



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



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

116 rue malbec
33800 Bordeaux
NOVEMBRE 2015

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
PROGRAMME DE VISITE	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
DROITS DES PATIENTS	14
PARCOURS DU PATIENT	18
DOSSIER PATIENT	23
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	27
ANNEXE	31

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

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 / POITOU-CHARENTES/LIMOUSIN/AQUITAINE
Statut	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	750005068	MGEN UNION	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 place 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	Convention partenariat CH Cadillac depuis 1977: participation au service public d'hygiène mentale pour la MGEN et mise à disposition de locaux pour le CH de Cadillac Convention SUMPPS depuis 2010: Prévention réseau étudiant Partenariat SHMA depuis 2014: co-animation ateliers thérapeutiques et supervision GCS Bordeaux-Arcachon- Médoc depuis décembre 2014: GCS « santé mentale, handicap, vieillissement et précarité ». GCS Rives de Garonne depuis décembre 2014: GCS« santé mentale, handicap, vieillissement et précarité ». Partenariat Association Rénovation, Etablissement Montalier, Société d'Hygiène Mentale d'Aquitaine depuis 2015: projet plateforme santé mentale jeunes adultes

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

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	/	dépression	Programmée	complexe	Santé mentale
2	Adulte	/	troubles bipolaires	programmée	Simple	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

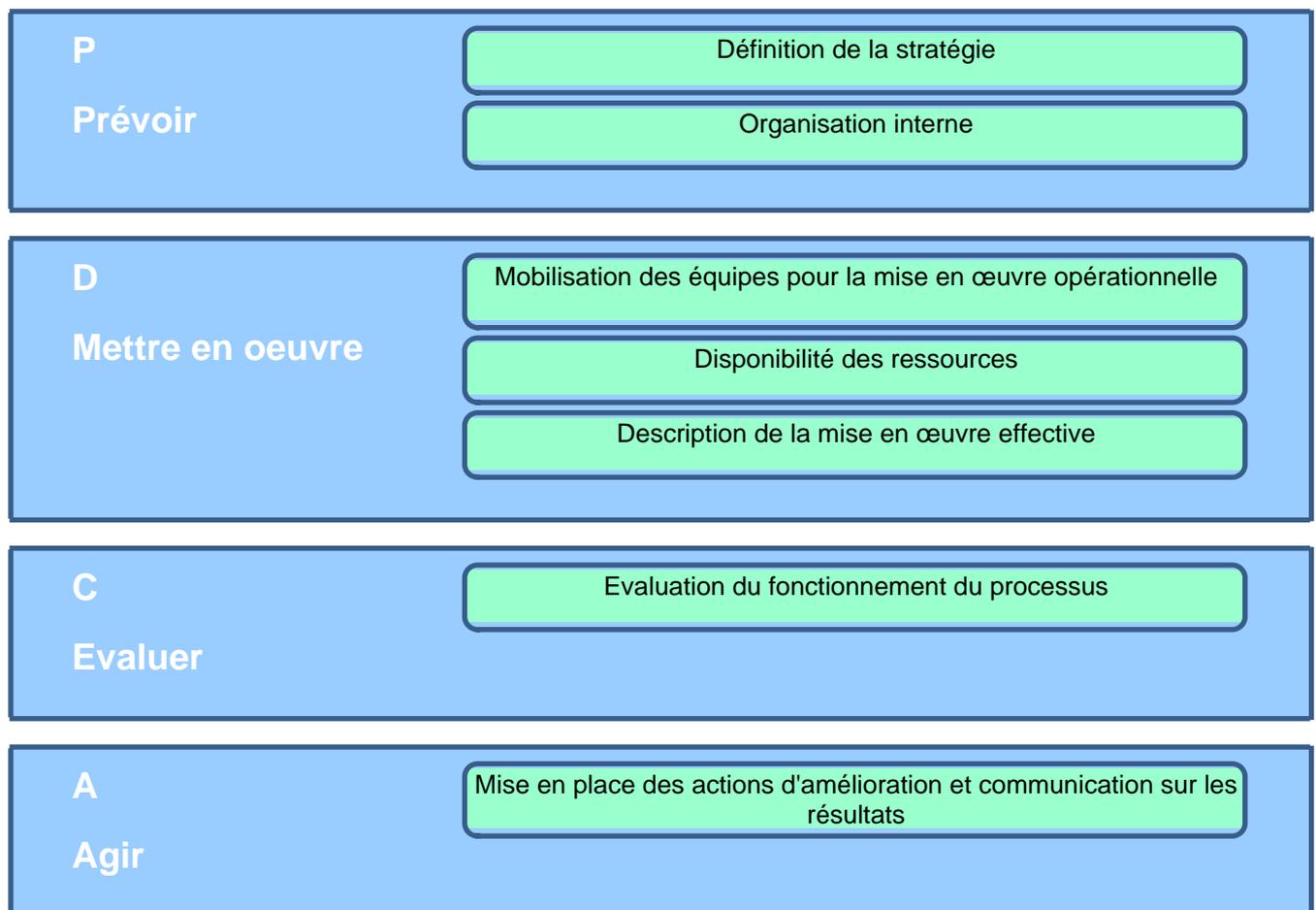
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique qualité et gestion des risques est intégrée au projet d'établissement et validée par les instances telle que la CME. Elle est soutenue par le groupe MGEN. Les axes stratégiques et les orientations de l'établissement priorisent des objectifs généraux notamment autour de la sécurité et la gestion des risques, la satisfaction et l'écoute des patients et l'évaluation. Des objectifs opérationnels sont déclinés tels que par exemple le soutien de la dynamique et la pérennisation de la politique d'évaluation des pratiques professionnelles par la création d'un comité de pilotage EPP. Les obligations légales et réglementaires, dont la gestion de crise, sont intégrées à la politique qualité et gestion des risques. Il existe un programme d'actions formalisé, en lien avec la politique qualité et gestion des risques comprenant des indices de priorisation.

ORGANISATION INTERNE

Pour piloter cette stratégie qualité et gestion des risques, l'établissement a établi une organisation. Un Copil qualité est structuré autour de la Commission Médicale d'établissement et de la direction générale. Le référent qualité et le coordonnateur des risques associés aux soins assistent à ce Copil. Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels concernés ou lettres de mission.

