



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE DE SANTE MENTALE
ANGEVIN CESAME**

**Bp 50089
49137 LES PONTS DE CE**

OCTOBRE 2016

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 2 |
| 1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION | 2 |
| 2. LA CERTIFICATION V2014 | 2 |
| 3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION | 3 |
| LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT | 4 |
| 1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS | 4 |
| 2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE | 5 |
| PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | 6 |
| DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE | 10 |
| 1. DÉCISION DE CERTIFICATION | 10 |
| 2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES | 10 |
| 3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE | 10 |
| 4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ | 10 |
| 5. SUIVI DE LA DÉCISION | 10 |
| PROGRAMME DE VISITE | 11 |
| 1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES | 11 |
| 2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR | 11 |
| PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE | 12 |
| MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES | 13 |
| DROITS DES PATIENTS | 18 |
| PARCOURS DU PATIENT | 22 |
| DOSSIER PATIENT | 30 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT | 34 |

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

| CENTRE DE SANTE MENTALE ANGEVIN CESAME | |
|--|-----------------------------------|
| Adresse | Bp 50089 49137 LES PONTS DE CE |
| Département / région | MAINE-ET-LOIRE / PAYS DE LA LOIRE |
| Statut | Public |
| Type d'établissement | CHS / EPSM |

| Liste des établissements rattachés à cette démarche | | | |
|---|-----------|--|---|
| Type de structure | FINESS | Nom de l'établissement | Adresse |
| Entité juridique | 490000163 | CENTRE DE SANTE MENTALE ANGEVIN | Route de bouchemaine Bp 89 49130 STE GEMMES SUR LOIRE |
| Etablissement de santé | 490010428 | HJ-CATTP-CMP ANGERS | 64 rue jeanne quemard 49100 ANGERS |
| Etablissement de santé | 490009859 | CMP SEGRE | 1 rue du stade 49500 SEGRE |
| Etablissement de santé | 490010659 | HJ-CATTP-CMP ANGERS | 2 rue saint leonard 49000 ANGERS |
| Etablissement de santé | 490015500 | FOYER PROSPER BIGEARD | 1 rue prosper bigeard 49100 ANGERS |
| Etablissement de santé | 490009719 | CMP ENFANT TRELAZE | 51 avenue mendes france 49800 TRELAZE |
| Etablissement de santé | 490009818 | CMP FRANCOIS TOSQUELLES INFANTO JUVENILE | 33 rue de la charnasserie 49000 ANGERS |
| Etablissement de santé | 490011749 | HJ CATTP PEDO PSY ANGERS | 33 rue de la charnasserie 49000 ANGERS |

| | | | |
|------------------------|-----------|---|---|
| Etablissement de santé | 490011608 | HJ ST GERMAIN DES PRES | La janiere - st germain des pres 49170 ST GERMAIN DES PRES |
| Etablissement de santé | 490010758 | CATTP-CMP DOUE LA FONTAINE | 4 rue saint francois 49700 DOUE LA FONTAINE |
| Etablissement de santé | 490013489 | HJ-CATTP ANGERS | 4 avenue vauban 49000 ANGERS |
| Etablissement de santé | 490002581 | CENTRE ROGER MISES | 33 rue de la charnasserie 49000 ANGERS |
| Etablissement de santé | 490011459 | HJ ANGERS | 4 square des joncheres 49000 ANGERS |
| Etablissement de santé | 490009909 | CATTP CMP ST GEORGES SUR LOIRE | 20 rue tuboef 49170 ST GEORGES SUR LOIRE |
| Etablissement de santé | 490003282 | FOYER POST CURE PONTS DE CE | 21 rue pasteur 49130 Les Ponts-De-Ce |
| Etablissement de santé | 490009958 | CMP-CATTP CENTRE DE JOUR ADULTE | 7 boulevard du roi rene 49000 ANGERS |
| Etablissement de santé | 490010089 | CATTP-CMP ANGERS | 4 square des joncheres 49100 ANGERS |
| Etablissement de santé | 490009669 | HJ CATTP CMP ANGERS | 25 rue beclard 49100 ANGERS |
| Etablissement de santé | 490000106 | CENTRE DE SANTE MENTALE ANGEVIN CESAME | Bp 50089 49137 LES PONTS DE CE |
| Etablissement de santé | 490010519 | HJ-CATTP-CMP SEGRE | 1 rue du stade 49500 SEGRE |

