d'accueil complète le dossier d'admission (carte identité scannée dans dossier), le livret d'accueil lui est remis et expliqué notamment le règlement intérieur. La personne de confiance est demandée et tracée dans le dossier (patient traceur). Les professionnels assurent le soutien de l'entourage dans les situations qui le nécessitent et dans le respect des droits des patients.

Les projets de prise en charge, l'organisation, la structure et les pratiques professionnelles assurent le respect des libertés individuelles. A son arrivée le patient est rencontré individuellement dans le cadre d'un entretien (évaluation initiale) avec chaque professionnel (psychiatre, IDE, psychologue, assistante sociale, pharmacien). Toutes ces rencontres sont tracées dans le dossier et permettent de faire une synthèse dans le cadre d'une réunion pluridisciplinaire et de proposer un PSP intégrant les activités les plus adaptées au patient. La recherche du consentement est tracée dans le dossier permettant ainsi de valider son hospitalisation. Dans le cas d'un refus de soins le patient n'intègre pas la structure, une autre orientation est proposée. Des rencontres régulières avec l'ensemble des soignants permettent le suivi du PSP (patient traceur). Une observation médicale est retrouvée dans le dossier (tous les 15 jours).

Des procédures sont rédigées et mises en œuvre sur l'ensemble de l'établissement. La gestion documentaire informatisée est connue et utilisée par les professionnels. Les professionnels savent expliquer le fonctionnement du logiciel dossier patient ainsi que l'utilisation de la gestion documentaire

informatisée.

Les instances de l'établissement sont opérationnelles et se réunissent régulièrement en respectant la législation en vigueur. La CDU se réunit quatre fois par an (2018). Le règlement intérieur est rédigé et la composition de la CDU est connue des professionnels, affiché dans les locaux et inscrit dans le livret d'accueil. Les comptes rendus de réunions sont rédigés et mis à la disposition des professionnels et des RU.

Les interfaces sont opérationnelles. Les professionnels connaissent l'organisation définie par l'établissement et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Une procédure « annonce en cas de dommage lié aux soins » a été rédigée, diffusée dans la GED et est connue des professionnels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en œuvre un dispositif d'évaluation relatif au respect des droits des patients et à leur satisfaction.

Ce dispositif repose sur un panel d'audits, d'enquêtes :

- l'exploitation des questionnaires de sortie (confidentialité, intimité, bienveillance...).
- l'évaluation de la prise en charge de la douleur

Des EPP sont également mises en place telle que « Prise en compte et gestion des absences des patients ».

Les FEI sont traitées et analysées par la référente Qualité et le COQUA. Les résultats sont présentés lors des instances.

L'ensemble des résultats des évaluations donnant lieu à la mise en œuvre d'actions d'amélioration est reporté dans le PAQSS.

Des indicateurs de suivi et de pertinence de soins sont mis en place :

- nombre de plaintes ou réclamations (0 en 2018)
- nombre de demande de dossier (0 en 2018)
- taux de participation des RU à la CDU
- taux de conformité remise livret d'accueil
- nombre de personnel ayant suivi des formations ou colloque incluant bienveillance et droits des patients (11 en 2018) ...

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration du processus "Droits des patients" au regard des résultats obtenus sont mises en œuvre. L'avancée du PAQSS (droits des patients) est assurée par les pilotes de la thématique soutenus par le COQUA, des bilans trimestriels sont transmis en réunion communication qualité auprès des professionnels.

Les résultats sont aussi présentés lors des instances (CDU, CME,...).

Un mémo annuel est édité et diffusé auprès de tous les personnels.

Les professionnels sont informés : lors des instances, par l'outil intranet, par affichage dans les services, par la gestion documentaire informatisée.

Les représentantes des usagers sont impliquées dans les différentes démarches de l'établissement et sont informées par mail et lors des CDU.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

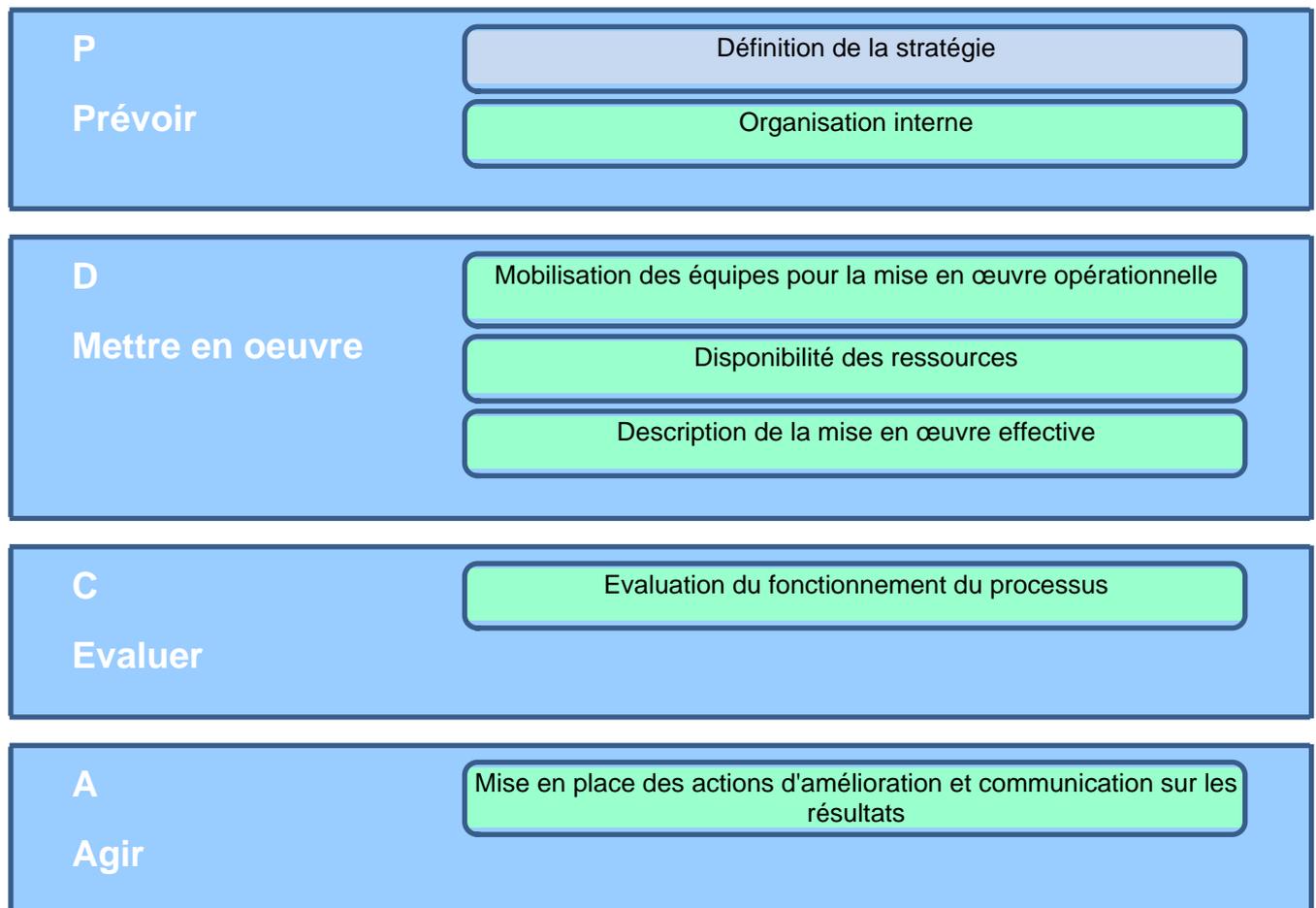
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre de santé mentale (HDJ) a formalisé sa politique et sa stratégie Parcours patient en s'appuyant sur les éléments d'investigations obligatoires de la HAS. Elle place le patient au centre des attentions et prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire.

