



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



## **RAPPORT DE CERTIFICATION**

### **CLINIQUE LES FLAMBOYANTS**

**3 boulevard des mascareignes  
Bp 41007  
97420 Le Port - La Reunion  
Janvier 2016**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. NIVEAU DE CERTIFICATION	8
2. DÉCISION	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.	8
5. ACCRÉDITATION DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE	8
6. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	18
DOSSIER PATIENT	23
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	27

# 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"> <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

CLINIQUE LES FLAMBOYANTS - LA REUNION	
Adresse	3 boulevard des mascareignes 97420 Le Port - La Reunion
Département / région	REUNION / REUNION
Statut	Etablissement privé à but lucratif
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	970467148	SAS CLINIQUE LES FLAMBOYANTS	3 boulevard des mascareignes Bp 41007 97420 Le Port
Etablissement de santé	970467155	CLINIQUE LES FLAMBOYANTS - LA REUNION	3 boulevard des mascareignes Bp 41007 97420 Le Port - La Reunion

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de place d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	72	15

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Groupement d'Intérêt Economique entre la « Clinique les Flamboyants » et le « Centre de gestion »</li> <li>* Convention de partenariat avec le groupement BIOREUNION pour la réalisation des examens de biologie médicale</li> <li>* Convention de partenariat avec l'AACAF [Association des Anesthésistes des Cliniques Avicenne et Flamboyants] pour la prise en charge anesthésique en electro-convulsivothérapie</li> <li>* Convention de coopération avec :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- établissement public de santé mentale de la Réunion (EPSMR) pour l'utilisation du plateau technique de sismothérapie ;</li> <li>- SOS Médecins (permanence de soins somatiques) ;</li> <li>- réseau alcoologie (institut R.-Debré) et association de toxicomanes (Case Oté) ;</li> <li>- service d'urgence de psychiatrie du CHR ;</li> </ul> </li> </ul>

- maisons de retraite Les Lataniers et L'Astéria pour la prise en charge des personnes âgées dépressives ;
- APERF (Association pour la prévention, l'éducation, la recherche et la formation en rééducation et réadaptation).

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/



# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## **1. Niveau de certification**

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé :

- prononce la certification de l'établissement.

## **2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire**

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité de santé.

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

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

## **4. Suivi de la décision**

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 dans un délai de 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	Homme 46 ans	Hospitalisation Complète	Dépression + Acte à risque Thérapeutique ECT	Hospitalisation programmée	Parcours complexe	Santé mentale
2	Femme 20 ans	Hôpital de jour	Prise en charge dépressive	Hospitalisation programmée	Parcours simple	Santé mentale

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

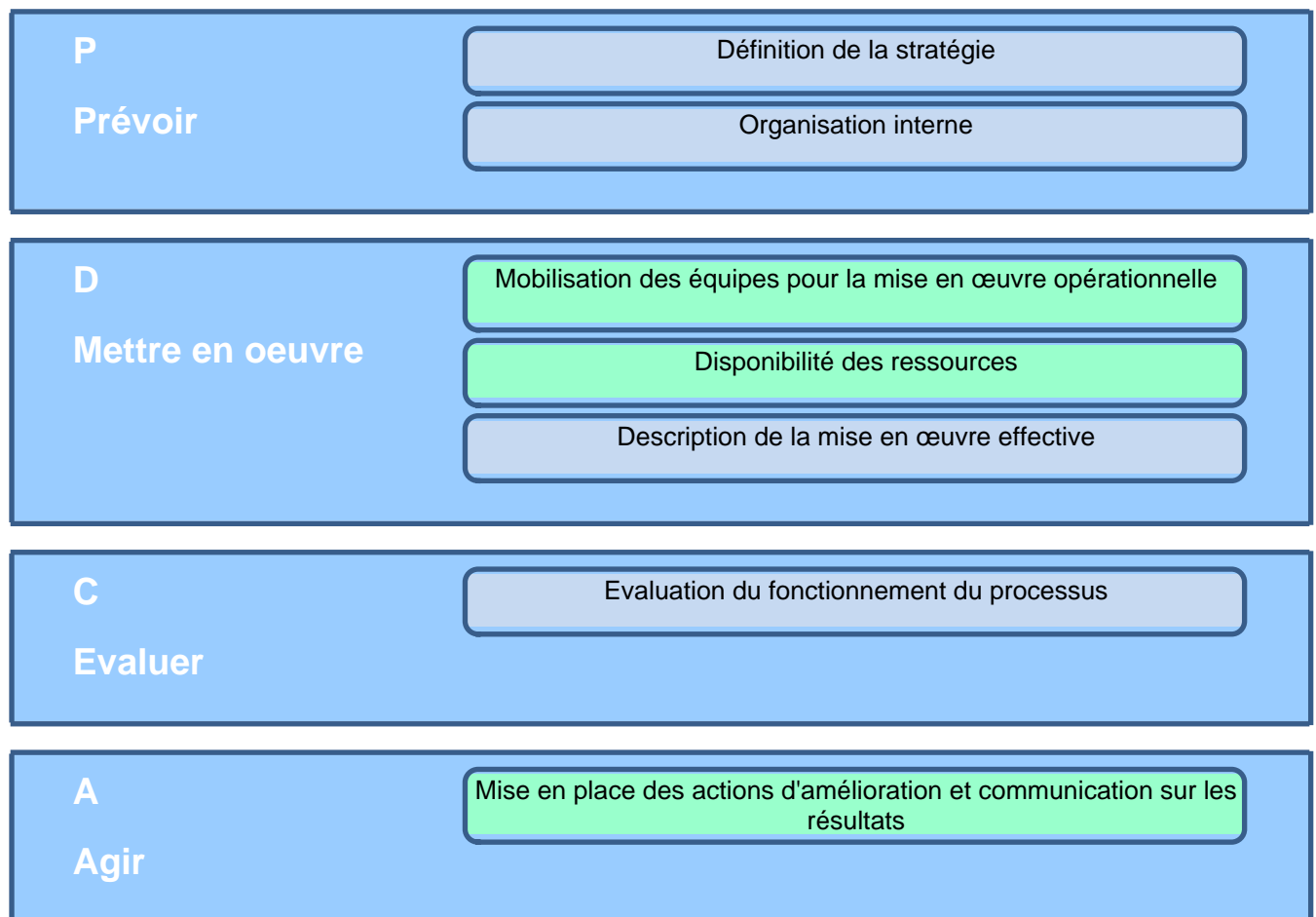
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins, reprise dans le projet d'établissement 2014-2018. Les objectifs font référence au management par la qualité basé sur la satisfaction des patients et de l'entourage ; la dynamique d'amélioration de la qualité fondée sur la réduction des risques, l'évaluation des pratiques professionnelles au regard des bonnes pratiques (politique EPP) ; l'optimisation des ressources dans une recherche de performance constante. Ils sont élaborés sur la base d'une identification des besoins : manager par la qualité, garantir la dynamique d'amélioration de la qualité, optimiser l'utilisation des ressources et de l'analyse des risques à partir de la cartographie des risques, des risques à priori et de l'analyse des événements indésirables. Cette politique est portée par le COPIL Qualité, constitué des membres de la Direction. Elle est validée par la CME. Elle est déclinée au niveau du Programme d'Amélioration Continu ou PAC. Les actions de ce PAC unique sont rattachées aux critères du manuel de certification des établissements de santé. Pour chaque action, un pilote et un échéancier sont définis en fonction du niveau de priorisation du risque. L'élaboration du Compte Qualité a été réalisée en appui du guide méthodologique de la HAS, en lien avec les Responsables de service, à partir des données du PAC, d'une hiérarchisation des risques à partir de la cartographie des risques et du suivi des indicateurs nationaux et indicateurs locaux. Les représentants des usagers sont associés à la démarche qualité sécurité des soins.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus : le COPIL Qualité instance décisionnelle et la Cellule Qualité instance opérationnelle, composée du Responsable Qualité et du système d'information et de l'Ingénieur Qualité. Le Coordonnateur de la gestion des risques associée aux soins est nommé : l'Ingénieur qualité. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (présence de deux ingénieurs qualité, formation sur le risque sécurité sur les systèmes d'information), matérielles (projet de logiciel de gestion des risques médicaux, politique environnementale, politique de maintenance, participation au baromètre développement durable 2015) et documentaires (gestion documentaire informatisée sur Intranet et dans les classeurs qualité, tableau de bord EPP). La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels par la Cellule Qualité, en lien avec l'encadrement ainsi que la coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et de la sécurité des soins.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Les responsables du secteur d'activité organisent la déclinaison de la démarche et sensibilisent les professionnels sur le terrain, en continu. Ils communiquent sur la politique de management de la qualité et de la sécurité des soins. Le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport à l'appropriation et au respect des procédures et protocoles par les professionnels ; de la participation et l'adhésion des professionnels aux enquêtes menées dans le cadre des démarches EPP. Des actions correctives sont identifiées en cas de dysfonctionnements, suite aux résultats de l'analyse des événements indésirables, de difficultés rencontrées ou de demandes spécifiques des professionnels, de demandes formulées dans le cadre de l'entretien annuel.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (la mutualisation de l'encadrement au niveau du groupe Les Flamboyants sur la Direction, la pharmacie, les RH, la comptabilité, la facturation et la qualité) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les compétences et effectifs sont adaptés aux risques et besoins de la population accueillie. Les professionnels en poste sont formés aux démarches de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance, sur les troubles du comportement. Les professionnels concernés par l'analyse des risques sont formés à l'analyse des causes profondes et à la méthode Alarm.