| | | | |
|------------------------|-----------|----------------------------------|--|
| Etablissement de santé | 490016318 | HJ - CATTP - CMP - BAUGE | 8 chemin rancan 49150 BAUGE |
| Etablissement de santé | 490010469 | CATTP - CMP ANGERS | 7 rue des buttes de pigeon 49100 ANGERS |
| Etablissement de santé | 490010709 | HJ-CATTP-CMP ANGERS | 8 boulevard davier 49100 ANGERS |
| Etablissement de santé | 490011558 | HJ - ANGERS | 72 rue lardin de musset 49100 ANGERS |
| Etablissement de santé | 490010378 | CATTP-CMP ST GERMAIN DES PRES | La janriere - st germain des pres 49170 ST GERMAIN DES PRES |
| Etablissement de santé | 490010139 | HJ-CATTP-CMP | 34 avenue du 8 mai 1945 49290 CHALONNES SUR LOIRE |
| Etablissement de santé | 490010568 | HJ-CATTP-CMP AVRILLE | 3 rue maryse bastie 49240 AVRILLE |
| Etablissement de santé | 490009628 | CMP INFANTO JUVENILE | 33 rue de la charnasserie 49000 ANGERS |

| Activités | | | |
|-------------------------|------------------------------|-------------------------------------|---|
| Type de prise en charge | Activités | Nombre de lits d'hospitalisation | Nombre de places d'hospitalisation partielle |
| Santé mentale | Psychiatrie générale | 351 | 413 |
| Santé mentale | Psychiatrie infanto-juvénile | 20 | 17 |

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

Certification ISO 9001 du service formation du CESAME

Réorganisation de l'offre de soins

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Droits des patients

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

| MANAGEMENT |
|--|
| Management de la qualité et des risques |
| PRISE EN CHARGE |
| Droits des patients |
| Parcours du patient |
| Dossier patient |
| Management de la prise en charge médicamenteuse du patient |
| FONCTIONS SUPPORTS |
| |

2. Liste des évaluations réalisées par la méthode du patient-traceur

| PT | Population | Secteurs d'activité / services | Pathologie | Mode d'entrée | Type de parcours | PEC |
|----|------------|--------------------------------|-------------|---------------|--|---------------|
| 1 | ADULTE | HC pôle 1 | indifférent | SAU | Hospitalisation sous contrainte | Santé mentale |
| 2 | ADOLESCENT | CASIA | indifférent | indifférent | ATCD d'hospitalisation récente ou semi-récente | Santé mentale |
| 3 | ADULTE | HDJ La Roseraie pôle 2 | indifférent | indifférent | indifférent | Santé mentale |
| 4 | ADULTE | HC pôle 6 | indifférent | indifférent | séjour avec PEC en chambre d'iso thérapeutique | Santé mentale |
| 5 | ADULTE | CMP Buttes de Pigeon pôle 4 | indifférent | indifférent | ATCD d'hospitalisation récente ou semi-récente | Santé mentale |
| 6 | ENFANT | pôle Est | indifférent | indifférent | indifférent | |