Le projet d'établissement 2018-2022, approuvé par le CME, développe dans son projet médical le parcours patient (axe 2 « Faciliter le parcours de soins ») regroupant 4 objectifs :

- Réduire le délai d'admission,
- Maintenir et renforcer les liens avec la médecine de ville et hospitalière,
- Patient acteur de ses soins,
- Renforcer le travail avec partenaire d'aval.

Le CSM décrit l'organisation de l'établissement de la consultation médicale de pré-accueil à la sortie et identifie les ressources et les compétences nécessaires tel que les généralistes, les psychiatres libéraux. La stratégie repose sur la coordination des soins avec les médecins adresseurs, et aussi le suivi des soins, du traitement, de la mise en place d'un projet thérapeutique personnalisé, d'une éducation du patient jusqu'à la préparation de la sortie.

Les pilotes identifiés pour cette thématique ont élaboré une cartographie des risques à priori et à posteriori (FEI, résultats enquêtes et évaluations) permettant l'identification de 14 risques. Ces derniers ont été priorisés selon la méthode HAS, et proposé par le comité qualité (COQUA) et validés par la cellule de gestion des risques et des vigilances et risques associés aux soins (CGRV) et la CME. Les risques sont inscrits dans le PAQSS et articulés avec le compte qualité. Des axes d'amélioration sont identifiés et traités par les pilotes de la thématique « Parcours patients » associés à des professionnels, identifiés dans le CQ. Une date d'échéance et des modalités de suivi sont définis pour chaque action à mener.

La stratégie de l'établissement est communiquée aux professionnels lors des instances CME, CDU et des réunions communication qualité auprès des professionnels. Le PAQSS est suivi par la référente qualité, et revu en COQUA.

ORGANISATION INTERNE

Le CSM a défini une organisation interne pour piloter le processus « Parcours patient ». Un groupe pilote du processus « Parcours patients », composé d'un médecin psychiatre du CSM, d'une IDE et d'une secrétaire nommés par le comité de direction. Une fiche mission formalise les rôles, le champ d'action et précise les activités principales. Des réunions de travail relatives aux composantes du processus « Parcours Patients » ont été organisées avec les professionnels du CSM.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles, documentaires nécessaires à l'atteinte de ses objectifs. Elle repose sur le comité Qualité et la référente qualité. L'établissement a mis en place une organisation pour assurer les besoins en ressources humaines en termes d'effectifs et de compétences. L'ensemble des professionnels sont salariés du CSM (psychiatres, paramédicaux). Les praticiens travaillent en lien tout au long de la prise en charge avec les psychiatres et généralistes libéraux du patient. Des politiques relatives aux prises en charges spécifiques sont élaborées : « Prévention jeunes adultes 18-25 ans (Dispositif Pass'Mirail) », "Intervention à l'Espace Santé Etudiant, prévention et éducation »...

Des procédures « Parcours patients » sont formalisées « Processus de prise en charge », « Conduite à tenir à l'accueil et au standard de l'HDJ »...

Un plan de formation est défini annuellement regroupant des formations cliniques, douleur, AFGSU... Le CSM a mis en place une organisation interne assurant l'adéquation des ressources et notamment, des compétences (qualitatives et quantitatives) aux besoins des prises en charge.

La gestion des interfaces est organisée afin de faciliter la concertation entre les professionnels, l'organisation des soins et la pharmacie, ainsi qu'avec les différents intervenants (professionnels paramédicaux, médecins, assistant des services sociaux, ...), y compris avec les secteurs administratifs (accueil, service qualité). Le DPI permet aux professionnels de tracer en temps réels les rencontres avec les patients. L'information est lisible sans attente par l'ensemble des acteurs participant à la prise en charge.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le directeur, le médecin psychiatre président de CME et la référente qualité sont en charge de la déclinaison de la démarche institutionnelle. Le groupe pilote assure le déploiement opérationnel de la thématique « Parcours patients ». Les professionnels sont informés du plan d'action et des priorités de travail à mettre en œuvre. La taille de l'établissement favorise la communication entre tous les agents. Les réunions Communication qualité permet de maintenir informé le personnel sur les axes prioritaires de travail. Ils sont sensibilisés et sollicités sur les risques identifiés lors des retours des analyses des événements indésirables, des résultats d'audits réalisés. Les résultats des audits, enquêtes sont accessibles sur l'intranet de l'établissement. Des actions correctives sont identifiées en cas de dysfonctionnement constatés. Les professionnels participent à l'élaboration des procédures, aux CREX, aux audits, à la déclaration des FEI... Chaque action identifiée est intégrée dans le PAQSS institutionnel.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont présentes sur le centre (Psychiatre, psychologue, IDE,...), la documentation est accessible à tous sur le CSM. La gestion documentaire informatisée réactualisée est construite avec les professionnels. Les nouveaux arrivants bénéficient d'un "Livret d'accueil du salarié". Il comprend : la présentation du groupe MGEN et du CSM, l'organisation du travail, le règlement intérieur de la structure, les instances représentatives, les obligations du salarié, l'organigramme, rappel des droits du patient, secret professionnel... Ils sont tutorés pendant une période définie par le professionnel métier. Ils bénéficient de formations, l'utilisation du logiciel, l'utilisation des FEI et de la gestion documentaire au sein du CSM.