Les ressources matérielles sont organisées sur le même mode de fonctionnement, à partir d'une mutualisation des prestations et des moyens au niveau Direction (pharmacie, RH, comptabilité, facturation, SIH et qualité).

La gestion documentaire informatisée (actualisée) est également disponible dans tous les secteurs d'activité de l'établissement.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management

internes. Le dispositif de gestion des événements indésirables est opérationnel. Il permet l'analyse des causes profondes des événements indésirables graves (passage à l'acte, suicide, chutes). Il associe les acteurs concernés. Les professionnels sont associés aux différentes démarches EPP. La démarche d'évaluation des risques a priori est en place. Le document unique existe et est en cours de réactualisation. Les risques professionnels sont identifiés. Le plan cyclone est connu et opérationnel. Les réclamations et plaintes des usagers sont traitées, prises en compte au niveau du PAC et dans le cadre des réunions de la CRU. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles et assurées par les membres de la Cellule Qualité, en lien avec les Responsables des services. La traçabilité est vérifiée par les Responsables de service, en termes d'effectivité.

## **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre à partir des indicateurs nationaux ; des indicateurs établissement de ressources : financiers et comptables, administratifs (RH, pharmacie, service technique, restauration et hôtellerie, information médicale) ; des bilans d'activité des instances (CRUQ, COMEDIMS, CME) ; des bilans des fiches d'événements indésirables ; des questionnaires de satisfaction patients ; du PAC global en termes d'indicateurs qualité auquel sont intégrées les démarches EPP. Toutes ces évaluations donnent lieu à la mise en œuvre d'actions correctives et de plans d'actions intégrés au PAC.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAC de l'établissement, suite aux différentes évaluations, aux résultats des indicateurs, de la synthèse des indicateurs, de l'analyse des événements indésirables et des tableaux de bord en place. L'établissement a identifié les événements récurrents sur lesquels des actions prioritaires sont mises en œuvre, en particulier en matière de transgression du règlement intérieur qui peuvent entraîner des avertissements voire une éviction du patient, suite à une analyse bénéfice-risque menée par les médecins sur la sécurité du patient lui-même et/ou des autres patients. Des supports et modalités de diffusion sont établis (affichage indicateurs nationaux, résultats d'enquêtes de satisfaction, résultats d'analyse des événements indésirables). Il existe dans le plan de communication groupe 2014, le projet sur 2015, de présentation et de diffusion du plan d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins sous forme de newsletter semestrielle. Les professionnels des fonctions mutualisées et fonctions support du groupe sont informés par l'encadrement. Les professionnels soignants de l'établissement sont informés par le Cadre de santé, sur des thématiques qui les concernent, en fonction de leur métier. Il existe des panneaux d'affichage patients. Néanmoins, la structuration du dispositif de communication des résultats et du suivi des actions ne garantit pas une exhaustivité de la diffusion des résultats de l'ensemble des démarches d'amélioration de la qualité. Le dispositif de diffusion en interne, au niveau des professionnels soignants de l'établissement, sur les résultats et les états d'avancement des actions du PAC ne prend pas en compte l'ensemble des démarches d'amélioration menées au niveau des thématiques et en particulier celles qui ne sont pas intégrées au PAC.