Les ressources matérielles et documentaires sont prévues. Un organigramme et schéma de pilotage définissent les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les différents instances. Un calendrier des réunions est formalisé. La concertation est privilégiée au travers des différents temps d'échanges en adéquation avec la taille de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les libellés des thématiques de la certification ont été reportés au programme d'actions d'amélioration de la qualité et des risques, permettant à chaque pilote et copilote de processus de faire une extraction spécifique pour le processus qu'il pilote. Cette déclinaison par thématique est opérationnelle pour les professionnels de terrain et l'encadrement s'assure de la conformité de l'atteinte des engagements. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus. Une réunion mensuelle "communication qualité" permet de soutenir la vigilance et la dynamique de chaque professionnel qui y assiste. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.) suite aux différentes évaluations (CREX, EI)

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Il existe un plan de formation. 9 personnes ont été formées à la gestion des risques et aux démarches qualité en 2014. La pharmacienne et une IDE ont été formées à la méthode d'analyse des causes profondes des événements indésirables. Ils sont formés à la sécurité incendie, au risque électrique et aux alertes Plan Blanc. Des exercices sont opérationnels. La culture de la qualité et de la gestion des risques est transmise aux nouveaux arrivants pour lesquels un mémento "Repères essentiels de la qualité" vient d'être élaboré. La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée en conformité avec le décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010. La quotité de temps dédié pour assurer la fonction est quantifiée. L'évaluation du temps nécessaire à la fonction de coordonnateur des risques associés aux soins a été estimé à 10% par la CME et la direction générale. 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 sont actualisés autant que nécessaire et formalisés et mis à disposition de l'ensemble des professionnels de l'établissement. Une liste par thèmes (hygiène, soins, sécurité et logistique) est formalisée et disponible. Les créations et mises à jour documentaires sont participatives. Un classeur sur les modalités de fonctionnement de la gestion documentaire est disponible pour le personnel étant donné l'informatisation très récente des documents. A noter que l'établissement est en cours d'acquisition d'un logiciel pour la gestion informatique de la documentation. Enfin, les cartographies des risques globales sont disponibles et établies pour les risques concernant le management et ceux de la prise en charge du patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les personnels rencontrés se sont appropriés le dispositif de gestion des événements indésirables et l'évalue opérationnel. Il permet une analyse des causes en comité de gestion des risques, des vigilances et des risques associés aux soins (CGRV), ou en CREX pour la recherche des causes profondes, selon une méthodologie adaptée. Les acteurs concernés sont informés et connaissent les mesures de sécurisation mises en place le cas échéant. Les professionnels connaissent les référents identifiés pour la gestion des vigilances sanitaires, notamment la pharmacovigilance et la matériovigilance. Les professionnels rencontrés maîtrisent les modalités de fonctionnement de la gestion documentaire. Il existe une fiche d'incident revue en juin 2015 qui permet à tout professionnel de l'établissement de signaler un événement indésirable, les mesures correctives prises. et de tracer l'analyse les causes. Enfin, l'organisation permet une capacité de réaction en cas d'imprévu et d'analyse collective lors des diverses réunions programmées.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation régulière du processus est réalisée. Elle est basée sur le suivi semestriel de la mise en œuvre du programme qualité et sécurité des soins à l'échelle de l'établissement. Divers bilans sont également disponibles notamment le rapport d'activité de la CRUQPC, le bilan du Copil qualité et une analyse statistique des incidents. 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. L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée en lien avec la CRUQPC. On retrouve une enquête de satisfaction et un questionnaire de sortie dont les résultats sont disponibles et diffusés à l'ensemble des personnels. Le bilan des plaintes et des réclamations est réalisé mais l'établissement n'a pas à ce jour reçu de courrier en ce sens. Cependant, le suivi régulier de la progression des résultats n'est pas structuré. Les objectifs à atteindre au regard de ces résultats et les seuils d'alerte ne sont pas fixés. Les tableaux de bord des indicateurs existants ne présentent que les résultats obtenus pour une période définie.

A / AGIR

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

Le programme d'amélioration de la qualité et gestion des risques a été évalué en octobre 2015 et permet un suivi interne des démarches et projets d'amélioration continue en fixant, notamment, des objectifs précis, les pilotes, les échéances et les modalités de suivi. L'état d'avancement et les liens vers différents travaux ou observations diverses sont précisés autant que nécessaire. La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi du programme de la qualité et de sécurité des soins et des nouveaux besoins ou risques identifiés. Les résultats des évaluations et des actions conduites sont diffusés. Les chefs de projets rendent compte des démarches EPP devant les instances. Les résultats des indicateurs sont affichés et communiqués aux professionnels et aux usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Source PT/AP	Critère V2010
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Le suivi régulier de la progression des résultats n'est pas structuré. Les objectifs à atteindre au regard de ces résultats et les seuils d'alerte ne sont pas fixés. Les tableaux de bord des indicateurs existants ne présentent que les résultats obtenus pour une période définie.	AP	8a