Un plan de formation est en place pour répondre aux exigences des prises en charge (Ecriture en atelier, Pertinence des prescriptions pour les personnes âgées, plaies et cicatrisations, hygiène, urgences, douleur, qualité...).

Les ressources matérielles en équipements (salle activité, bureaux ...) sont en place, les locaux permettent la confidentialité des entretiens.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le CSM est un HDJ ouvert de 9h à 17h, il est identifié santé mentale. Les professionnels assurent l'orientation des personnes se présentant pour une urgence par l'intermédiaire du 15 si nécessaire ou en les orientant vers l'établissement adapté le plus proche.

A l'accueil du patient, l'identité est vérifiée par la secrétaire médicale, la carte d'identité est scannée dans le dossier patient informatisé.

L'établissement admet les patients en HDJ adressés par les institutions ou médecins libéraux dans un 1er temps dans « l'espace accueil ». Cette période d'environ 2 mois permet une observation et une évaluation psychiatrique et somatique (médecin généraliste traitant) au cours de laquelle le patient participe à des groupes de paroles et activités médiatisées. L'objectif est de s'assurer que l'orientation HDJ soit adaptée au patient. Pendant ce délai le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge. L'évaluation initiale du patient est réalisée à son arrivée par le médecin psychiatre de la structure et des rencontres (entretiens) sont effectuées avec les différents acteurs de sa prise en charge (IDE, Psychologue, Assistante sociale...). Chaque entretien donne lieu à un écrit dans le dossier patient. Une rencontre de l'ensemble des professionnels permet d'élaborer le projet de soins personnalisés. Le PSP, intégrant la réflexion bénéfice-risque, est présenté au patient par le médecin psychiatre. Son consentement est recherché. Parfois l'entourage est présent si le besoin s'en ressent et si le patient l'autorise. Son admission en HDJ est prononcée au terme de ces 2 mois. L'ensemble des professionnels collaborent entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire. Toutes les informations sont tracées dans le dossier patient (Patients traceurs). Le suivi somatique tout au long de sa prise en charge est réalisé en lien avec le médecin généraliste libéral. Des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient au regard de son PSP.

Tout au long de la présence journalière des patients, un médecin psychiatre est présent.

Depuis 2017, 13 professionnels ont été formés à la prise en charge de l'urgence soit STT ou AFGSU. Un matériel d'urgence vital très succinct est disponible, suivi par le pharmacien et les coordonnées des spécialistes à appeler sont connues des professionnels.

L'établissement accueille des patients en hospitalisation libre. La sensibilisation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en œuvre notamment sur les jeunes adultes et étudiants en situation de précarité. La coordination des différents professionnels autour de ces prises en charge est effective.

L'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel est mise en œuvre auprès des patients et de l'

entourage si nécessaire, les éléments de dépistage de troubles sont tracés dans le dossier patient à l'admission et tout au long de son hospitalisation. Des ateliers médiatisés sont mis en place. L'établissement n'a pas de programme ETP autorisé cependant 3 professionnels sont formés depuis 2017 « Pratique des programmes ETP en psychiatrie ». Le CSM propose aux patients un programme d'ETP « Vivons mieux, mangeons bien » sur un CH proche en cas de besoin.

L'évaluation du risque suicidaire est tracée dans le dossier à son arrivée. La coordination des différents professionnels sensibilisés de par leur formation à ce risque est mise en œuvre.

La préparation de la sortie est faite avec les patients plusieurs mois avant. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité. Le patient reçoit les documents nécessaires.

Les professionnels connaissent et appliquent les protocoles opérationnels établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en œuvre un dispositif d'évaluation relatif au parcours patient à partir du PAQSS.

Les évaluations retrouvées en visites sont notamment :

- Taux de non-conformité du suivi somatique
- Taux de patient refusant le suivi des constantes
- Taux de fréquentation des ateliers....

Des EPP sont également mises en place telle que « Risque suicidaire », « Lettre aux médecins traitants », « Suivi somatique »....

Les FEI sont traitées et analysées par la cellule Qualité et les résultats sont présentés lors des instances.

L'ensemble des résultats des évaluations donnant lieu à la mise en œuvre d'actions d'amélioration est reporté dans le PAQSS.

L'avancée du PAQSS (Parcours patients) est assurée par les pilotes de chaque thématique soutenus par le COQUA, des bilans trimestriels sont transmis en réunion communication qualité auprès des professionnels.

Les résultats sont présentés lors des instances (CDU, CME,...).

Un mémo annuel est édité et diffusé auprès de tous les personnels.

Un tableau de bord des indicateurs est en place.