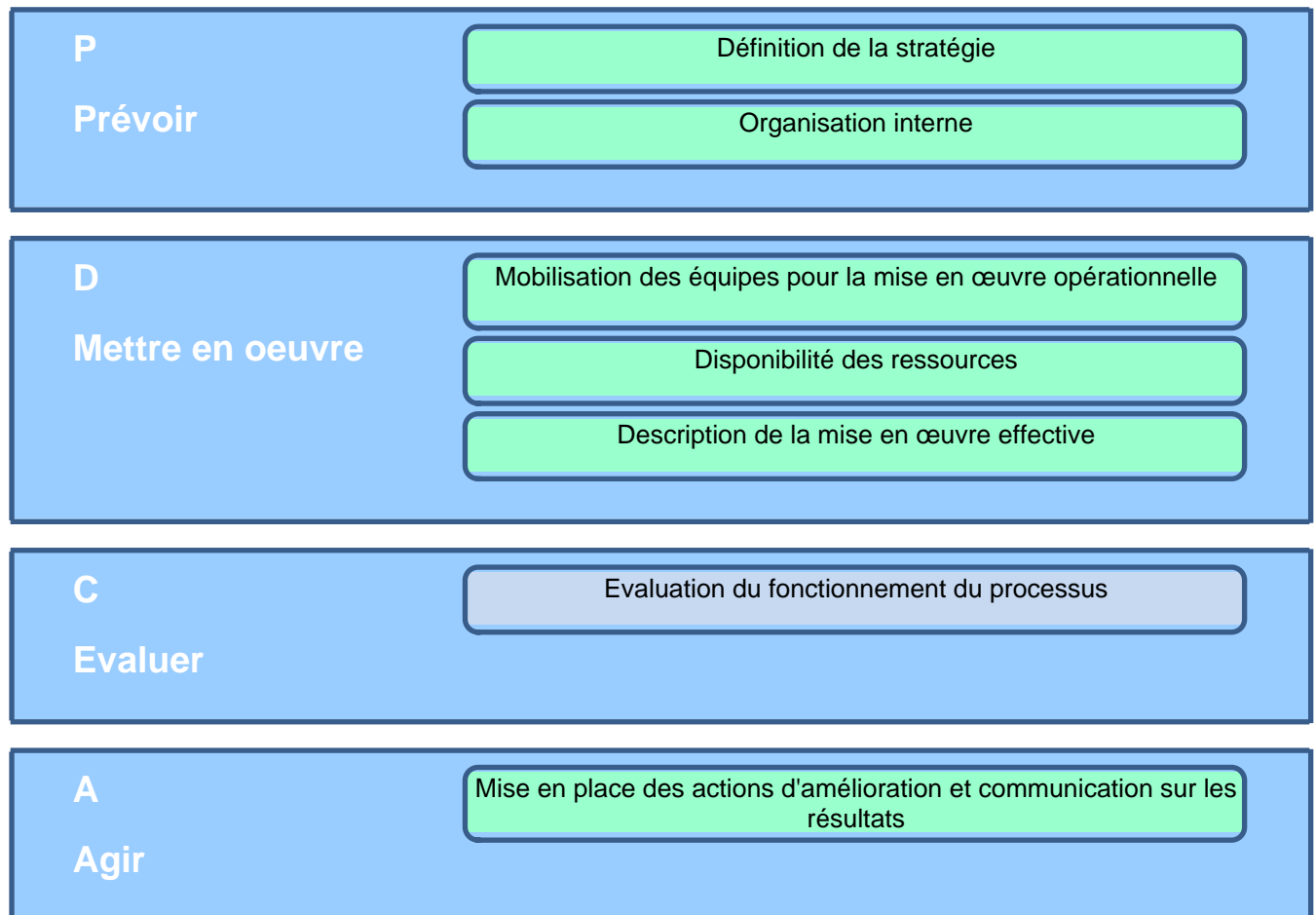
# DROITS DES PATIENTS

## 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

La politique sur le respect des droits des patients est déclinée au niveau du projet d'établissement 2014-2018. Les objectifs sont élaborés sur la base d'une identification des besoins et concernent le niveau d'appropriation par les professionnels de la charte de la personne hospitalisée en santé mentale, la dimension éthique sur la bientraitance, le développement de thèmes sur la prévention de la maltraitance, la promotion du respect de la dignité et de l'intimité ainsi que la promotion des libertés individuelles, l'information du patient à travers la signature du contrat de soins, la satisfaction du patient, l'implication des représentants des usagers, l'accès aux soins pour les personnes handicapées. Ils prennent en compte l'analyse des risques propres à l'établissement, risques identifiés à partir de : de la cartographie des risques en lien avec l'analyse des événements indésirables et de l'analyse des risques a priori et risques professionnels ; du compte qualité comme : le manque d'information du patient sur sa prise en charge, l'absence de traçabilité des informations données au patient, le risque de maltraitance lié à la vulnérabilité du patient, l'abus de restriction de liberté ; de l'autoévaluation à blanc HAS ; des comptes rendus d'inspection externe ; du groupe éthique en charge de l'identification des risques de maltraitance, de la réflexion sur le sens du soin ; du dispositif de plaintes/réclamations ; des questionnaires de satisfaction patient. Cette politique est présentée en CME et validée par la CRUQ. Elle est déclinée au niveau du programme d'amélioration continu ou PAC de l'établissement, en actions prioritaires en fonction du niveau de criticité et les ressources et modalités de suivi sont identifiées dans ce cadre là.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus, à partir de la CRUQ, en lien avec la Direction. La personne référente, en charge de la relation avec les représentants des usagers est le Responsable Qualité et du système d'information, en lien avec le Président de la CME. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans le règlement intérieur de la CRUQ et dans le contrat de travail des professionnels. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (formation sur les missions des représentants des usagers organisée par l'ARS) ; les ressources matérielles (salle mise à disposition pour les réunions de la CRUQ) ; les ressources documentaires (informations sur le fonctionnement de la CRUQ dans le livret d'accueil patient, sur le panneau d'affichage et d'information destiné aux patients, sur le site internet du groupe) nécessaires. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels par le Cadre de santé, les membres de l'équipe de Direction, le Responsable Qualité et du système d'information, les médecins référents répartis sur l'hospitalisation complète, l'hospitalisation de jour et la sismothérapie, inscrits au niveau du groupe éthique.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Le management de chaque service impulse une démarche liée à la promotion et au respect des droits des patients portant sur le respect de la dignité, notamment par rapport à la vulnérabilité des patients, de l'intimité, de la confidentialité, de l'accueil personnalisé et de la recherche d'adhésion du patient à son projet thérapeutique par le biais du contrat de soins, le recueil du consentement pour les ECT. Les responsables des services sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et sur le processus. Le Cadre de santé s'assure de la conformité des pratiques par rapport au respect des procédures, protocoles, conduites à tenir. Des actions correctives sont identifiées dans le cas de signalement d'évènement indésirable.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (formation éducation thérapeutique, soins d'urgence, bientraitance, prise en charge des adolescents, psychologie de l'adolescent, douleur, risque suicidaire, sommeil, thérapie systémique) ; les ressources matérielles (espace remis en forme, balnéothérapie, plateau technique de sismothérapie, majorité des chambres à un lit, jardin paysager avec espace de rencontre patient, self restauration) ; les ressources documentaires (Charte du patient hospitalisé en santé mentale, livret d'accueil, règlement intérieur, panneau d'affichage patients et qualité, procédures et protocoles) sont disponibles et connues des professionnels. Il existe un accueil personnalisé et un soutien de l'entourage.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les conditions de prise en charge sont assurées dans le respect des droits des patients. La traçabilité de ces éléments est retrouvée au niveau des dossiers des patients consultés dans le cadre par

exemple de l'information sur l'anesthésie pour l'ECT, du document d'information sur l'ECT, de la demande d'admission en soins psychiatriques sur demande d'un tiers. Les modalités de signalement de suspicion de maltraitance sont définies et diffusées. Le respect des droits des patients est recherché au niveau des soins et des conditions d'hébergement. Ce que confirme les patients traceurs rencontrés lors de la visite. Des plannings de travail sont en place pour les soignants ainsi que des plannings hebdomadaires pour les patients. Les plannings de travail garantissent la continuité des soins. Le patient est bien informé du droit d'accès à son dossier. Les interfaces entre service sont assurées par les Responsables de service et sont opérationnelles. La traçabilité relative aux droits des patients (désignation de la personne de confiance, recueil du consentement éclairé ou refus de soins) est assurée.