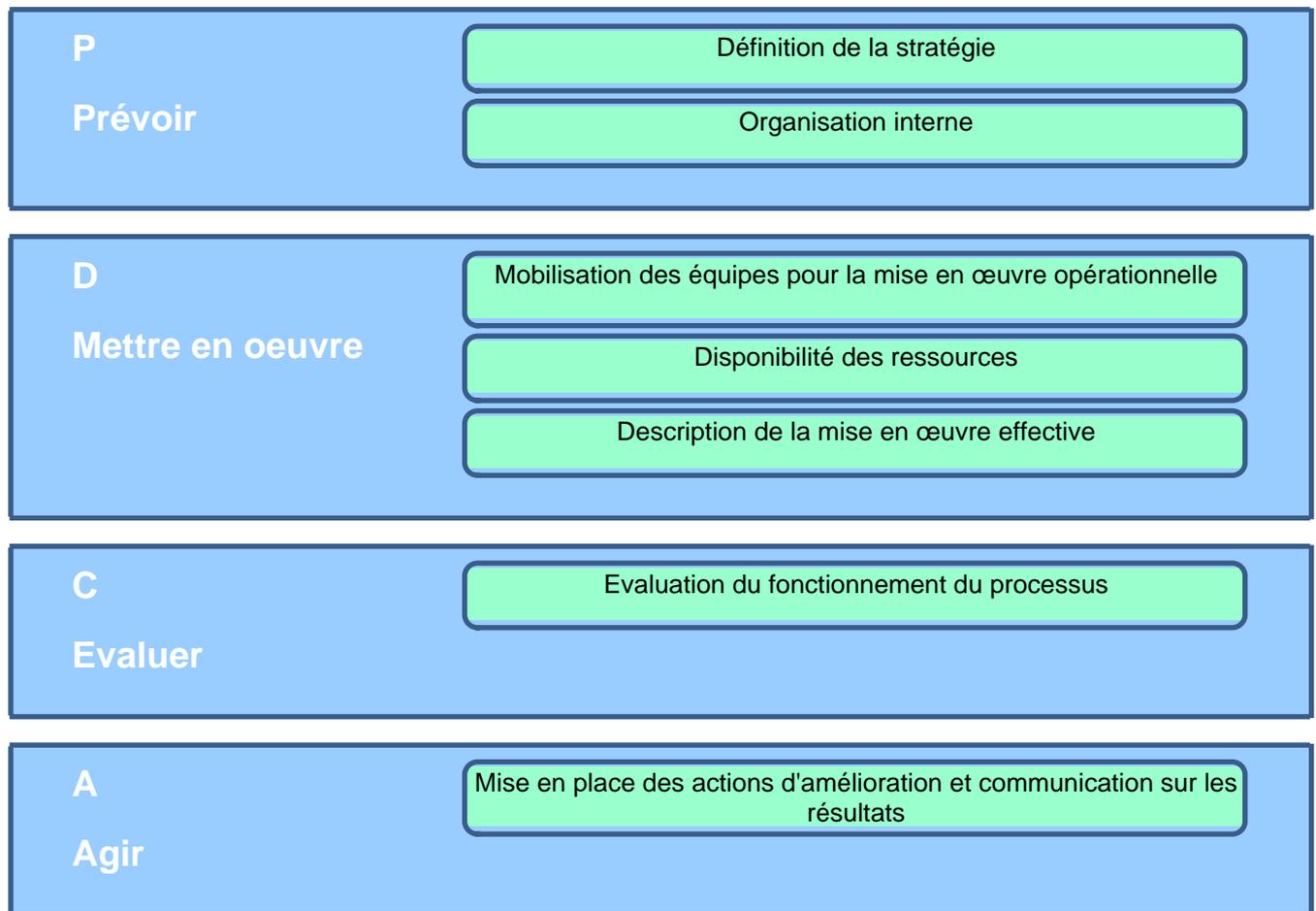
DROITS DES PATIENTS

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 des droits des patients est intégrée aux axes stratégiques et aux orientations de l'établissement conformément au projet d'établissement de 2011/2015. Elle priorise une approche globale de la personne dans une relation éthique et humaniste. Des objectifs généraux notamment autour de la place et du rôle des usagers, la mesure et l'amélioration de la satisfaction des patients sont formalisés. Des objectifs opérationnels sont déclinés dans la politique qualité et gestion des risques tels que par exemple le renforcement des relations avec les usagers et les associations ou l'intégration d'un espace éthique d'un établissement partenaire. Suite à la rédaction du compte qualité, une note politique stratégique a été élaborée et reprend les axes de travail incluant le respect des droits des patients, la promotion de la bienveillance et le respect des libertés individuelles en offrant des soins libres et personnalisés au plus près des attentes du patient. L'analyse des risques a été effectuée dans le cadre de l'élaboration du compte qualité, s'appuyant sur les exigences du manuel de certification, les démarches et pratiques d'amélioration menées, les indicateurs disponibles, les questionnaires et enquêtes de satisfaction, les événements indésirables signalés, les plaintes et réclamations des patients et les rapports d'activité de la CRUQPC. Il existe des actions précises concernant les droits des patients inscrites au programme d'actions qualité et gestion des risques de l'établissement. Ces actions sont priorisées à l'aide d'un indice de priorisation. Cette stratégie a été validée par les instances concernées notamment la CME, le Copil qualité et gestion des risques. Elle a été présentée et validée par les membres de la CRUQPC.

ORGANISATION INTERNE

La CRUQPC est en place et le nombre de réunion est conforme à la réglementation. Des réunions additionnelles peuvent être programmées en fonction de l'actualité. Le taux de participation est de 100%. Les missions et les responsabilités du médiateur médical sont rappelées notamment dans le règlement intérieur de la CRUQPC, la procédure de traitements des plaintes et des réclamations, celle concernant l'accès du patient à son dossier et le nouveau livret d'accueil. La gestion des interfaces est organisée et permet l'articulation cohérente avec les objectifs. Le référent qualité assiste à la CRUQPC et le coordonnateur des risques associés aux soins contribue à l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Les ressources humaines, matérielles et documentaires sont prévues conformément aux objectifs fixés. Un plan de formation institutionnel est formalisé. Il existe également un plan de formation établi par le Groupe MGEN dont une des orientations est axée sur la promotion des pratiques professionnelles bien-traitantes.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les libellés des thématiques de la certification ont été reportés au programme d'actions d'amélioration de la qualité et des risques, permettant à chaque pilote et copilote de processus de faire une extraction spécifique par thématique. Cette déclinaison par thématique est opérationnelle pour les professionnels de terrain. Des réunions institutionnelles et des temps collectifs d'échanges sont dédiés pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés sur le processus des droits des patients et les résultats. Ces temps ont permis également de d'ajuster, valider et/ou amender le compte qualité. Au regard des résultats et de leur analyse, des actions correctives peuvent être proposées par ou avec les professionnels et intégrées au programme qualité et gestion des risques si validées par les instances ou pilote du processus.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Une formation spécifique pour les soins sans consentement avec un juriste a été réalisée. Les représentants des usagers bénéficient également de formation dispensées par le CSIS d'Aquitaine. Les procédures propres aux droits des patients sont disponibles et actualisées autant que de besoin. La participation des professionnels est effective. La procédure d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, la procédure de recueil de la personne de confiance et celle concernant l'accès du patient à son dossier sont également à disposition des professionnels. Enfin, les ressources matérielles et les conditions d'accueil sont adaptées pour préserver la confidentialité, l'intimité et la dignité du patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre l'organisation définie. L'habitude de travail en équipe permet une capacité collective d'analyse et de gestion des imprévus. La traçabilité des activités est assurée. L'écoute patient est une vraie valeur de l'établissement dans la recherche systématique d'une relation éthique et humaniste. Les modalités de signalement en cas de maltraitance sont formalisées et connues des professionnels. Les patients sont en hospitalisation libre et leur consentement est un préalable à l'admission. Les rencontres sont régulières avec les référents.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus. La périodicité de l'évaluation est fonction des outils utilisés. Un questionnaire de sortie est remis aux patients et permet, malgré un taux de retour faible, de mettre en place des actions d'amélioration. Le taux de satisfaction s'élève à 75% pour 2014. Une enquête annuelle de satisfaction est organisée. On compte deux lettres d'éloges reçues. Une fiche de réclamations, suggestions a été formatée pour être au plus près à l'écoute des patients. Une boîte à idées pour les repas est également à disposition des patients à l'entrée du restaurant. Enfin, une réunion de débriefing tous les mercredis matin rassemble les professionnels et les patients et aborde notamment des problématiques institutionnelles de droits des patients. Cette réunion permet aux professionnels d'être réactifs aux besoins exprimés.

Le suivi des actions inscrites au compte qualité permet d'évaluer les thèmes liés à la prévention de la maltraitance, le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, l'accessibilité des locaux aux personnes présentant un handicap, l'intimité, le recueil de la personne de confiance.

L'établissement dispose d'un tableau de bord synthétisant les indicateurs du processus droits des patients avec notamment pour 2015 le taux global de satisfaction des patients suite à l'enquête annuelle, le taux de satisfaction générale à la prise en charge ou encore le nombre de demande d'accès au dossier patient (pas de demande en 2014). Il n'y a eu aucune plainte et de réclamation depuis 2012.