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

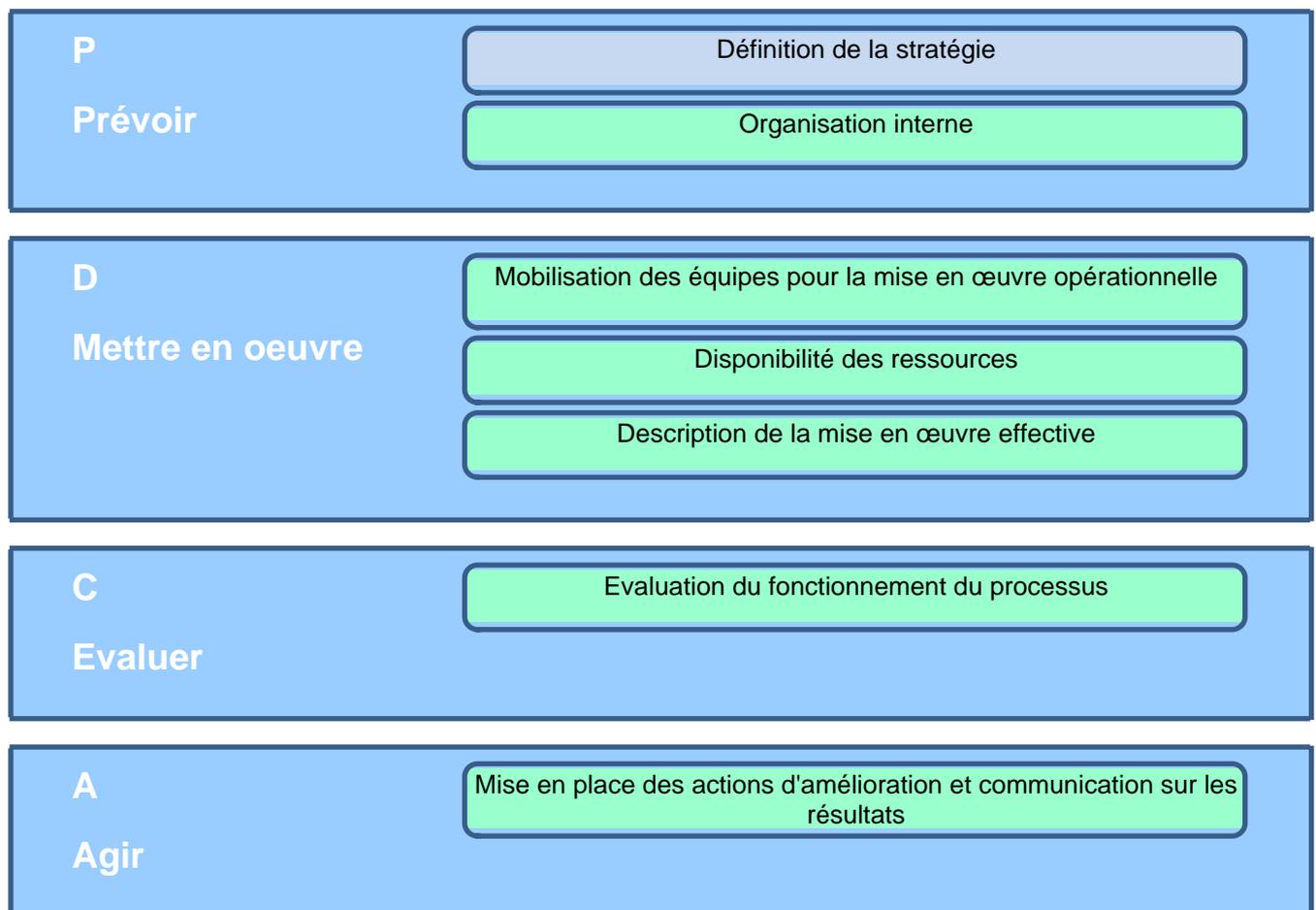
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a élaboré et formalisé une politique qualité/risques/évaluation intégrée dans le projet d'établissement 2011-2015. Cette politique reprend les objectifs fixés par le CPOM, prend en compte les fiches d'évènements indésirables, les recommandations de la CRUQPC et les précédentes itérations de la certification de l'établissement. Cette politique a été amendée à l'occasion du projet médical 2016 /2020, validé le 17 mars 2016 par la CME et le 30 mars 2016 par le directoire. L'axe 4 formalise entre autres les engagements de l'établissement dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins.

Ces derniers portent notamment sur la sécurisation du circuit du médicament, sur l'informatisation du dossier du patient, sur le développement des Crex ou des RMM suite à des EIG, sur le déploiement des revues de pertinence et des audits, sur l'appropriation par le corps médical de la politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins.

Cette politique est mise en œuvre au travers du Programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Le Paqss décline la politique en actions répertoriées selon une méthode définie.