## **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sur la base d'outils identifiés : questionnaires de satisfaction patients, enquête bientraitance, tableau de bord des réclamations, déclaration et analyse des événements indésirables, gestion des réclamations, évaluation en continu du PAC, rapport annuel de la CRUQ. Le dispositif de suivi, coordonné par le service qualité est assuré à partir d'indicateurs regroupés par thématique sur la satisfaction du patient, l'accueil, la prise en charge médicale et prise en charge en soins, les activités et vie sociale. Ce suivi donne lieu à la mise en place d'actions d'amélioration, notamment dans le cadre d'EPP (Placement et surveillance du patient en chambre d'isolement).

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAC institutionnel : rénovation de la cuisine centrale, rénovation des espaces d'hébergement, mise en place d'horaires spécifiques hommes/femmes pour l'activité balnéothérapie, élaboration de procédures (procédure annonce d'un dommage associé aux soins pour la pratique de la sismothérapie et l'anesthésie, procédure placement et surveillance d'un patient en isolement, mise en place du projet de soins "Le Patient acteur de sa santé"). Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne auprès des professionnels par le Cadre de santé et les Responsables de service comme en externe, à l'ARS. La communication des résultats sur le processus auprès des représentants des usagers est réalisée dans le cadre des réunions de la CRUQ (2 fois en 2014).

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

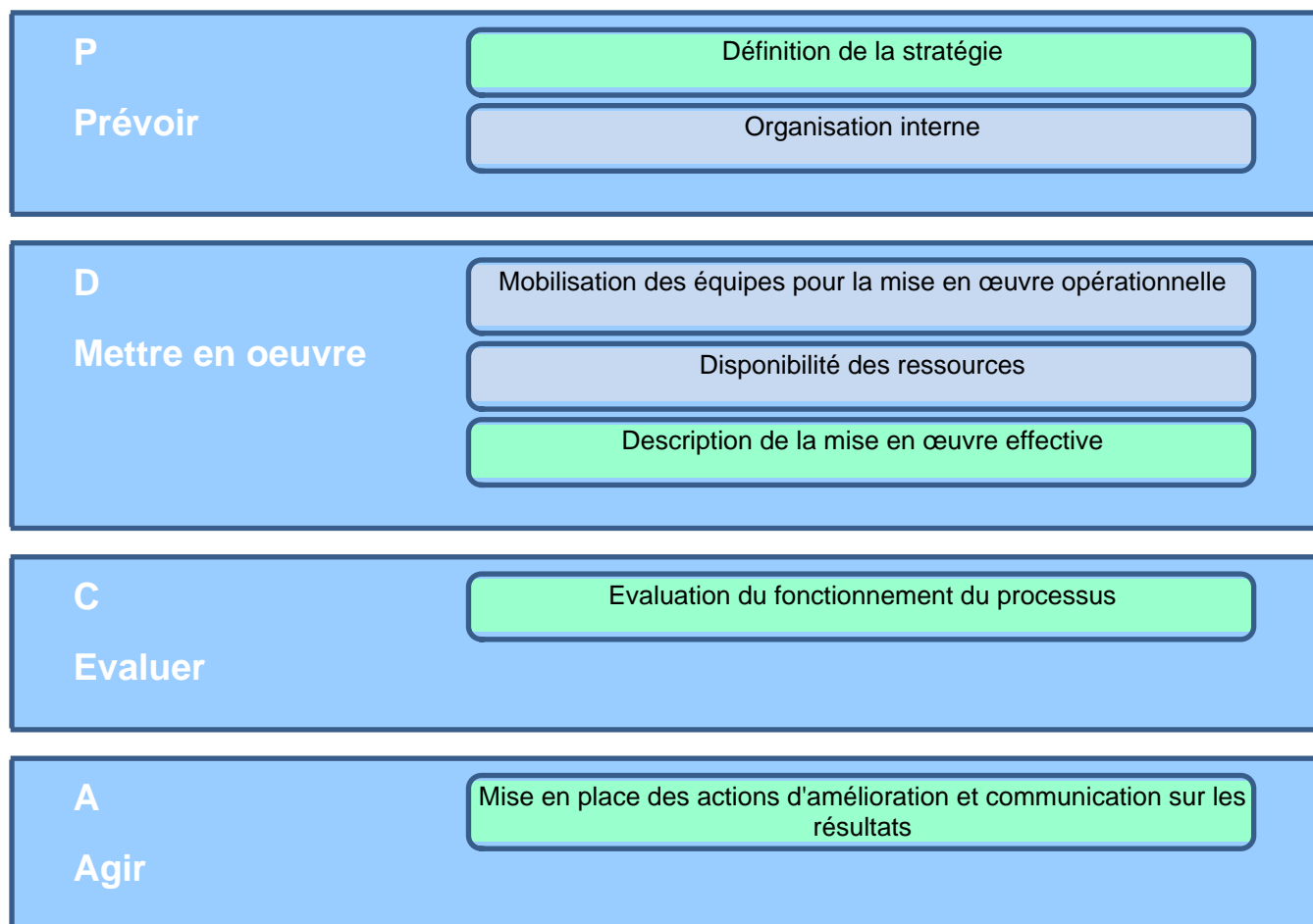
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique d'établissement comportant un projet médical. Celui-ci précise les orientations de la prise en charge des pathologies de la dépression et névrotiques. Cette politique a pris en compte les besoins de la région en créant une structure dans le sud de l'île nécessitant une révision du programme localement. Elle conforte l'activité de sismothérapie en fonction du contexte et une coordination avec les urgences d'établissement voisin. Elle prend en compte les résultats des indicateurs nationaux. Un paragraphe est consacré à la douleur. Elle engage l'établissement à organiser la prise en charge de jeunes adultes future. Cette politique est validée par les instances. Un programme d'action est formalisé et priorisé. Des indicateurs sont formulés. L'établissement a identifié des prises en charge de population spécifique : personne âgée, chronique, personne handicapée, démunie, post-partum. Le parcours patient en hôpital de jour fait l'objet d'une étude pour restructurer la prise en charge.