A / AGIR

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

Les actions mises en œuvre sont intégrées au programme qualité et gestion des risques. Le rapport d'activité de la CRUQPC est disponible, ainsi qu'un bilan des actions réalisées. Les membres de la CRUQPC sont destinataires de toutes les données nécessaires à leurs missions, y compris les représentants des usagers et sans sélection préalable. La messagerie des professionnels ou les réunions régulières en tant que vecteurs de communication participent largement à la diffusion des résultats.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

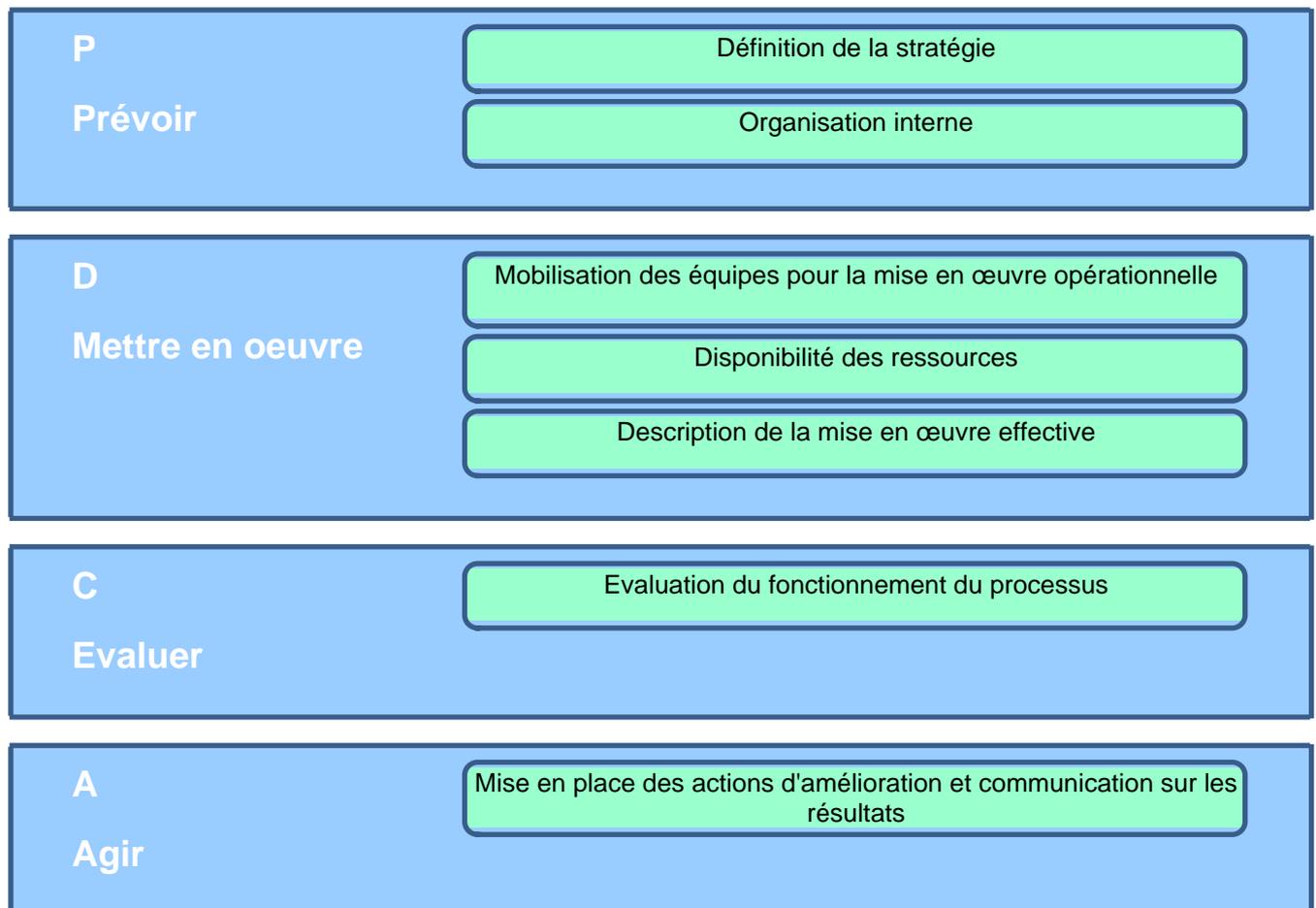
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les orientations stratégiques du centre de santé mentale de la MGEN sont définies en référence au CPOM 2012/2017 et du PRS et SROSS aquitaine qui identifient les missions et le contexte. Les axes stratégiques et orientations du centre de santé mentale sont définis et révisés annuellement. Ils sont validés par les instances et diffusés auprès des équipes. Le projet d'établissement 2011/2015 s'appuie sur les réflexions internes, le CPOM, et les résultats des certifications. Huit objectifs génériques sont définis en prenant ces données. Un des objectifs est centré sur la réalisation du PAQ et de son suivi. Le PAQ prend en compte les résultats des audits internes et externes, des indicateurs qualité sécurité des soins, des actions d'amélioration issues du CREX, des démarches EPP et des exigences de la certification V2014. Les actions sont ciblées avec un indice de priorisation.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le management stratégique est piloté par le COPIL qualité regroupant Direction et CME. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans des fiches de mission. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. L'effort a particulièrement porté sur la gestion documentaire et la montée en charge technique de l'informatisation du dossier patient (mise à la norme du câblage, parc informatique, formation, unité centrale). En référence à la grille d'analyse de la HAS, le centre de santé a expérimenté la méthode du patient traceur sur 3 situations début 2015. Ce travail s'inscrit dans une démarche EPP. Le processus de prise en charge du patient (de la pré admission à la sortie et de l'hypothèse d'une réadmission) est formalisé et intégré au projet d'établissement. Le plan de formation est organisé, il prend en compte les objectifs du centre de santé (informatisation, gestes d'urgence, etc.) et les demandes individuelles des agents. Le système d'information sur le parcours patient est organisé. Suite à la montée en charge de l'informatique, les supports d'information et documentaires sont à la fois sous forme papier et informatique.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins du centre de soins, le directeur et le président de CME organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels qui sont inscrit au PAQSS et pour certains au CQ. La direction et le président de CME sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans l'hôpital de jour ou sur le processus ainsi que sur leurs résultats. Ils s'assurent de la conformité des pratiques. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). En juin et septembre de chaque année les actions des groupes thérapeutiques sont évaluées et réactualisées si besoin. En fonction de ces réunions des programmes d'actions sont énoncés. Les nouveaux programmes sont validés par la direction et la CME qui fixent des objectifs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, plan de formation), matériel (dont locaux et équipements, informatique) et documentation papier et informatique (accessible et actualisée) sont disponibles pour l'ensemble des professionnels. Les travaux d'amélioration sont programmés et suivis comme l'aménagement de la salle de soins, l'abri extérieur. Un comité de pilotage informatisation est mis en place pour suivre l'évolution de l'implantation du DPI.

Le planning de la continuité médicale et soignante est formalisé et diffusé auprès des professionnels. Le processus de prise en charge des patients est formalisé et actualisé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le processus de prise en charge des patients définit les différentes étapes de la prise en charge de la demande d'admission à l'organisation de la sortie de l'hôpital de jour. Les documents de traçabilité des différentes étapes sont joints au processus, ainsi que les actions s'y référant et les professionnels concernés. Un référent médical et un binôme de référents infirmiers sont désignés pour chaque patient. Les espaces de coordination et d'évaluation des soins sont formalisés et programmés dans le planning de travail. Du lundi au vendredi, chaque jour deux réunions de transmission de 30 minutes sont organisées pour l'ensemble de l'équipe. Le lundi et mardi ces réunions sont plus longues pour aborder d'autres sujets (synthèse, liaison secteur, rencontre CMP, réflexions théoriques, informations des instances, etc.).