A partir de l'identification structurée des risques réalisée de manière participative dans toutes les unités de soins, l'établissement a réalisé une cartographie des risques et des processus qui figure au sein du manuel qualité. L'utilisation du Paqss est dynamique et participative : chaque responsable de domaine intègre des actions spécifiques en lien avec la politique de l'établissement et leur mise en œuvre en continue. Le PAQSS précise les modalités de réalisation des actions, en terme d'échéance et de responsables, l'état d'avancement et les indicateurs de suivi. Il est accessible aux professionnels dans le système de gestion documentaire de l'établissement.

La mobilisation de l'établissement pour la réalisation du compte qualité a été effective. L'alimentation du compte qualité est issue notamment de l'analyse des risques réalisée par différents groupes de travail incluant des professionnels de terrain ; la hiérarchisation a été finalisée par la Comqrie. L'analyse des risques a été effectuée à l'aide des grilles de criticité et de maîtrise proposées par la HAS. L'établissement s'est aussi appuyé sur les indicateurs IPAQSS (campagne annuelle), les indicateurs hôpital numérique, des indicateurs propres à l'hôpital (en particulier calcul IMC), les EPP, les questionnaires de sortie et d'évaluations (enquêtes à jours donnés)

La Comqrie (commission qualité, gestion des risques et évaluation) veille à la définition, la mise en œuvre, la coordination et le suivi du projet qualité et gestion des risques du Centre Hospitalier CESAME.

L'établissement par l'intermédiaire de la commission EPP, codirigée par le vice président de la CME et le coordonnateur des soins a structuré une politique d'EPP comprenant la mesure des résultats atteints dans ce domaine.

Les représentants des usagers ont été associés à la définition de la politique qualité gestion des risques de l'établissement.

L'établissement a développé des stratégies pour sensibiliser et impliquer les professionnels et les usagers dans sa démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. A cet effet des modes et des supports de communication sont définis (système de gestion documentaire informatisé, déclaration des événements indésirables informatisée, journal interne, bulletins et notes d'information, flyers...). L'organisation et la participation à des journées à thème sont encouragées comme " la semaine de la sécurité des patients". L'accueil des nouveaux arrivants intègre une sensibilisation à la démarche qualité, risque, évaluation menée par l'établissement.

Les indicateurs sont définis dès la mise en œuvre du plan d'actionS concerné. Les actions d'améliorations mises en œuvre suite à l'analyse des événements indésirables sont suivies au sein du logiciel de l'établissement. Ce programme, porté par la cellule qualité gestion des risques (directrice qualité, ingénieur qualité), est validé par la COMQRiE et présenté annuellement à la commission médicale d'établissement et à la CRU.

ORGANISATION INTERNE

Le management de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement est organisé autour de la COMQRiE (commission qualité, risques et évaluation). Cette commission pluriprofessionnelle est composée notamment de la directrice de l'établissement, de la présidente et du vice président de la CME, du directeur des soins, coordonnateur des risques associés aux soins, de directeurs adjoints et de la pharmacienne. Le règlement intérieur de la COMQRiE précise les missions spécifiques de celle-ci (pilotage certification, pilotage gestion des risques, pilotage des actions d'évaluation).

Pour assurer ses missions la COMQRiE s'appuie:

- sur la cellule qualité (directeur adjoint à mi-temps ; ingénieur temps plein ; adjoint des cadres mi-temps)
- sur un comité gestion des risques et vigilances
- sur le groupe d'auditeurs internes

- sur les gestionnaires de risques (qualifient les incidents, coordonnent les actions d'amélioration)
- sur la commission EPP
- sur les chefs de projet chargés des actions d'amélioration

Des règlements intérieurs spécifiques existent pour chacun des groupes.

Les missions des pilotes et notamment des personnes de la cellule qualité sont décrites au sein du manuel qualité à disposition des professionnels au sein de la gestion documentaire. Les responsables sont formés soit par leur formation initiale et/ou par des formations spécifiques identifiées selon les besoins de l'établissement. Le dispositif de gestion documentaire est intégré au système d'information de l'établissement et concerne les différentes composantes tant en matière de qualité, que de gestion des risques et vigilances sanitaires. Les procédures et protocoles y sont recensés. Ils sont à disposition des professionnels 24h/24. La déclinaison des projets qualité au sein des unités est du rôle et de la mission du cadre de santé.