#### ORGANISATION INTERNE

Le président de CME est identifié pilote de cette thématique, la CME groupe de travail. Les rôles sont formalisés dans un règlement intérieur. Les professionnels sont recrutés selon des critères répondant à la spécificité psychiatrique. Deux entretiens d'embauche sont réalisés (médical et cadre de santé). Une organisation de la formation des nouveaux arrivants est présente. Un programme de formation sur des thématiques (outils de thérapies ou description de profil patient) est formalisé. L'évaluation des professionnels est en place et identifie les besoins. Des créations de poste ont fait suite à des dysfonctionnements signalés. En sismothérapie l'organisation a été structurée tant sur le plan architectural et informatique qu'en ressources humaines notamment pour les anesthésistes (convention avec un groupement d'anesthésistes). La gestion documentaire est accessible informatiquement. Un classeur papier des procédures est toujours en vigueur. Les postes informatiques en nombre suffisant permettent la saisie des données en temps réel. Des comités sont mise en place facilitant la gestion des interfaces et la concertation des professionnels. La gestion des interfaces est revue en CME, avec le fournisseur de logiciel pour le dossier patient et dans le cadre du management groupe pour les fonctions support.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Un tableau sur les prises en charge des populations à risque est affiché. Ce tableau liste les risques inhérents et les moyens de maîtrise. Le cadre s'assure de l'effectivité de la mise en œuvre de la traçabilité des données par des extractions à partir du dossier informatique (statistique de la prise en charge de la douleur, de IMC, réunion de synthèse, entretien infirmier...). Les professionnels participent aux différents comités et restituent aux collègues les informations utiles. Un affichage est réservé aux suites données aux déclarations d'évènements indésirables. Les procédures sont construites avec la participation des professionnels. Ils participent au REMED ou à l'analyse deux évènements graves survenus depuis peu. Des professionnels ont été formés à la méthode d'analyse. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont recrutées selon des critères listés en adéquation de la spécificité psychiatrique. Deux entretiens à l'embauche sont réalisés par le psychiatre et le cadre. Une formation est réalisée dès l'arrivée. Un programme de formation interne est formalisé et mise en œuvre: douleur en psychiatrie, la distance thérapeutique, le sommeil, la systémie, l'information sur l'audit prise en charge médicamenteuse, l'anxiété, l'infirmière en sismothérapie, troubles bipolaires. L'effectif est réajusté suite à un dysfonctionnement vécu. L'architecture des locaux a été pensée en fonction de la spécificité psychiatrique. La gestion documentaire est accessible informatiquement. Un classeur papier des procédures est toujours en vigueur. Les postes informatiques en nombre suffisant permettent la saisie des données en temps réel. Les procédures sont accessibles et révisées notamment concernant le dossier patient informatisé en 2014. Le cadre s'assure de la lecture des nouvelles procédures (fiche d'émargement). Les besoins en ressources sont identifiés et centrés sur la prise en charge personnalisée du patient.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dispositif d'accueil permet d'assurer la prise en charge. Le dossier administratif est constitué en partie en pré admission puis complété. L'infirmier, l'aide soignant réalisent, tracent leurs actes et données d'admission. Le psychiatre rencontre le patient est assure sa prise en charge sans délais. Le généraliste

est vu dès le premier jour et le volet somatique de la prise en charge saisi dans le dossier. Le projet de soins est tracé une semaine après l'admission après un temps d'observation. Le patient est informé sur le bénéfice risque de la prise médicamenteuse. Le consentement éclairé est signé par le patient notamment concernant l'acte à risque (ECT) et pour les activités sportives. Un contrat de soins est abordé oralement sur troubles de la conduite alimentaire, de la dépendance. L'articulation des soins avec des intervenants externe est concrète. L'agenda patient est remis au patient tant en hospitalisation complète que hôpital de jour. Une liste d'activités thérapeutiques est conséquente (activités sportives, sorties thérapeutiques, ateliers d'expression artistique).

Le tableau des gardes et astreintes est affiché dans les unités et couvre les 24h.

Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est en place. Le chariot est révisé selon la procédure. Et l'appel au SAMU ou pompiers est organisé.

Une réunion pluriprofessionnelle (IDE, AS, psychologue, assistante sociale, APA) est mise en place 15 jours après l'entrée du patient. Elle est standardisée sur une fiche papier puis tracée. Des transmissions quotidiennes, sur chaque patient sont effectives avec le médecin référent du patient. Des entretiens infirmiers sont hebdomadaires. Les troubles nutritionnels sont dépistés à l'entrée et chaque semaine. La traçabilité est réalisée.

L'éducation du patient est réalisée sous forme d'actions de sensibilisation. En hôpital de jour un groupe thérapeutique est mis en œuvre chaque semaine (information sur le traitement, conseil sur le bon usage des médicaments sur le sevrage des médicaments). 5 professionnels ont été formés sur la démarche de mise en œuvre d'un dispositif ETP. Actuellement une étude est menée en interne pour structurer les actions déjà existantes et obtenir la validation de l'ARS. Le risque suicidaire est dépisté dès l'entrée et au cours de l'hospitalisation. Une Procédure est formalisée sur cette prise en charge.

La sortie est organisée en concertation avec le patient et des professionnels d'aval (entretien de sortie IDE, synthèse de l'hospitalisation, traitement de sortie..). Le dispositif de traçabilité est réalisé, partagé et facilitant en termes de continuité des soins et de transmission des informations patients en temps utile ; ce que confirme le recueil des éléments réalisé dans le cadre des patients traceurs.

Le cadre s'assure de l'effectivité de la mise en œuvre par des audits IPAQSS à blanc ou des extractions de données à partir du dossier patient (réalisation des entretien IDE, traçabilité de la douleur, effectivité des réunions de synthèse, IMC...).

## **C / EVALUER**

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

L'établissement à mise en place des évaluations du parcours patient : pertinence des séjours inférieur à 3 jours, sur l'utilisation de la fiche de liaison, enquête sur la bientraitance, sur la tenue des réunions de synthèse, sur la surveillance des patients en chambre d'isolement, sur la tenue du dossier anesthésique. Certaines évaluations sont régulières et formule des indicateurs de suivi. La présentation en CME de l'EPP sur la pertinence des prescriptions des benzodiazépines est programmée. Celle sur la consommation des psychotropes est en continu. L'EPP pertinence des prescriptions des ECT a abouti à conforter cette activité face aux partenaires externes et à améliorer l'organisation du parcours ECT (dossier informatisé, procédures, locaux). Deux analyses d'évènements graves ont fait l'objet d'actions d'amélioration. Le cadre a élaboré son propre tableau de bord avec des indicateurs permettant une comparaison des résultats pour les audits qui sont reconduits.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports de diffusion sont établis. La communication en interne est réalisée (Affichage, réunion de service, transmissions orales).