Le lundi matin, une fois par mois une réunion d'information concerne plus spécifiquement le retour des comptes rendus des réunions des instances. Des réunions d'analyse de la pratique sont organisées avec des intervenants extérieurs: tous les mois une réflexion sur les pratiques des ateliers thérapeutique et environ une fois par trimestre une réunion "théorico-clinique" sur l'analyse d'un cas avec une équipe de soins partenaire. Une réunion institutionnelle patients et équipe de soins est organisée tous les mercredis. Les comptes rendus de toutes les instances, (COPIL, CME, CRU, CLIN, EPP...) leurs objectifs et actions d'amélioration sont diffusées dans un classeur dans la salle de soins et dans la gestion documentaire informatisée. Dans chaque instance, un représentant infirmiers participe et peut en faire le retour lors des réunions d'information. La question sociale est prise en compte dès le début de la prise en charge. Dès la phase d'évaluation initiale du patient, un rendez-vous avec l'assistante sociale est proposé. Une fiche sociale d'accueil est réalisée permettant l'évaluation de la situation et de l'environnement. Le bilan intégré au dossier patient est partagé en équipe lors d'un staff. Des actions d'éducation à la santé sont mises en œuvre lors des ateliers. L'établissement fait appel à des compétences externes spécialisées pour les actions d'éducation à la santé (par exemple maison du diabète) ou par l'intermédiaire du médecin traitant. Le réseau est en voie de formalisation. Cela reprend un des axes stratégique du PRS: "l'établissement doit développer la coopération entre professionnels de santé pour les patients bénéficiant d'un programme ETP". Suite à une EPP l'évaluation médicale du risque suicidaire est réalisée et transcrite dans le dossier. Les modalités de prise en charge sont alors adaptées, avec des entretiens infirmiers plus fréquents, des mesures de protection (surveillance des traitements) et une vigilance plus présente. Suite à une EPP, l'évaluation des troubles nutritionnels est formalisée. L'IMC est tracé à l'admission et réévalué tous les 2 mois. Un bilan sanguin est fait à l'admission et tous les ans, les résultats sont transmis au médecin généraliste du patient. Le groupe alimentation diététique suit les régimes et peut éventuellement demander conseil à la diététicienne du groupe MGEN. La prise en charge des situations d'urgence est cadrée par des protocoles sur les risques de chute, plaies, étouffement, malaise, incendie et les conduites à tenir en cas de choc anaphylactique. Un défibrillateur semi-automatique est à disposition des équipes. Les numéros d'urgence sont affichés dans les bureaux infirmiers. Des trousse d'urgence (médicaments et bobologie) sont à disposition des infirmiers pour les sorties extérieures. Les plannings des réunions et ateliers thérapeutiques sont élaborés et à disposition des professionnels. Les animateurs ou/et les participants sont désignés, ainsi que les thèmes des réunions spécifiques. L'évaluation médicale et soignante, initiale et continue est tracée dans le dossier. L'évaluation initiale du patient comprends un volet somatique. La prise en charge des soins somatique est coordonnée avec le médecin généraliste du patient. Durant la période d'admission les prises de constantes sont assurées par les infirmiers et un bilan sanguin standard est réalisé et reconduit annuellement. Les antécédents sont systématiquement recherchés. Cependant, la traçabilité des informations entre les ateliers et les autres secteurs activité n'est pas effective. La traçabilité des observations du suivi des prises en charges par les professionnels animant les ateliers thérapeutiques ne sont pas transcrites dans le dossier. Ces informations sont transmises oralement lors des réunions de synthèse.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les étapes d'évaluation de la prise en charge du patient dans le processus de soins sont formalisées et organisées. L'audit du dossier patient est réalisé annuellement, le taux de conformité étant au-dessus du seuil de performance, l'établissement n'a pas mis en œuvre d'actions d'amélioration.

Le taux de satisfaction de l'enquête annuelle des patients et des questionnaires de sortie sont suivis et comparés annuellement. L'action d'amélioration a porté sur des outils complémentaires de recueil de la satisfaction. Le nombre de patient bénéficiant d'un suivi somatique fait l'objet d'un bilan semestriel.

A / AGIR

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

Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions qualité. Cependant, les actions d'améliorations suite aux EPP ne sont pas évaluées. Les items intégrés au dossier patient sur la mesure du risque suicidaire ne font pas l'objet d'une démarche d'évaluation.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers et des représentants des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Source PT/AP	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité des informations entre les ateliers et les autres secteurs activité n'est pas effective. La traçabilité des observations du suivi des prises en charges par les professionnels animant les ateliers thérapeutiques ne sont pas transcrites dans le dossier. Ces informations sont transmises oralement lors des réunions de synthèse.	AP	18a
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Les actions d'amélioration suite aux EPP ne sont pas évaluées. Les items intégrés au dossier patient sur la mesure du risque suicidaire ne font pas l'objet d'une démarche d'évaluation.	AP	17a