A / AGIR

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

L'analyse des résultats des différents audits donne lieu à la mise en œuvre d'actions d'amélioration institutionnelles. Les résultats des audits, suivis des indicateurs sont présentés aux professionnels. Des actions sont mises en place pour améliorer la prise en charge. Les résultats des actions d'amélioration sont communiqués en interne lors des réunions communication qualité, instances et CDU.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

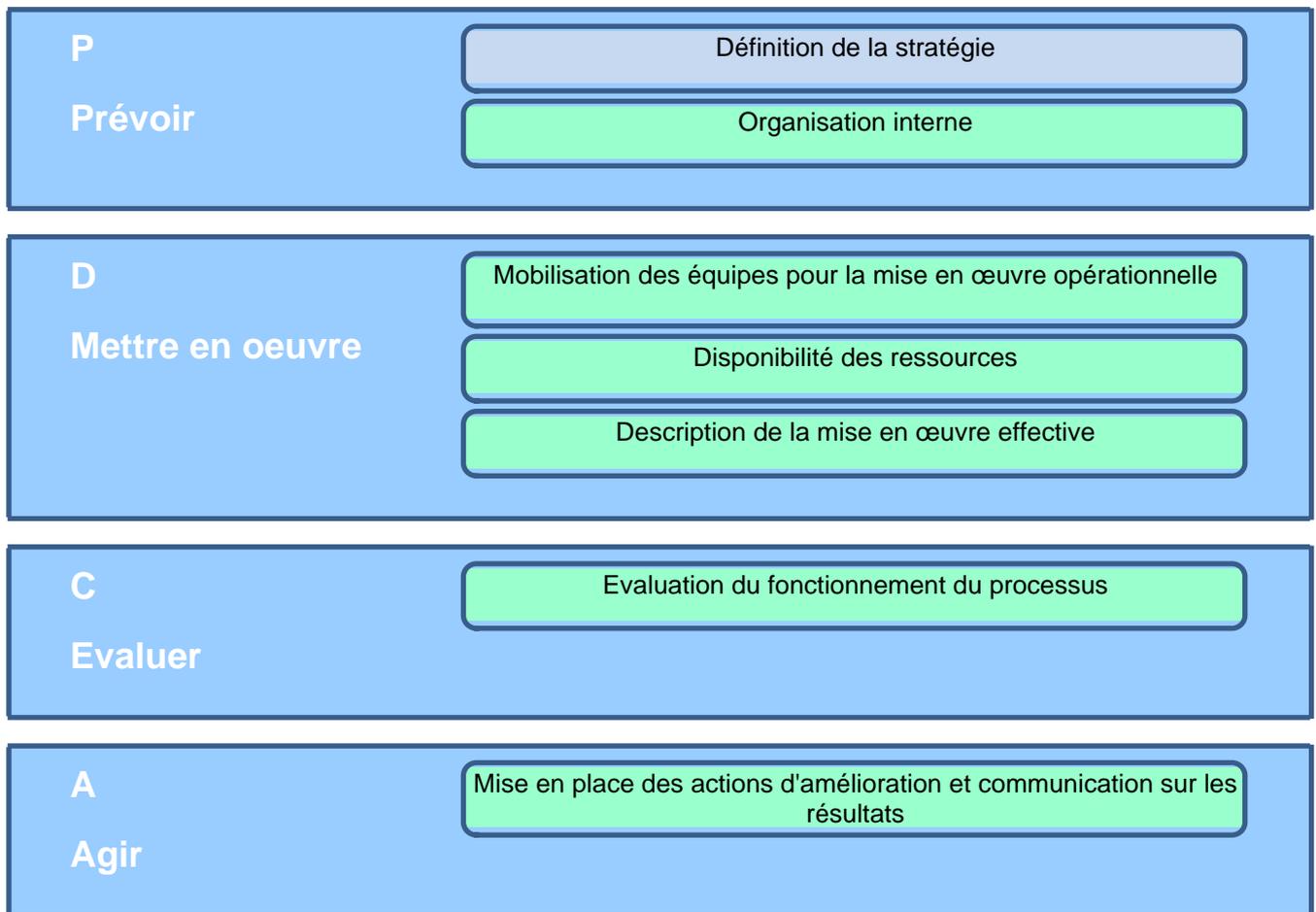
DOSSIER PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du dossier patient est intégrée dans le projet du système d'information (SI), en lien avec le service informatique du groupe MGEN Technologie. Ces éléments sont retrouvés dans le projet d'établissement 2018-2022 dans lequel des axes d'amélioration sont définis : développer les échanges et la coordination entre tous les partenaires de la prise en charge, et garantir une gestion du SI maîtrisée du circuit du patient.

A partir de l'état des lieux sur le dossier patient, et en s'appuyant sur les résultats d'audits, et les besoins des professionnels, l'établissement a élaboré une cartographie se basant sur l'interprétation des échelles HAS de criticité et des niveaux de maîtrise. Les 3 risques prioritaires identifiés intégrés au compte qualité portent sur « les informations incomplètes inexactes ou inappropriées : dossier mal tenu », « non respect de la confidentialité : dossier accessible à tous » et « inaccessibilité temporaire des informations : panne réseau, panne électrique ». Suite à cette cartographie, des objectifs sont définis et intégrés dans le compte qualité ainsi que dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel. Chaque action a un pilote, des échéances et des indicateurs de suivi.

ORGANISATION INTERNE

L'informatisation du dossier est complète depuis 2016. Le pilotage du processus dossier patient est assuré par un groupe constitué d'un psychiatre, d'une secrétaire médicale et de la responsable SI qui est également la référente qualité. Les missions de pilotage sont formalisées. Des temps de médecin DIM et de TIM viennent en renfort pour aider au bon déroulement du processus.

Les règles de tenue du dossier patient sont précisées dans un protocole. Celui-ci mentionne les différentes étapes, depuis la constitution des données jusqu'à l'archivage, les différents éléments constituant le dossier informatisé, les éléments papier à garder et ceux qui sont à numériser.

L'ensemble des documents relatifs au dossier patient (un manuel technique pour les médecins, un autre pour les infirmiers et un protocole décrivant les modalités de tenue du dossier) sont disponibles pour les professionnels dans le dossier partagé de gestion documentaire.

Les règles d'accès au DPI sont définies : la référence SI remet un code d'accès à chaque professionnel et lui crée une habilitation en fonction de son métier. Les mots de passe sont changés tous 3 mois.

La continuité de l'accès aux données patient et le Plan de Reprise d'Activité sont organisés (sauvegardes, mode dégradé, plateforme support).

Le logiciel du dossier patient déployé à l'HDJ comprend les données administratives, médicales, para médicales, et des autres professionnels intervenant (psychologues, assistante sociale, psychomotricienne). L'établissement a récemment mis en place une messagerie sécurisée.

Les modalités d'accès du patient à son dossier sont précisées dans une procédure actualisée en août 2019 et l'information est délivrée au patient par le biais du livret d'accueil remis lors de l'admission.