La gestion des plaintes et réclamation est organisée et fait l'objet d'une procédure. Les étapes intègrent le traitement en CRU, l'association des professionnels concernés et le versement d'actions d'amélioration au PAQSS.

Une organisation est en place pour les situations de crise. Le plan blanc est actualisé ; il a fait l'objet d'exercice annuel.

Au regard des stratégies mises en place, l'établissement prévoit les ressources nécessaires en termes d'effectifs, de qualification et de compétence. Des formations aux outils qualité /risques sont programmées dans le plan de formation ainsi que des sensibilisations réalisées en interne. Ainsi les contrats de pôle contiennent une annexe qualité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de leurs risques et de leurs besoins, la direction des soins, les responsables médicaux et l'encadrement des pôles organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle. La direction des soins diffuse l'information nécessaire auprès des cadres supérieurs et des cadres à l'occasion des réunions régulièrement programmées. Chaque responsable de service (chef de pôle, cadre supérieur) est considéré comme un référent qualité dans son secteur. Il est demandé à chaque nouveau médecin, lors de son recrutement de s'engager dans au moins 2 commissions intéressant la qualité ou la gestion des risques. Le déploiement de la démarche s'organise au travers de son implication en incitant la participation des équipes. La mise en œuvre des actions d'amélioration est organisée, des groupes de travail ont permis la réalisation des axes d'amélioration du compte qualité, déclinée en fonction des secteurs concernés.

Organisées sur des thématiques décidées par la COMQRIE, les réunions soignants/soignés permettent aux personnes soignées ainsi qu'aux professionnels de proposer des actions d'amélioration susceptibles d'être intégrées au compte qualité. Des réunions soignants-soignés en 2015 (40 soignants /180 soignés ou accompagnants) ont permis aux patients et aux professionnels d'identifier les points critiques des parcours des patients dans le cadre de la certification.

A l'occasion de la visite les représentants des usagers rencontrés, ont exprimé leur sentiment d'implication à l'occasion des réunions de la CRU, ont témoigné de leur participation effective à la démarche qualité. Comme suite aux rapports annuels des propositions d'amélioration émanant de la CRU ont été insérées dans le Programme d'amélioration continue.

Les professionnels connaissent et utilisent le système de déclaration des événements indésirables. Les professionnels des services participent aux CREX et RMM dans leurs domaines respectifs.

Les interfaces entre directions fonctionnelles, services de soins et service qualité sont opérationnelles. Par delà les réunions des instances, régulièrement réunies, des réunions des responsables d'unité avec le coordonnateur des soins contribuent à la concertation, à la diffusion des organisations et à l'évolution des pratiques.

La traçabilité et la mise en œuvre des processus de management de la qualité et de la gestion des risques sont assurées ; sur la GED les documents de preuve sont disponibles ainsi que les bilans et analyses qui ont pu être effectués.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement a organisé le déploiement des CREX sur de nombreux thèmes notamment la prise en charge médicamenteuse. La CME a mis en œuvre des démarches EPP et RMM.

Les réunions de pôle sont l'occasion pour les cadres de santé d'informer les équipes de l'évolution des démarches au sein du service et de l'évolution des démarches de l'établissement.

La gestion documentaire informatique assure la mise à disposition des procédures et documents destinés aux professionnels sur leur lieu d'exercice. Organisée par la cellule qualité, la révision régulière des procédures est tracée et permet d'assurer la mise à disposition des versions opérationnelles.

Des formations à l'utilisation de l'outil ont été dispensées lors de sa mise en œuvre.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La démarche d'évaluation des risques a priori, associés aux soins, est effective ; ceux-ci sont répertoriés, analysés et hiérarchisés et intègrent pour certains les démarches institutionnelles. L'établissement a réalisé une cartographie des risques ainsi qu'une cartographie des processus en 2014.

Le dispositif de gestion des événements indésirables et événements indésirables graves est opérationnel et connu des professionnels. Les déclarations, intégralement informatisées, sont analysées par la commission des événements indésirables avec implication des professionnels concernés ; les événements indésirables graves font l'objet d'une RMM. Les actions d'amélioration nécessaires sont mises en œuvre et le suivi est disponible sur l'intranet pour tous les professionnels.