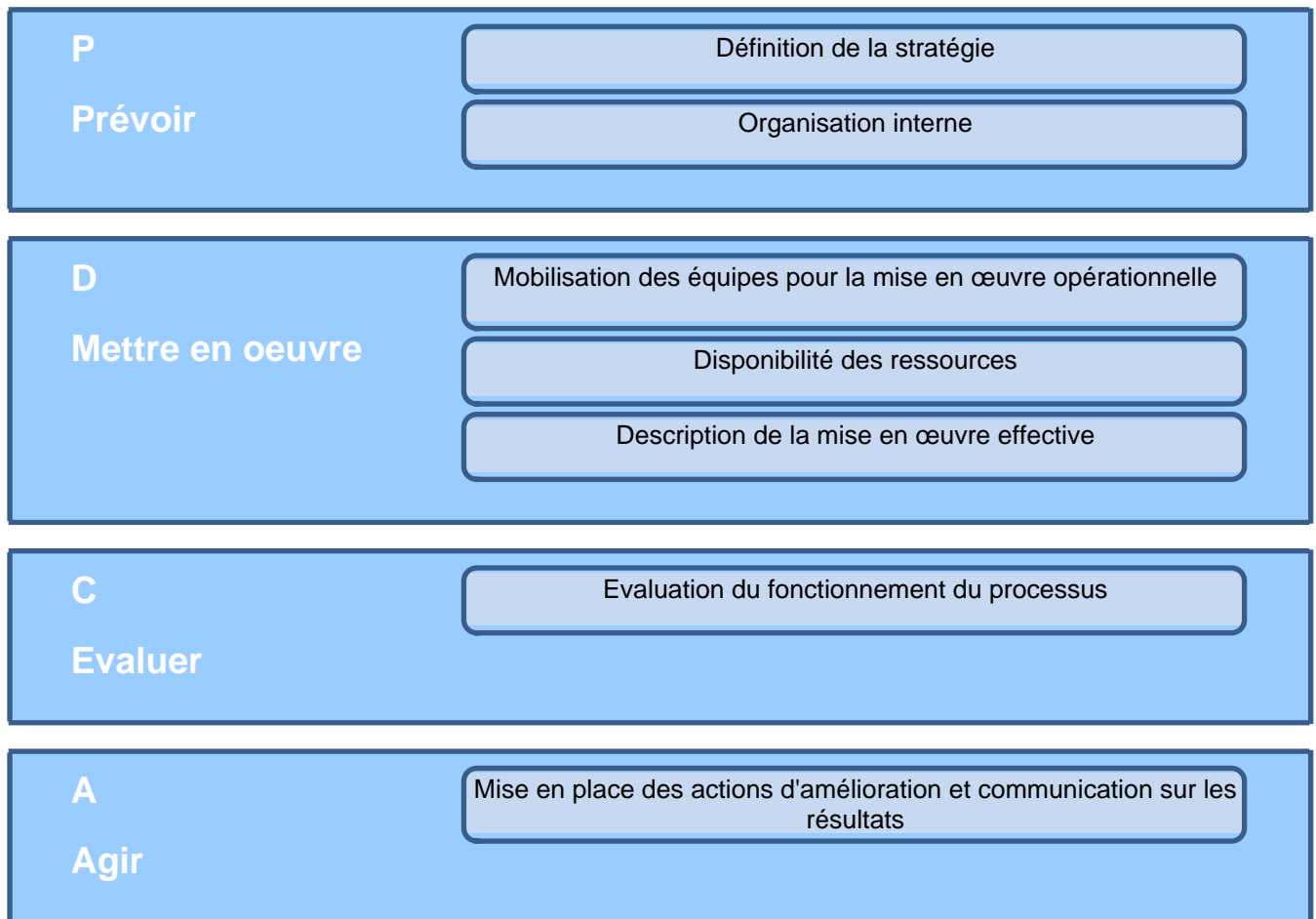
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe une politique du dossier patient qui définit les grandes orientations en matière de dossier patient informatisé. Les objectifs sont élaborés sur la base d'une identification des besoins, réalisée à partir de la cartographie des risques ainsi que du compte qualité et portant sur une unification du dossier par rapport à la sismothérapie réalisée par des intervenants extérieurs. Ils concernent les règles communes de tenue du dossier, l'accès à un dossier unique, commun et partagé par le biais de l'informatisation du dossier permettant de garantir la disponibilité de l'ensemble des informations en temps réel et utile, la confidentialité en termes de droits d'accès. Cette politique prend en compte l'analyse des risques identifiés suite à l'analyse des événements indésirables, le suivi des indicateurs nationaux et indicateurs de risques : l'identitovigilance, la perte des données informatisées, la gestion des accès et de la confidentialité au moyen des codes utilisateurs et des profils métiers, l'intégrité des données à partir de la sauvegarde des données en externe. La politique sur l'accès du patient à son dossier est formalisée dans une procédure prenant en compte les modalités standard et les modalités spécifiques par rapport aux ayants droits ainsi que le respect des délais définis par la réglementation. Cette politique, validée par la CME, en lien avec le Comité de Sécurité du Système d'Information ou CSSI. Elle est déclinée dans le schéma directeur des systèmes d'information et dans le programme d'actions formalisé et priorisé ou PAC : Plan d'amélioration continue.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus sur les aspects fonctionnels par la CME et sur les aspects techniques par le CSSI. Le déploiement sur le terrain est organisé par le Responsable Qualité et du Système d'information et la Cadre de santé. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans le règlement intérieur de ces deux instances. L'établissement prévoit les ressources humaines, en termes de compagnonnage des nouveaux arrivants, de formation de tous les professionnels utilisateurs par l'éditeur/fournisseur de logiciel, lors de la formation des nouveaux arrivants par le Cadre de santé ; les ressources matérielles au niveau du schéma directeur du système d'information et du plan de reprise d'activité, en lien avec l'éditeur et l'hébergeur des données. Les ressources documentaires sont définies au niveau du guide d'utilisation du dossier informatisé au sein de l'application ainsi que dans des procédures et protocoles au sein de la gestion documentaire informatisée et des classeurs qualité. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels par le Responsable Qualité et du système d'information, en charge de la coordination avec tous les utilisateurs du dossier patient informatisé et les cadres. Il existe un logiciel dédié et un lien entre le dossier patient et la facturation assuré par le service administratif, des fiches de poste de Référents du système d'information.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Le management des services d'hospitalisation complète et d'hospitalisation de jour organise la déclinaison de la démarche institutionnelle. Les règles de tenue du dossier informatisé sur les responsabilités en termes d'utilisation, la tenue, la confidentialité, la composition, la notion d'accessibilité en temps utile sont intégrées au logiciel sous la forme d'un guide d'utilisation connu des utilisateurs. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et sur le processus. Ils sont associés au projet d'informatisation du dossier sur la notion de traçabilité, de confidentialité par rapport aux accès. Le Cadre de santé s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et procédures en place. Le dossier informatisé garantit la communication des informations patient en temps utile. Des actions correctives sont identifiées en cas dysfonctionnements concernant l'exhaustivité de la traçabilité.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences : compagnonnage, formation par le fournisseur de logiciel, par le Responsable qualité et du système d'information au niveau du logiciel de sismothérapie, rappels par le Cadre de santé ; les ressources matérielles : mise à disposition d'ordinateurs pour les professionnels à l'infirmerie, en salles de soins, en salle de sismothérapie (consultation d'anesthésie, salle de choc, salle de réveil) ; les ressources documentaires accessibles à partir de la gestion documentaire informatisée et des classeurs qualité, actualisées et connues ( Guide d'utilisation intégré au logiciel dossier patient, Charte de fonctionnement du Comité de sécurité des Systèmes d'information, Charte du bon usage de l'informatique, Conduite à tenir en cas d'indisponibilité des applications dossier patient informatisé, Livret d'accueil du nouvel arrivant, procédure d'archivage des dossier médicaux à partir du dossier scanné à la sortie du patient, procédure Transmission des dossiers médicaux aux patients ou aux ayants droits, sous