L'établissement a identifié et organisé les locaux d'archivage et les moyens techniques pour permettre d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations du dossier papier. La maintenance des équipements est prévue avec le service SI MGEN Technologie.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les différents membres du groupe pilote impulsent une dynamique de développement du DPI. Le groupe pilote consulte et est consulté par les différents professionnels pour faire évoluer le DPI en fonction des besoins et de la réglementation. Les objectifs du DPI sont connus et règles d'utilisation respectées. La référente SI (qui est aussi la référente qualité) et le coordinateur des risques associés aux soins, avec les membres du groupe de pilotage, s'assurent de la conformité des pratiques, par rapport aux dispositions prévues (respect de la traçabilité des informations, connaissance des procédures, respect des consignes...).

Les équipes pluridisciplinaires s'impliquent soit dans la définition des actions d'amélioration à mettre en œuvre, soit dans la participation aux audits, soit dans l'élaboration des documents nécessaires.

Le suivi des actions et les résultats des audits sont régulièrement partagés en CME et en réunion Communication Qualité, ainsi que si nécessaire, en réunion staff.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation) sont disponibles. La totalité des professionnels a

bénéficié d'une formation à l'utilisation du dossier patient informatisé lors de son déploiement initié en 2016. Depuis, tout nouvel arrivant est formé par ses pairs pendant sa période d'intégration.

Les questions techniques relatives au dossier patient sont traitées par la référente SI, en collaboration avec le service informatique de la MGEN.

Les ressources en matériel (dont locaux et équipements, informatique), en documentation et protocoles (accessible et actualisée) sont disponibles dans la GED.

Les équipements adéquats sont prévus en rapport avec le processus DPI : logiciel de gestion du dossier patient, les bureaux et postes de soins sont dotés de postes informatiques sur lesquels le dossier est accessible. Les locaux où se trouvent les archives (secrétariat et salle serveur) sont conformes aux normes de sécurité : locaux fermés, ventilés et entretenus, armoires fermées.

Le personnel a bénéficié d'une formation en e-learning concernant le RGPD (confidentialité des données).

Les documents permettant de connaître les modalités d'utilisation du dossier patient informatisé ainsi que le fonctionnement en mode dégradé sont accessibles à tous les professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier patient informatisé est déployé depuis 2016 à partir d'un logiciel comportant un module de gestion administrative des données du patient, utilisé pour la création du dossier administratif et du dossier patient.

Celui-ci est composé de deux parties : une partie papier regroupant essentiellement des documents antérieurs à son admission à l'HDJ (compte rendu, courrier du médecin adresseur, examens antérieurs...) ;

Pour passer du papier à l'informatique en harmonisant les pratiques et sans perte d'informations, une liste des documents à scanner a été constituée : type de document (médical-social-administratif), sur le séjour ou de manière permanente, précisant l'ancienneté. Bien que scannés, les originaux papiers sont conservés et constituent l'essentiel des archives. L'autre partie du dossier patient est informatisé.

Le projet de soins, construit avec le patient et de façon pluriprofessionnelle est tracé dans le dossier (constaté lors des patients traceurs), en temps utile pour assurer la continuité des soins.

On retrouve pour chaque patient les traçabilités attendues en termes d'évaluation de la douleur, les observations régulières, les constantes, la prise de traitement, la personne de confiance, les décisions prises en staff d'équipe (onglet spécifique pour les entretiens d'accueil et un autre onglet pour les décisions prises en staff)...

Les professionnels peuvent également faire des transmissions « cachées » qui ne sont pas visibles lors de l'impression du dossier au cas où un patient le demande. Les différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse (prescription, analyse, administration) sont également informatisées.

Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge avec des partenaires extérieurs à l'HDJ sont transmises par courrier. Généralement, le médecin psychiatre contacte auparavant le médecin traitant, et tout autre partenaire de soins extérieur intervenant dans la continuité du parcours de soin du patient.

Le dossier est créé par la secrétaire, à partir de la carte nationale d'identité, et avant toute création, elle recherche un éventuel séjour antérieur afin d'éviter les doublons. Une fois le dossier créé, il est accessible à tous les utilisateurs.

Des sauvegardes sont faites tous les jours, et en cas de panne, 3 ordinateurs permettent d'avoir accès à certaines données du dossier patient permettant la continuité de la prise en charge.

Le patient est informé dans le livret d'accueil des modalités de demande d'accès à son dossier, et un protocole décrit l'organisation. L'établissement a très peu de demandes de dossiers : 1 en 2016, et une autre demande en cours lors de la visite.

L'archivage se fait dans le local dédié à cet usage, avec un mode de classement par ordre alphabétique. Au secrétariat, une armoire est dédiée aux archives des patients de la file active actuelle et une autre armoire contient les dossiers des patients sortis depuis 3 ans. Les dossiers des patients sortis depuis plus de 3 ans sont archivés dans des armoires dans la salle serveur informatique. Un point archivage est fait tous les ans et les dossiers de plus de 20 ans sont détruits, avec l'aide d'un organisme agréé. L'archivage des données informatisées est en cours de structuration de manière générale sur tous les établissements de la MGEN.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus dossier patient est réalisée par le groupe pilote avec appui de la coordinatrice des risques associés aux soins, notamment à partir des audits de dossier et des résultats des indicateurs suivis: lettre au médecin traitant, traçabilité de la douleur, traçabilité de la personne de confiance et de la personne à prévenir, des allergies, du bilan psychologique, social...

Des EPP ont été mises en oeuvre: 1 EPP portant sur l'harmonisation des pratiques dans le dossier patient informatisé (2018) et une EPP sur la traçabilité de la personne de confiance et la personne à prévenir (2016). Pour chaque indicateur l'établissement a défini un seuil à atteindre et un seuil d'alerte.

Les résultats des audits sont régulièrement présentés aux instances (CME, Communication qualité, CDU)

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients n'est pas réalisée en l'absence de demande reçue ou en cours.