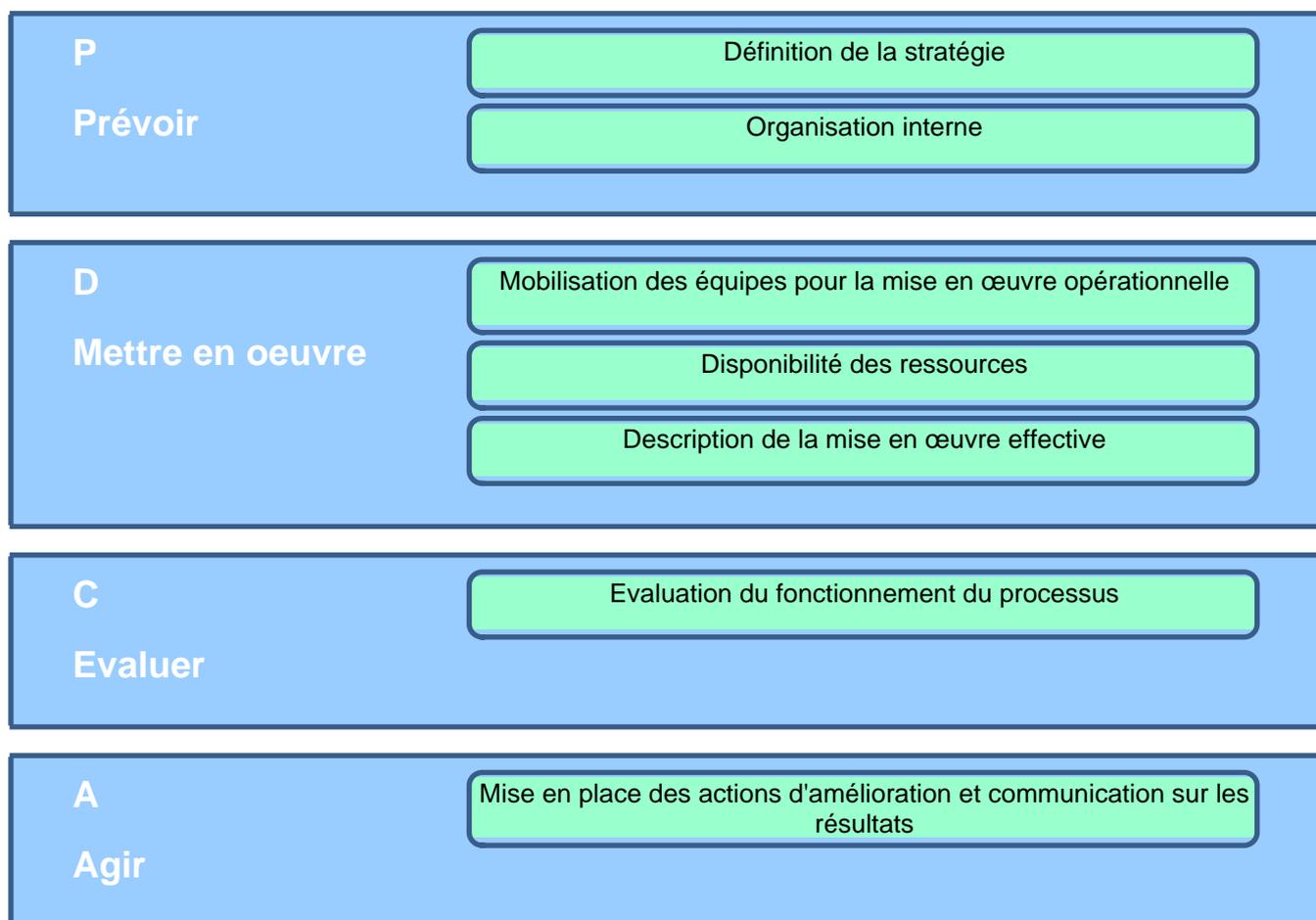
DOSSIER PATIENT

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

La politique du dossier patient fait partie du projet des systèmes d'information intégré au projet d'établissement 2011/2015. Des objectifs opérationnels sont déclinés dans la politique qualité et gestion des risques tels que par exemple l'accompagnement et la formation des personnels aux changements liés à l'engagement de l'informatisation du dossier patient. Cette informatisation a commencé depuis mai 2015 ; elle doit s'achever en juillet 2016 pour le premier lot correspondant au planning des activités du patient, l'agenda et au PMSI. Le lot 2 est en cours de planification. A noter que suite à la rédaction du compte qualité et à son évaluation en octobre 2015, une note politique stratégique a été élaborée et reprend les axes de travail incluant l'informatisation du dossier patient, l'optimisation de l'archivage des dossiers papier et la poursuite de l'évaluation du dossier patient. L'identification des principaux risques a été réalisée suite à l'analyse des résultats des audits dossiers, des référentiels de bonnes pratiques édités par la HAS et des événements indésirables recensés. L'établissement a établi l'interprétation de son échelle de criticité et de niveaux de maîtrise.

ORGANISATION INTERNE

Les missions et les responsabilités du pilote du processus "dossier patient" ont été définies. La fiche de mission est disponible et a été validée par le comité de direction et la CME en janvier 2015. Pour accompagner le pilotage de la mise en œuvre de cette politique et du déploiement de l'informatisation du dossier patient, un COPIL a été instauré. Les habilitations des professionnels quant à leur accès au dossier du patient sont définies en fonction de leur métier. La définition des droits d'accès des utilisateurs et la tenue du tableau de bord des droits d'accès relèvent des missions du référent informatique sous l'autorité du COPIL informatique. Le directeur général est identifié pour assurer et garantir l'accès du patient à son dossier dans le respect des délais définis. L'accès du patient à son dossier est organisé conformément à la réglementation. Les règles de tenue du dossier sont formalisées. A ce jour, le dossier patient papier cohabite avec la version électronique des formulaires composant les différents volets du dossier. Quatre classeurs par patient sont identifiés, un pour le dossier médical, un pour le dossier de soins, un pour le dossier pharmaceutique et un pour le dossier administratif. Toute modification informatique nécessite l'édition papier justifiant du recueil exhaustif des informations de la version du dossier papier. 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. En revanche, l'archivage ou la destruction des formulaires électroniques n'est pas structurée. Les règles de tenue du dossier ne décrivent pas l'organisation pour l'archivage ou la destruction des formulaires électroniques après la sortie du patient. L'établissement considère que la version papier est la référence à ce jour et ce jusqu'à la mise en œuvre opérationnelle de l'informatisation du dossier patient.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les professionnels sont mobilisés autour du projet d'informatisation du dossier patient. La mise à disposition de l'informatique dans les bureaux des soignants est un premier pallier du projet global d'établissement. Le comité de pilotage de l'informatisation est coordonnateur de la mise en œuvre et du suivi de l'informatisation du dossier. Il est animé par la direction et composé des différents professionnels. Les responsables sensibilisent ainsi les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). En effet, des temps collectifs sont dédiés pour échanger sur les actions prévues et l'échéancier.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation) sont disponibles dans les secteurs. Les professionnels en poste et les nouveaux arrivants sont informés des modes de fonctionnement au fur et à mesure du déploiement de l'informatique. Les ressources en matériel (dont locaux et équipements, informatique), en documentation et protocoles (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Les locaux sont conformes aux normes de sécurité permettant le stockage des dossiers.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La qualité de la tenue du dossier patient est effective. Tous les documents composant le dossier sont

identifiés au nom, prénom et date de naissance du patient. On retrouve l'identité du professionnel de santé qui a recueilli les informations, ainsi que les coordonnées du médecin adresseur. Chaque dossier est attribué à un référent médecin et un binôme soignant. Le système d'information actuel permet d'assurer la coordination et la continuité de la prise en charge des patients. Les patients ont à leur disposition des documents d'information relatifs à leurs droits d'accès au dossier (livret d'accueil). A noter qu'aucune demande d'accès du patient à son dossier n'a été enregistrée depuis 2014.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a réalisé un audit sur la qualité de la tenue du dossier du patient en décembre 2010 et en aout 2015. Le dernier taux de conformité général est supérieur au seuil de performance fixé par la Haute Autorité de Santé pour 2015. Les résultats satisfaisants n'ont pas fait l'objet d'action d'amélioration. L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients n'est pas réalisée en l'absence de demande reçue. Un tableau de bord des indicateurs prévoit également de mesurer le taux d'informatisation du dossier patient, à ce jour à 0%. Un indicateur sur le suivi de la lettre de sortie du patient est également prévu.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. L'établissement a actualisé en octobre 2015 le compte qualité concernant la thématique "dossier patient" et le programme qualité et gestion des risques. Les résultats des indicateurs connus et l'état d'avancement des actions définies ont été modifiés en conséquence. Les résultats des évaluations sont diffusés en interne et auprès des représentants des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Source PT/AP	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	L'archivage ou la destruction des formulaires électroniques n'est pas structurée. Les règles de tenue du dossier ne décrivent pas l'organisation pour l'archivage ou la destruction des formulaires électroniques après la sortie du patient.	AP	14a