forme de logigramme) sont disponibles dans les secteurs d'activité et accessibles aux professionnels. Le patient est informé des droits d'accès à son dossier par le Livret d'accueil, la Charte du patient hospitalisé et la Charte du patient en santé mentale.

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

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. La traçabilité est assurée. Les éléments constitutifs des différentes étapes de la prise en charge (le recueil des informations administratives sur l'identité du patient, le motif d'hospitalisation, l'observation initiale et les antécédents, le recueil actualisé des éléments relatifs à l'évolution et à la prise en charges, les informations en fin de séjour ont tracés en temps utile par les professionnels dans les dossiers consultés lors de la visite et des patients traceurs. Ce que confirment les éléments recueillis lors de l'étude du dossier patient traceur réalisée par l'EV soignant. Les interfaces sont organisées par les médecins, les responsables, les membres de la Direction et sont opérationnelles.

### **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre à partir du recueil de l'indicateur IPAQSS sur la Tenue du dossier patient, des prés requis de l'indicateur Hôpital Numérique, des démarches EPP dans le cadre des études rétrospectives de dossiers (EPP sur la pertinence de l'ECT), des audits des dossiers à partir d'extractions d'éléments du dossier sur le suivi de la tenue du dossier sur la présence de la consultation médicale d'admission, le délai de l'admission soignante, l'existence de la réunion de synthèse, la traçabilité des entretiens infirmiers ; l'objectif étant d'avoir une évaluation des données en temps réel. Il existe un tableau de bord sur la transmission des dossiers médicaux aux patients, avec une évaluation sur les délais d'envoi. Le suivi de la progression des indicateurs (indicateurs administratifs sur le taux de remplissage, les sorties imprévues, les sorties contre avis médical, les transferts) permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus et de mettre en œuvre des actions correctives. Ce suivi est assuré en continu lors de l'analyse des événements indésirables par le service qualité gestion des risques, au cours des points d'étape réalisés par le COPIL Qualité, la CME et le CSSI.

### **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre au regard des évaluations réalisées, sont intégrées et articulées avec le programme d'amélioration continu ou PAC institutionnel. Elles concernent des actions correctives, mises en œuvre en direct suite aux signalements de dysfonctionnements concernant l'informatisation du dossier, l'identitovigilance, les erreurs médicamenteuses. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont assurés par le Responsable Qualité et du système d'information. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne auprès des professionnels, par le Cadre de santé et au niveau des usagers dans le cadre de la CRUQ. Les résultats IPAQSS sont présentés en CME, affichés dans les unités de soins sur le tableau qualité gestion des risques et à l'accueil pour les patients, par messagerie, par le cadre lors des réunions de services.



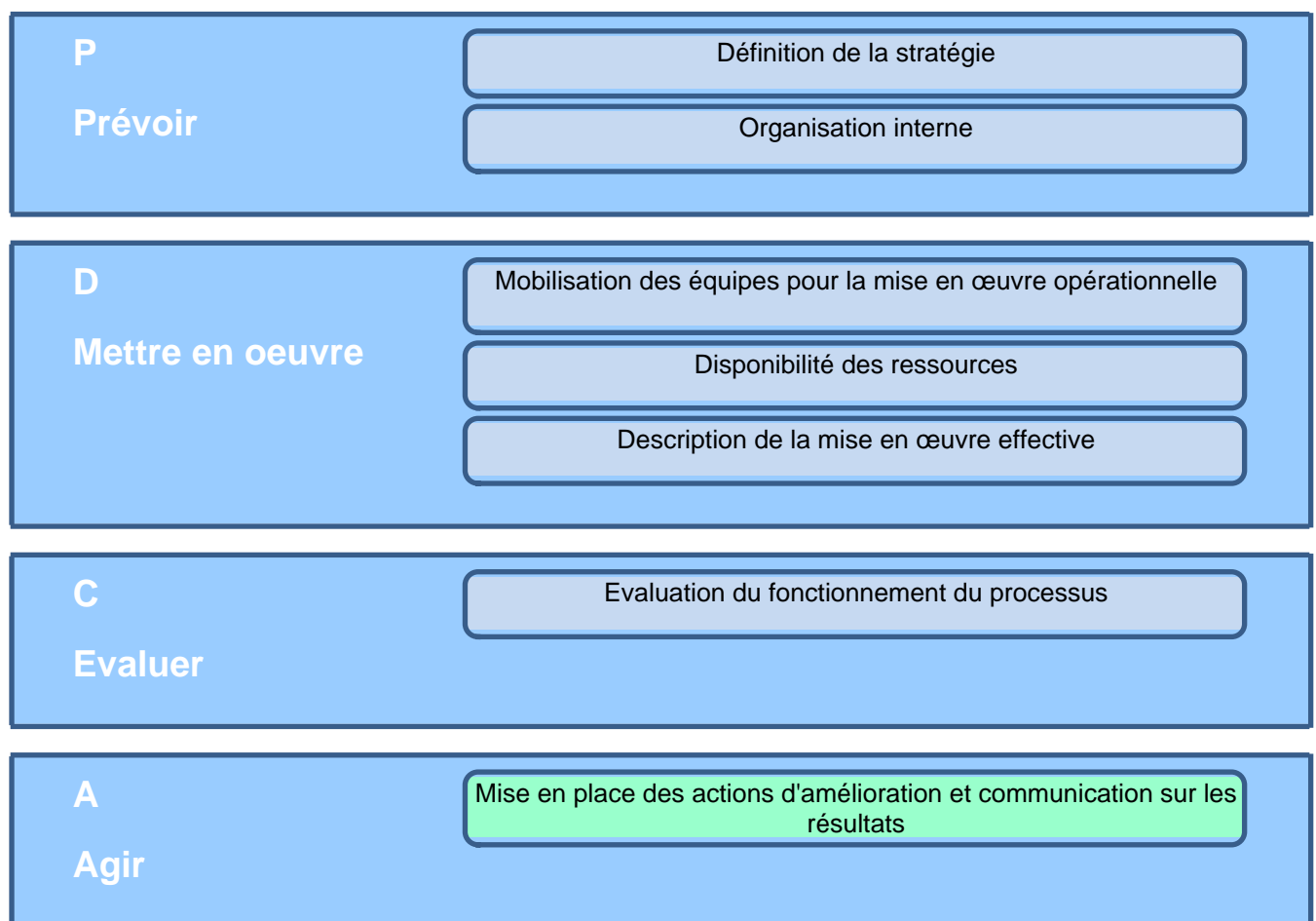
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique de la prise en charge médicamenteuse. Elle prend en compte les besoins identifiés au travers les déclarations des erreurs, médicamenteuses, de la cartographie des risques a priori, de la veille réglementaire. Elle est validée par le COMEDIMS. Elle a fait l'objet de communication auprès des professionnels lors des réunions de transmission. Un programme global d'amélioration continue existe. Il comporte 6 axes d'amélioration, désignant un pilote et un calendrier de mise en œuvre.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a désigné les pilote et copilote de la thématiques. Les fiches de poste sont formalisées. Le COMEDIMS est l'instance validante. Le Comité de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse correspond à la REMED. Dans les services, la mission des infirmiers est aussi bien identifiée quand à la gestion des stocks et des périmés des armoires à pharmacie. La formation aux risques d'erreurs médicamenteuses est organisée chaque années depuis 2013. Un manuel assurance qualité de la PUI existe. La procédure générique sur l'organisation de la prise en charge médicamenteuse est mise à jour. La procédure (version 4) de gestion des évènement indésirables inclue l'erreur médicamenteuse. Une fiche technique médicament en sismothérapie est spécifique à cette prise en charge à risque, puis concernant la personne âgée et sur les médicaments à risque. Des fiches sur le bon usage des médicaments se mettent en place progressivement. Ces documents sont accessibles sur la gestion documentaire informatisée. Les locaux de la PUI sont identifiés. Son fonctionnement est organisé : climatisation, accessibilité, horaires d'ouverture... La traçabilité de la prescription à l'administration est informatisée.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