Ces évaluations donnent lieu à un plan d'actions reporté dans le PAQSS.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration identifiées au regard des évaluations sont intégrées au PAQSS. Elles sont attribuées à des responsables avec une échéance définie. L'EPP harmonisation des pratiques a permis de formaliser les règles de tenue du DPI, d'autres évaluations ont permis d'actualiser la procédure de conduite à tenir en cas de panne informatique et les modalités d'archivage.

Les résultats des indicateurs sont communiqués aux professionnels concernés lors des réunions ou instances traitant entre autres du suivi de certains indicateurs relatifs au dossier patient.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

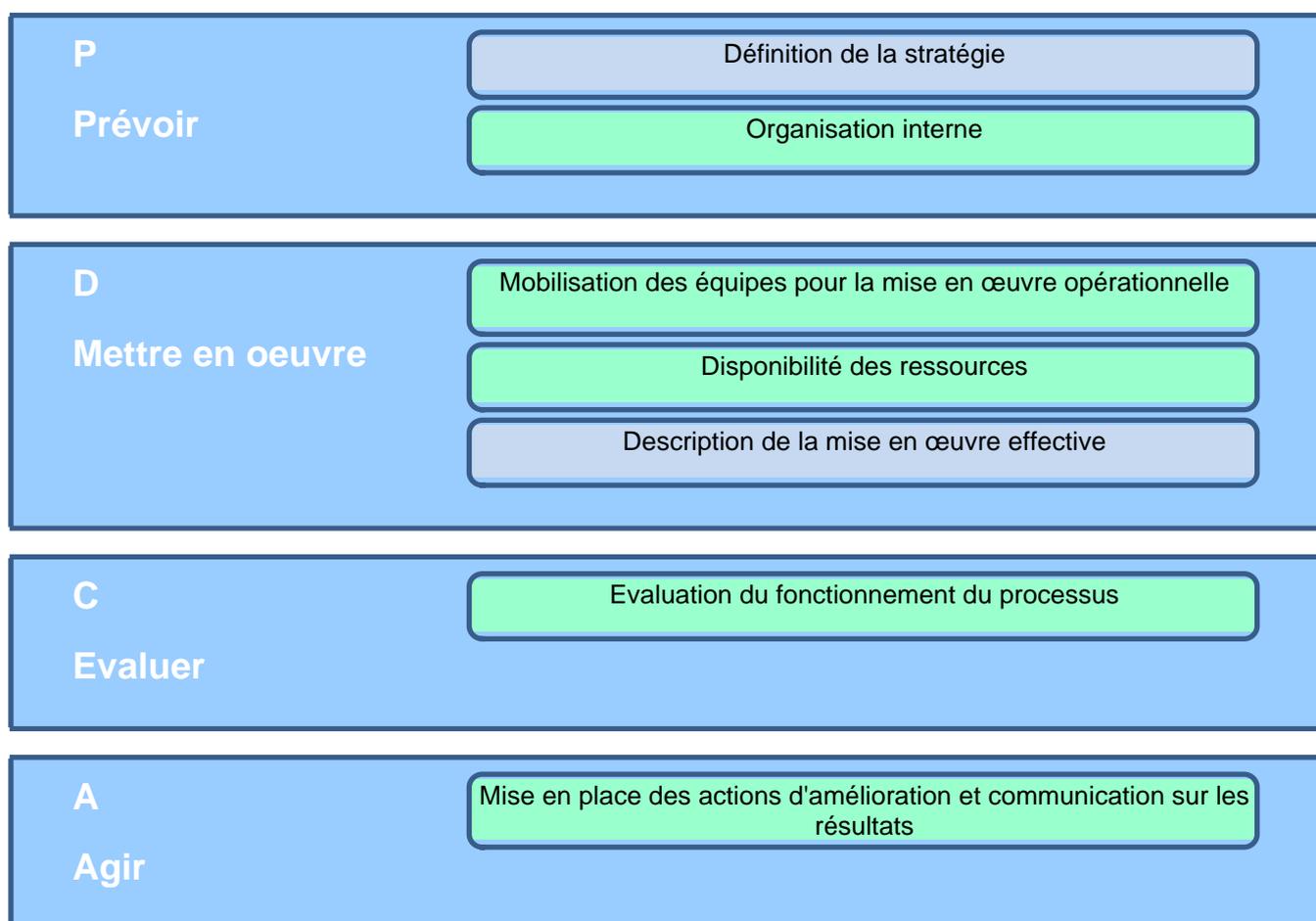
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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'hôpital de jour de santé mentale fait partie du groupe MGEN. Il est ouvert de 9h à 17 du lundi au vendredi et a une capacité d'accueil de 62 places. Un des axes du projet thérapeutique est de favoriser l'autonomie du patient dans la gestion de son traitement et de maintenir le lien avec le médecin généraliste ou/et le psychiatre prescripteur et la pharmacie de ville.

Cet établissement dispose d'une Pharmacie à Usage Interne (PUI) assurant des activités d'approvisionnement et de gestion pharmaceutiques, ainsi que des activités de pharmacie clinique. La politique de la prise en charge médicamenteuse (PCEM) est intégrée dans la politique qualité inscrite dans le projet d'établissement 2018-2022. L'analyse de risques qui a été réalisée avec l'aide d'un outil validé par l'OMEDIT, prend en compte les risques propres à diverses étapes du circuit du médicament, au respect de la réglementation, et les résultats d'indicateurs (CAQES et audits).

Les 14 risques identifiés, sont reportés dans le compte qualité qui représente la cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse. Les objectifs d'amélioration ont été définis, inscrits dans le plan d'actions du compte qualité et intégrés dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel (PAQSS). Pour chaque action l'établissement a défini un responsable, une échéance et des indicateurs de mesure.

Deux documents explicitent la politique de la PCEM : un manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse dont la version 1 est de 2015 et qui a été actualisé en décembre 2018. Il a été validé en COMEDIMS le 3 octobre 2019 et sera présenté en Commission Médicale de l'Etablissement (CME). L'autre document est un protocole « Prescription, dispensations, et distribution du médicament » et ses annexes. Ce protocole a été mis à jour en juin 2019, dans sa version 8.