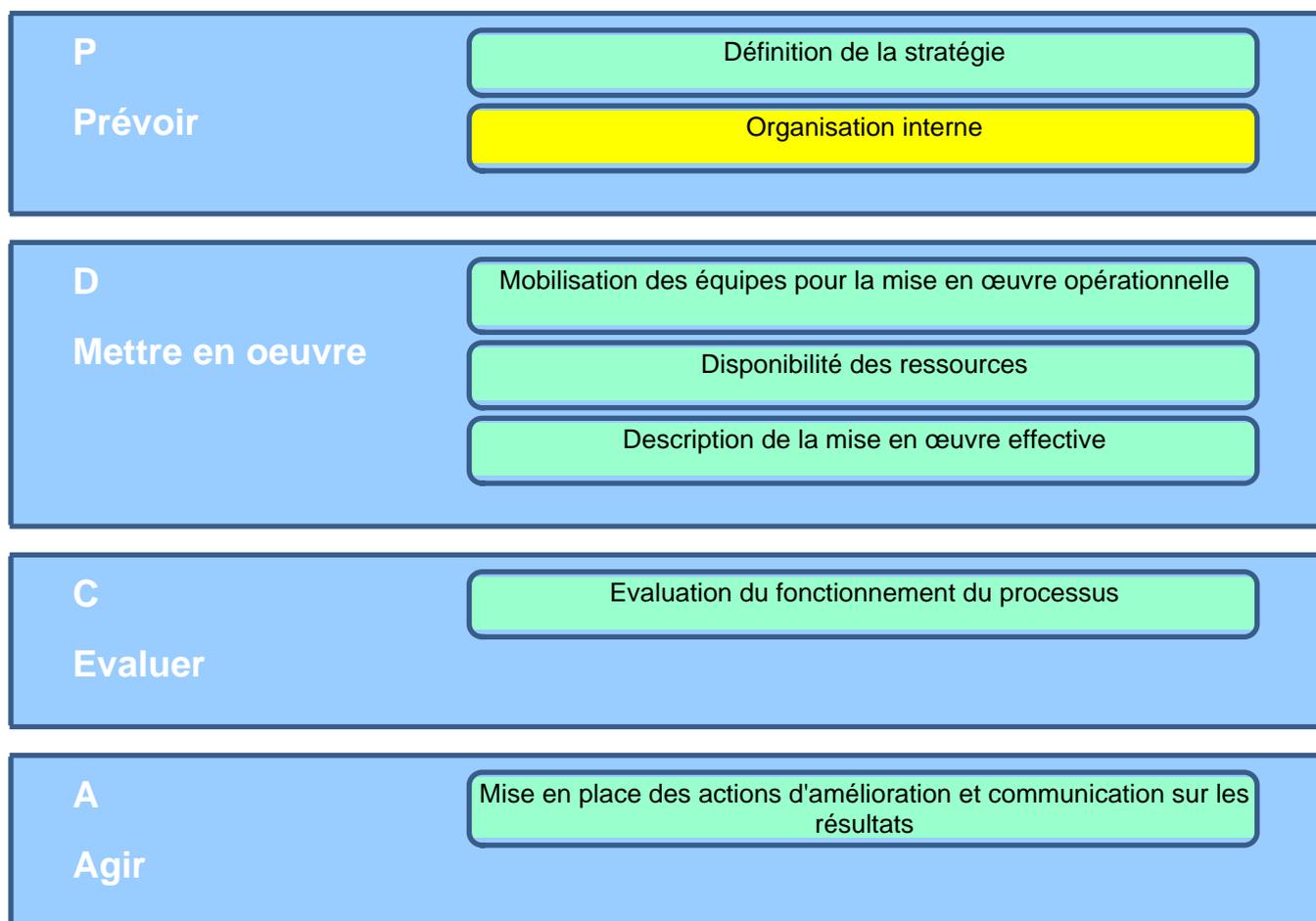
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Le centre de santé a réactualisé et finalisé son manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse en aout 2015 et il a été validé en COMEDIMS et CME en septembre. Suite à l'audit OMEDIT, au CPOM, et l'audit interdiag, le centre de santé a formalisé la cartographie des risques, défini un programme d'action qualité, priorisé des actions avec des échéances et des pilotes. Certaines de ces actions sont inscrites au compte qualité: le plan d'action, les pilotes, les échéances, les indicateurs de suivi, sont définis. Cependant, le centre de santé ne dispose pas d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. L'établissement accueille peu de personnes âgées (2 % des prises en charge de patient de plus de 65 ans lors de la visite). La réflexion est engagée et des actions mises en œuvre: bilan biologique systématique (Suivi systématique de la fonction rénale, hépatique et cardiaque pour tous les patients ayant un traitement psychotrope), vigilance médicale et pharmaceutique, lien systématique avec le médecin généraliste du patient.

ORGANISATION INTERNE

L'informatisation du circuit du médicament est inscrite à la suite du projet en cours de réalisation d'informatisation du dossier patient.

La CME a désigné la pharmacienne coordinatrice du management de la prise en charge médicamenteuse. Celle-ci pilote avec le médecin chef et en présence de la coordinatrice de la gestion des risques la COMEDIMS. Deux infirmiers sont référents du circuit du médicament et ils participent au COMEDIMS et font le relais avec les équipes de soins. Le COMEDIMS se réunit régulièrement, il est composé de la pharmacienne, de 3 médecins, de 2 infirmières et du directeur. Les comptes rendus de réunion, le bilan et le programme annuel sont formalisés. En fonction des risques repérés des dispositifs de maîtrise sont proposés. 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. Cependant, la liste des médicaments à risque n'est pas formalisée. En effet, la liste des médicaments à risque n'existe pas dans l'établissement mais la pharmacienne participe à un groupe de travail avec l'OMEDIT aquitaine qui a un travail en cours sur les médicaments à risque. De plus, l'information du patient sur le bon usage des médicaments n'est pas formalisée. En effet, la formalisation de l'information du patient sur le bon usage des médicaments n'est pas réalisée dans l'établissement. En s'appuyant sur la documentation du réseau PIC, une information est à disposition des patients durant une semaine par an. En 2015, 10 patients ont souhaité participer à cette action. Les patients peuvent avoir un échange sur la question du médicament lors des groupes de parole.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les actions d'amélioration issues des audits et évaluations sont validées par les instances (COMEDIMS, CME, COPIL, CGRV), et elles font l'objet d'une information/sensibilisation auprès des équipes lors des différentes réunions d'équipes et par diffusion papier et informatique. La sensibilisation des professionnels au risque médicamenteux se fait par leur participation au COMEDIMS, aux différentes évaluations (interdiag, audit du circuit, enquêtes de satisfaction, audit des pochettes (piluliers), fiches incidents et retour des analyses du CREX). En fonction des risques repérés un plan d'action d'amélioration du circuit du médicament est mis en œuvre. La pharmacienne s'assure de la conformité des pratiques. Les actions correctives sont identifiées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (la salle de soins a été réaménagée), équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. La pharmacienne, employée à 0,22 ETP est présente le lundi, mardi, jeudi, vendredi matin. Pour les absences inférieures à une semaine les traitements nominatifs et par prise sont préparés par la pharmacienne et mis dans l'armoire "tampon". Pour les absences supérieures à une semaine un pharmacien remplaçant est recherché. Tous les nouveaux professionnels sont rencontrés par la pharmacienne. Une infirmière est formée à l'analyse des événements indésirables (méthode ORION), elle anime les CREX en rapport au circuit du médicament. La PUI (armoire sécurisée) est complétée par une armoire "stock tampon" et traitements pour gérer l'urgence somatique et psychiatrique. Différents outils d'aide à la sécurisation du circuit du médicament sont à disposition des professionnels. Ces documents sont centralisés dans le protocole n°9: organisation de la PUI, la prescription, les prescriptions ponctuelles, la dispensation, l'administration, les sources documentaires sur le médicament et sur l'aide à la prescription, les outils de