Le système de gestion des plaintes et réclamations est organisé, géré au sein de l'établissement par la Direction usagers de la qualité. La gestion des plaintes et réclamation est réalisée en conformité avec la procédure rédigée. Chaque signalement fait l'objet d'une réponse après analyse et étude de la réclamation. Les actions d'amélioration nécessaires sont mises en œuvre et suivies selon le même dispositif. Des médiations médicales sont possibles au sein de l'établissement. Chaque déclaration fait l'objet d'un suivi au sein de la CRU.

Les bilans d'activité de chaque domaine de vigilance sont présentés au COMQRIE et à la CRU annuellement. Chaque réunion de la Comqrie, de la CRU ou des groupes de travail fait l'objet de compte-rendu, tracé dans le logiciel établissement et disponible sur Intranet.

L'information des personnels sur la démarche QGR est réalisée :

- par la lettre d'information de l'établissement,
- par le site intranet qui permet une consultation actualisée, l'accès aux bonnes pratiques, aux principaux protocoles ainsi qu'aux indicateurs qualité et aux fiches de suivi des projets d'amélioration
- par les réunions de cadres de santé.

Le plan blanc est actualisé, il a fait l'objet d'exercices annuels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement met en œuvre une évaluation pour répondre aux impératifs réglementaires avec la mise en place d'une stratégie d'évaluation du système de management de la qualité.

Les commissions élaborent, chacune en ce qui les concernent un bilan annuel d'activité du domaine concerné. L'établissement a mis en place des tableaux de bords qui intègrent des indicateurs qualité et sécurité des soins. Ils sont tenus à jour dans le logiciel dédié.

Les indicateurs définis lors de l'élaboration d'un plan d'actions qualité, font l'objet d'un suivi et d'une traçabilité au sein des tableaux de synthèse pour l'établissement. Ils peuvent être déclinés par pôle.

Les résultats des questionnaires et des audits de satisfaction des patients sont communiqués à la CRU.

Selon un programme annuel, des audits internes en lien avec le programme d'amélioration continue sont réalisés dans différents domaines

(DPI, douleur, circuit du médicament, IMC, nutrition...)

A / AGIR

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

Le suivi des actions et résultats d'amélioration des programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est assuré par la Comqrie et fait l'objet d'une revue annuelle. En fonction des résultats obtenus, il est envisagé l'arrêt ou la reconduction des actions menées.

L'affichage réglementaire des résultats IQSS est assuré dans les circulations de l'établissement et fait l'objet d'une diffusion sur le site intranet.

La progression des démarches d'EPP et la mise en œuvre des actions qui en découlent sont suivies et sont présentées aux instances.

La communication sur les résultats de l'établissement et les démarches propres au pôle sont formalisées.

La CRU est régulièrement informée du suivi des plaintes et réclamations ainsi que de l'évaluation des actions d'améliorations formalisées dans le PAQSS au vu des résultats des questionnaires de sortie.