La politique de la prise en charge médicamenteuse des patients à risque définit les modalités de prise en charge de la personne âgée de plus de 65 ans. Celle-ci est inscrite sur la liste des patients à risques pour lesquels la conciliation médicamenteuse est mise en œuvre, ainsi qu'une surveillance clinique particulière. L'établissement reçoit peu de personnes âgées : lors de la visite 2 patients étaient âgés de plus de 65 ans.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a identifié et prévu les ressources, moyens, circuits et interfaces pour atteindre les objectifs fixés. La pharmacienne est la responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPECM) depuis 2014. Elle pilote le processus avec le Président de la CME et 2 IDE référents. Les missions de la RSMQPECM sont formalisées.

La RSMQPECM s'appuie sur la Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) trimestriel, sur la CME, et sur la référente qualité.

L'informatisation du circuit du médicament est complète, de la prescription à la traçabilité de l'administration. L'accès des professionnels au logiciel de prescription et de validation de l'administration est sécurisé et se fait par un mot de passe personnel à changer tous les 3 mois. La conduite à tenir en cas de panne est définie dans une procédure.

La pharmacienne participe à la commission en santé mentale en Aquitaine où la thématique des médicaments à risques en psychiatrie a été travaillée. L'établissement a donc identifié les médicaments à risques (marquage visuel) et les patients à risque pour lesquels la prise en charge médicamenteuse est formalisée et un onglet spécifique « patients à risque iatrogénique » est créé dans le dossier patient informatisé.

La conciliation médicamenteuse est organisée pour les patients à risque, notamment pour la personne âgée. L'analyse pharmaceutique de niveau I et II, avec conseils et opinions pharmaceutiques, est organisée pour les patients à risque et les nouveaux patients.

Les règles de fonctionnement et de sécurisation du circuit du médicament (modalités de stockage, de prescription, préparation, d'administration, sur-étiquetage, traçabilité) sont formalisées dans une procédure.

Le système de signalement et le circuit de traitement des fiches d'événements indésirables liés au circuit du médicament (FEIM) sont structurés et connus des professionnels. Le suivi et traitement des alertes de matériovigilance, de pharmacovigilance et pharmacodépendance est structuré.

La gestion documentaire est organisée pour permettre la diffusion des informations concernant le bon

usage des médicaments et l'accès à des outils d'aide.

Des actions de sensibilisation des professionnels aux risques d'erreur médicamenteuse sont organisées lors de sessions spécifiques à l'initiative de la pharmacie. Une organisation est en place pour informer et éduquer le patient sur le traitement, les possibles effets indésirables et les effets secondaires.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes du processus et les référents « médicaments », se mobilisent pour impulser une démarche d'amélioration de la sécurisation du circuit du médicament au sein de l'HDJ. Ils communiquent auprès des professionnels les actions d'amélioration à mettre en oeuvre suite à l'identification des risques ou à des résultats d'audits. Celles-ci sont validées par les instances (COMEDIMS, CME, Comité Qualité, CGRV), et font l'objet d'une information auprès des professionnels lors des différentes réunions d'équipes ainsi que par diffusion papier et informatique.

Les IDE sont également impliqués dans les entretiens pharmaceutiques des nouveaux patients. En effet, ceux-ci sont faits par la pharmacienne et un IDE qui en fera un retour en réunion de staff. La pharmacienne réunit régulièrement les IDE et les médecins pour des points réguliers sur le médicament afin de leur apporter des éléments de connaissance et de discussion.

Les pilotes du processus et les référents médicament s'assurent que des points critiques sont sous surveillance et notamment de la conformité des pratiques (conformité administration, contrôle des périmés, conformité des prescriptions...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement possède les compétences nécessaires pour assurer la sécurité du circuit du médicament, (en personnel et en compétences réglementaires). La pharmacienne est présente tous les jours d'ouverture de l'HDJ, de 9h30 à 11h30 (ce qui équivaut à 0,22% ETP), et des IDE référents médicaments sont identifiés. La pharmacienne et une IDE sont formées à l'analyse des causes profonde et participent au CREX qui se réunit au moins 2 fois par an.

Depuis 2016, la prise en charge médicamenteuse est informatisée à 100% depuis la prescription jusqu'à l'administration.

Les locaux concernés permettent le stockage sécurisé des médicaments. Ils se composent d'une pièce où se trouve l'armoire de la PUI et l'armoire « tampon » accessible aux IDE, et d'une salle de soins pour stocker les dispositifs médicaux.

Le manuel de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et d'autres procédures définissent les règles de fonctionnement, de prescription et d'administration à respecter. Comme par exemple : médicaments à ne pas écraser, prescription, dispensation et distribution du médicament, organisation de la PUI, prescription ponctuelle d'antalgiques en cas de douleurs légères et ou modérées... Les professionnels peuvent s'appuyer sur des outils d'aide à la prescription et à l'administration, le livret thérapeutique, e-Vidal, Base Claude Bernard, issus des recommandations de bonnes pratiques. Ces documents sont disponibles dans la directement dans le logiciel du DPI, ou dans la gestion documentaire partagée.

Les services sont dotés d'ordinateurs fixes dans les postes de soins, permettant la prescription informatique, le partage des données utiles et la vérification de la prescription avant administration et la traçabilité de celle-ci. La PUI utilise un système de sur étiquetage pour que tout médicament soit identifiable à tout moment.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels de l'HDJ connaissent et mettent en oeuvre l'organisation établie pour le fonctionnement avec la pharmacie. La traçabilité des actions et activités est assurée.

La prescription est informatisée et identifiée par une signature électronique, et le support utilisé (DPI) permet la transmission des informations au pharmacien, ainsi que le respect des bonnes pratiques de prescription. La liste des prescripteurs est établie et disponible par la pharmacie.

Les équipes mettent tout en oeuvre (suivi de validité des prescription/aide au traitement) pour éviter que le patient n'interrompe le traitement. Pour assurer la continuité du traitement, le patient transmet l'ordonnance faite soit par le médecin traitant, soit par le psychiatre du CMP. Celle-ci est scannée et enregistrée dans son dossier de l'HDJ. Pour plus de vigilance, le secrétariat a mis un système d'alerte qui prévient lorsqu'une ordonnance doit être renouvelée. Si le patient doit prendre un traitement à midi avec aide, le médecin psychiatre de l'HDJ en fait la prescription et une aide à la prise de pilulier est mise en oeuvre. Si le patient a besoin d'être davantage accompagné dans l'observance de son traitement, le psychiatre prescrit le traitement (matin, midi et soir).