La formation initiale des professionnels de la PUI est adaptée à leur mission. L'établissement reconduit, au niveau du groupe, la formation aux risques d'erreurs médicamenteuses depuis 2013. 5 professionnels, localement, l'ont suivie en 2014. La sensibilisation des professionnels sur les risques identifiés est réalisée lors des réunions du comité de lutte contre la iatrogénie. Les résultats de ces analyses sont communiquées dans le service. Une infirmière, membre du comité, assure une vigilance auprès de ces collègues. La gestion des stocks et des périmés dans les services est confiée aux IDE du service. Leurs missions sont bien identifiées et en adéquation avec la PUI. L'IDE membre du COMEDIMS est reconnue comme référent dans les services. Le COMEDIMS suit la mise en œuvre des actions d'amélioration.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La formation sur les erreurs médicamenteuses est reconduite depuis 2013. Le plan de formation concerne 2 établissements du groupe. A l'embauche les professionnels et lors des transmissions hebdomadaires sont formés aux outils thérapeutiques de la psychiatrie notamment concernant les médicaments spécifiques de la prise en charge. Des entretiens individuels psychiatre/ professionnel sont organisés. La documentation manifeste d'une remise à jour des procédures voir 4 versions quelques fois. Les locaux de la PUI sont bien distincts. Les équipements son adaptés aux besoins du circuit du médicament: armoires, frigidaires, coffres... Peu de dispositifs médicaux sont utilisés. Le nombre de postes informatiques permet d'assurer une traçabilité en temps réel.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles et support de prescription sont validées. La procédure générique décrit les différents cas de prescription. Celle-ci est informatisée. La liste des prescripteurs est mise à jour. La base de données de Claude Bernard est accessible depuis le dossier patient informatisé. La prescription est tracée en temps réel. L'analyse pharmaceutique est systématique et permet un suivi et une traçabilité de la réponse. La continuité du traitement médicamenteux est assuré de l'admission à la sortie. La gestion du traitement personnel est formalisée dans une procédure. Les moyens matériels permettent leur stockage et leur restitution en adéquation avec le traitement de sortie. La dispensation est nominative. Un stock de produit administré en goutte est en gestion globale. Un stock tampon existe dans les unités de soins. Il s'agit d'une réserve pour besoins urgents. L'acheminement des médicaments et des stupéfiants sont sous la surveillance du pharmacien. La chaîne de froid est respectée (fridaire contrôlé dans les services). Si urgence, une astreinte pharmaceutique est organisée. La gestion des périmés est effective dans les unités. Il n'y a pas de préparation anticancéreux dans l'établissement. Des fiches "bonnes pratiques" sont formalisées. Leur extension est en cours. Une journée porte ouverte sur "le bon usage du médicament" s'est tenue en 2014 ayant pour cible le patient et l'usager. Lors de la consultation médicale les

informations sur le bon usage du médicament sont données systématiquement au patient et reprise si nécessaire. Des thérapies de groupe reprennent ces informations. Depuis le dossier informatisé installé en décembre 2014, la traçabilité des pratiques de l'administration est évoluée (IPAQSS). L'administration est réalisée en salle de soins patient par patient puis est tracée en temps réel. Ce que confirme l'investigation des patients traceurs lors de la rencontre et de l'étude du dossier. La concordance se fait doublement : fiche de traitement et onglet du dossier informatique. Une liste de médicament dont la texture peut être modifiée est formalisé. Concernant les antalgiques une fiche précise leur dosage/efficacité. Une alerte permet de visionner les changements de traitements. Les allergies sont signalées à l'entrée du patient si elles sont connues. L'éducation thérapeutique sur le traitement relève d'une sensibilisation à l'autonomie médicamenteuse du patient lors de permission, ou d'une prise en charge de l'anxiété. L'ensemble de ces éléments est tracé et retrouvé dans les documents consultés.

## **C / EVALUER**

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

L'établissement assure l'évaluation de la mise en œuvre. Un audit a été organisé en 2014 sur le circuit du médicament et a listé des actions d'amélioration quant à la conformité des pratiques. 15 actions d'amélioration sont listées suite à cet audit. L'établissement a participé aux IPAQSS. Il analyse les erreurs médicamenteuses et formule des actions d'amélioration et sur l'analyse des causes profondes dans le cadre de REMED. Une EPP sur le circuit est toujours active depuis 2010, une autre sur pertinence des prescriptions des hypnotiques est en continu. Celle sur les antibiotiques fait l'objet de statistiques organisées en continu (livret thérapeutique, travail de concert avec un biologiste, enquête de prévalence...).

## **A / AGIR**

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

Cinq actions d'amélioration sont retrouvées dans le programme global. Les comptes-rendus de la CME et du COMEDIMS et des comités de lutte contre la iatrogénie font état du suivi et de la réalisation des actions d'amélioration. L'IDE membre du COMEDIMS relaye les informations montantes et descendantes.