traçabilité, le livret thérapeutique. L'établissement est abonné à la revue prescrire. Les comptes rendus du COMEDIMS sont à disposition des professionnels. Enfin, les locaux sont conformes et adaptés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur de soins connaît et met en œuvre l'organisation établie pour le fonctionnement avec la pharmacie. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités est assurée. L'administration des traitements par le personnel infirmier ne concerne que peu de patients, certains étant autonomes dans la gestion au quotidien. Lors de la visite des piluliers étaient préparés pour 2 patients pour toutes les prises, et 20% des patients avaient l'administration des traitements du midi. L'administration des traitements est tracée, après double vérification, en temps réel sur un support papier avec la prescription signée du psychiatre et la validation de la délivrance nominative par la pharmacie. L'espace d'administration des traitements préserve la confidentialité. La dispensation des traitement est gérée par la PUI pour les médicaments prescrits par les psychiatres de la structure, pour les traitements du midi, les traitements de dépannage et les traitements liés à des situations d'urgence (agitation, douleur, si besoin). La prise en compte des prescriptions des médecins adresseurs est un axe prioritaire de la sécurisation du circuit du médicament inscrit dans le plan qualité et le CQ. Suite à une EPP un bilan trimestriel est fait sur les ordonnances en cours. Une remise à jour des ordonnances est faite tous les 3 mois avec contacts auprès des patients et éventuellement des médecins référents extérieur. Les données sont enregistrées au niveau de la pharmacie qui formalise son analyse.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le centre de santé mets en œuvre des évaluations annuelles, structurées (critères, périodicité, outils, indicateurs), sur le circuit des médicaments. Un audit annuel construit par l'établissement est réalisé, il porte sur la prescription, la dispensation et la distribution. L'évaluation n'a pas montré de dysfonctionnement majeur. L'évaluation annuelle interdiag de 2014 montre des points de faiblesse sur la préparation à la sortie, la délivrance nominative, l'aide à la prise, et la conception de l'armoire à pharmacie. Les actions correctives sont identifiées et des actions d'amélioration ont été menées. Les fiches d'événements indésirables concernant les médicaments (2/18 en 2015) sont analysées et font l'objet d'un CREX dont les résultats sont transmis aux équipes.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration issues des différentes évaluations sont inscrites au programme qualité et gestion des risques et au compte qualité.
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

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Source PT/AP	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	Le centre de santé ne dispose pas d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. L'établissement accueille peu de personnes âgées (2 % des prises en charge de patient de plus de 65 ans lors de la visite). La réflexion est engagée, et des actions mises en œuvre: bilan biologique systématique (Suivi systématique de la fonction rénale, hépatique et cardiaque pour tous les patients ayant un traitement psychotrope), vigilance médicale et pharmaceutique, lien systématique avec le médecin généraliste du patient.	AP	20b
P / Organisation interne	PS	L'information du patient sur le bon usage des médicaments n'est pas formalisée. La formalisation de l'information du patient sur le bon usage des médicaments n'est pas réalisée dans l'établissement. En s'appuyant sur la documentation du réseau PIC, une information est à disposition des patients durant une semaine par an. En 2015, 10 patients ont souhaité participer à cette action. Les patients peuvent avoir un échange sur la question du médicament lors des groupes de parole.	AP	20a bis
	PS	La liste des médicaments à risque n'est pas formalisée. La liste des médicaments à risque n'existe pas dans l'établissement mais la pharmacienne participe à un groupe de travail avec l'OMEDIT aquitaine qui a un travail en cours sur les médicaments à risque.	AP	20a bis

ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Source PT/AP	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Le suivi régulier de la progression des résultats n'est pas structuré. Les objectifs à atteindre au regard de ces résultats et les seuils d'alerte ne sont pas fixés. Les tableaux de bord des indicateurs existants ne présentent que les résultats obtenus pour une période définie.	AP	8a
Parcours du patient	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité des informations entre les ateliers et les autres secteurs activité n'est pas effective. La traçabilité des observations du suivi des prises en charges par les professionnels animant les ateliers thérapeutiques ne sont pas transcrites dans le dossier. Ces informations sont transmises oralement lors des réunions de synthèse.	AP	18a
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Les actions d'amélioration suite aux EPP ne sont pas évaluées. Les items intégrés au dossier patient sur la mesure du risque suicidaire ne font pas l'objet d'une démarche d'évaluation.	AP	17a
Dossier patient	P / Organisation interne	PS	L'archivage ou la destruction des formulaires électroniques n'est pas structurée. Les règles de tenue du dossier ne décrivent pas l'organisation pour l'archivage ou la destruction des formulaires électroniques après la sortie du patient.	AP	14a
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	P / Définition de la stratégie	PS	Le centre de santé ne dispose pas d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. L'établissement accueille peu de personnes âgées (2 % des prises en charge de patient de plus de 65 ans lors de la visite). La réflexion est engagée, et des actions mises en œuvre: bilan biologique systématique (Suivi systématique de la fonction rénale, hépatique et cardiaque pour tous les patients ayant un traitement psychotrope), vigilance médicale et pharmaceutique, lien systématique avec le médecin généraliste du patient.	AP	20b
	P / Organisation interne	PS	L'information du patient sur le bon usage des médicaments n'est pas formalisée. La formalisation de l'information du patient sur le bon usage des médicaments n'est pas réalisée dans l'établissement. En s'appuyant sur la documentation du réseau PIC, une information est à disposition des patients durant une semaine par an. En 2015, 10 patients ont souhaité participer à cette action. Les patients peuvent avoir un échange sur la question du médicament lors des groupes	AP	20a bis

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Source PT/AP	Critère V2010
			de parole.		
		PS	La liste des médicaments à risque n'est pas formalisée. La liste des médicaments à risque n'existe pas dans l'établissement mais la pharmacienne participe à un groupe de travail avec l'OMEDIT aquitaine qui a un travail en cours sur les médicaments à risque.	AP	20a bis