Les médicaments sont alors dispensés et préparés par la pharmacienne, et les IDE assurent l'administration et la traçabilité en temps réel pour le midi et la traçabilité de la remise du traitement pour les prises hors présence HDJ. L'administration (concernant 6 patients lors de la visite) se fait dans un local permettant la confidentialité. Les traitements sont mis dans des pochettes manuellement identifiées au nom du patient, car le logiciel utilisé n'édite pas d'étiquette patient, et les comprimés restent identifiables jusqu'à la prise.

L'armoire « tampon » contient les pochettes préparées, les traitements des patients qui ont une aide au pilulier et un certain nombre de molécules en « dépannage ». Le lien avec la pharmacienne se fait via un cahier de liaison si une molécule a été administrée hors traitement préparé.

La permanence pharmaceutique est assurée : pochettes préparées la veille par la pharmacienne, armoire tampon et convention pour le remplacement de la pharmacienne quand absence prolongée. Les règles de stockage et d'identification du médicament sont respectées : local fermé à clé, armoires fermées, une molécule par casier, médicaments à risque identifiés, date sur les flacons multi usages et sur étiquetage.

Des sensibilisations à la iatrogénie sont faites par la pharmacienne soit sur des temps prévus pour et formalisés (en 2019 pour les IDE et en 2017 pour les médecins), 4 réunions en 2018, soit lors de réunions planifiées tous les mois avec les IDE, et tous les 2 mois avec les médecins, soit encore au fil de l'eau. La taille de la structure permet des échanges aisés et facilitants de la pharmacienne avec les professionnels. Les nouveaux arrivants sont sensibilisés aux risques d'erreurs médicamenteuses spécifiques à leur activité, par les autres IDE et par la pharmacienne (livret d'accueil du nouvel arrivant en cours de réactualisation).

Le circuit des FEI est connu des professionnels. Les FEI concernant le circuit du médicament est adressé à la pharmacienne par la référente qualité (2/26 en 2017, et 2/15 en 2018). Celle-ci et une IDE sont formées à la méthodologie CREX (2014) et organisent l'analyse des FEIM, en lien avec la personne concernée.

L'information au patient se fait de diverses manières. Les patients identifiés « à risque » et tout nouveau patient bénéficie d'un entretien pharmaceutique dans le cadre de l'Espace Accueil afin de permettre à la pharmacienne non seulement de connaître le traitement pris, mais également d'évaluer le ressenti du patient sur son traitement (et donc sa capacité d'observance). Le patient est libre de poser les questions qu'il souhaite et la pharmacienne lui apportera les réponses nécessaires. En 2018, 23/38 patients ont bénéficié d'un entretien pharmaceutique et 14/15 en 2017.

L'établissement organise une fois par an des réunions pour faire connaître le réseau «PIC » (psychiatrie Information Communication) dans l'objectif de mettre en garde les patients sur ce qui peut être trouvé sur internet, et de les orienter vers un site internet contenant de la documentation fiable.

Pour aller plus loin dans l'information donnée au patient, l'établissement propose un groupe de parole « Méli-Médoc » autour des traitements et des effets secondaires. 15 patients ont participé au groupe Méli-Médoc de septembre 2019.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du programme, à partir d'indicateurs structurés: CAQES, taux conformité audit annuel circuit du médicament, taux de satisfaction "explication sur le traitement" (enquête de satisfaction), taux des ordonnances extérieures à jour, nombre de patients reçus en entretien pharmaceutique, nombre d'événements indésirables...le bilan des vigilances est également fait et présenté en COMEDIMS.

Un bilan des audits 2018 a été fait et un planning d'audits internes a été élaboré pour 2019. Un tableau d'indicateurs permet de suivre un certain nombre d'indicateurs depuis 2014 et d'en évaluer l'évolution.

Chaque année le bilan COMEDIMS est validé par le COMEDIMS et par la CME. En 2019, 8/13 actions du PAQSS sont finalisées.

Les pratiques concernant le bon usage du médicament ont également été évaluées à travers les patients traceurs effectués (2 en 2018 et 2 en 2019).

Les résultats sont diffusés aux professionnels.

A / AGIR

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

Le plan d'actions associé au compte qualité et au PAQSS est suivi et réajusté régulièrement par les pilotes

à partir des évaluations faites et des nouvelles recommandations. Suite aux résultats, les protocoles sont réajustés, l'organisation de l'information donnée au patient est complétée (mise en place de Méli Médoc), la liste des patients sous médicaments à risque est actualisée, les entretiens pharmaceutiques ont été mis en place dans le cadre de l'Espace Accueil pour tout nouveau patient.

Ce programme est suivi et fait l'objet d'actions de communication auprès des équipes et des représentants des usagers au travers de la gestion documentaire et des réunions d'information/concertation.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

ANNEXE

Tableau Récapitulatif des écarts par thématiques présent dans le rapport des EV

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	P / Organisation interne	PS	Le système de mise à jour des documents n'est pas totalement opérationnel En HDJ, un certain nombre de documents affichés ne sont ni datés, ni référencés, comme par exemple les mementos faisant le point sur la démarche de certification et des EPP, la fiche expliquant les processus de signalement d'un EI, ou encore la fiche de mission des pilotes mise à notre disposition.	5c
	D / Disponibilité des ressources	PS	Le plan de formation de l'établissement n'est pas totalement exhaustif. Il n'y a pas de formation spécifique qualité et gestion des risques ou PEC médicamenteuses dans les plans institutionnels de 2017, 2018 et 2019 qui sont plus orientés vers de la formation clinique. Des sensibilisations à la qualité et gestion des risques sont faites lors des réunions Communication Qualité, à travers les différents thèmes abordés comme par exemple les résultats d'audits, les protocoles validés, les missions des pilotes. Des professionnels participent aux journées OMEDIT, CPIAS, CNEH. Pour plus de visibilité, ces formations ont été intégrées au bilan annuel de formation au cours de la visite.	1e