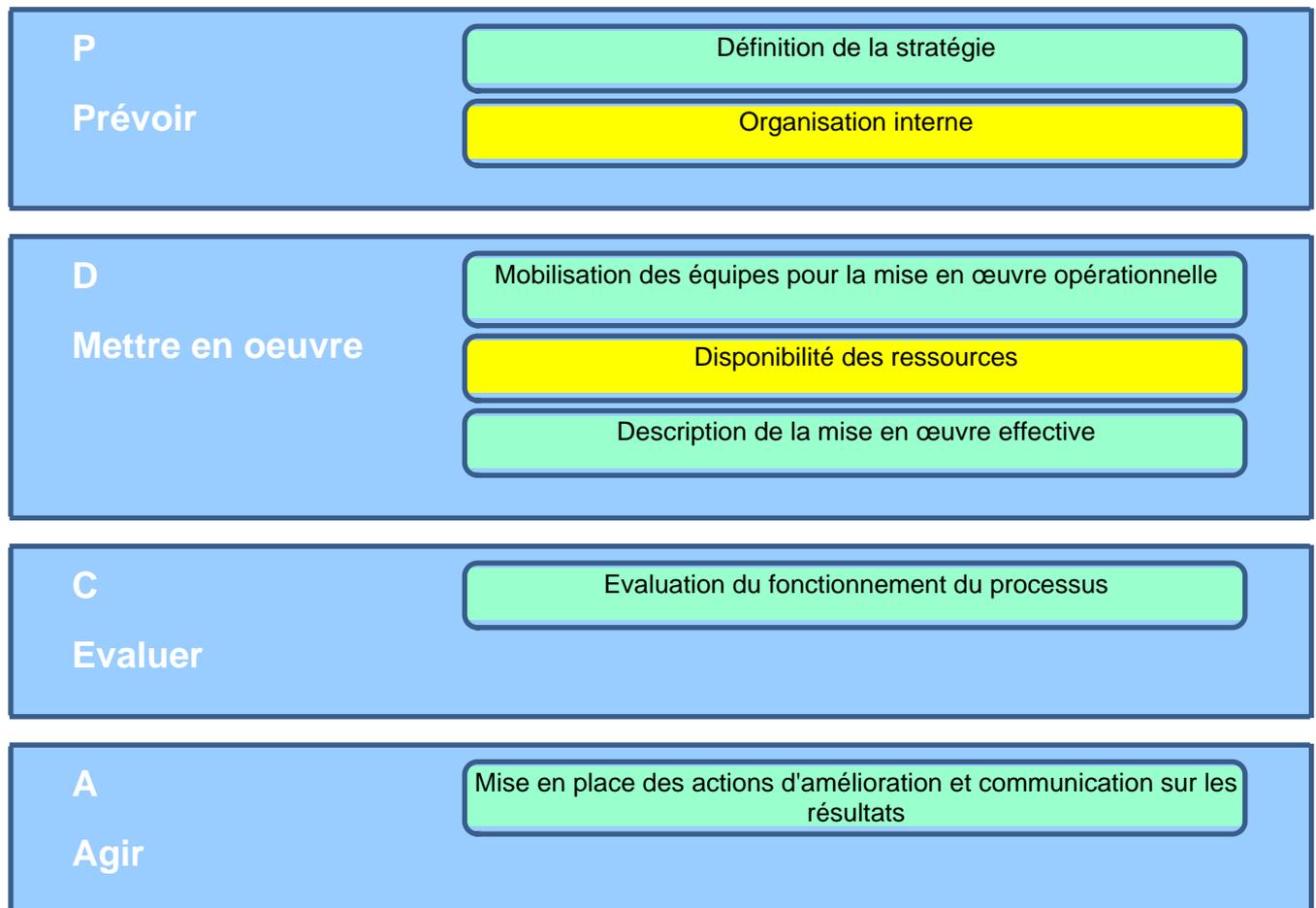
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques. Le projet d'établissement 2011/2015 a intégré le thème du respect des droits des patients comme un des thèmes d'amélioration prioritaire. L'établissement vient d'actualiser cette politique dans son projet médical 2016/2020 voté par la CME le 17 mars 2016 et le directoire le 30 mars 2016. Ce projet intègre un axe 4 "vers un usager citoyen" qui valorise le patient comme acteur de ses soins. Le projet médical confirme aussi comme orientations stratégiques l'éthique et le respect des droits de la personne soignée. Des fiches d'actions complémentaires sur ces différents thèmes ont été réalisées; elles prennent en compte la liberté d'aller et venir, l'isolement, la contention, l'accueil du patient, la famille acteurs de l'accompagnement du patient. Cette élaboration fait suite à une identification des besoins résultant de travaux effectués avec la CRU, de l'analyse des risques issus de la concertation pluri-professionnelle de plus de 600 agents de l'établissement et des rencontres soignants /soignés.

Une analyse des risques en lien avec les droits des patients a été élaborée par un groupe pluri-professionnel, ce qui a permis de décliner un plan d'action inscrit au compte qualité de l'établissement. Ce dernier aborde la thématique des droits de patients avec une analyse des résultats sur les thèmes relatifs à ces droits. Sur la base de la grille de criticité et de maîtrise définie par la HAS, l'établissement a identifié 4 risques au sein du processus dont plus particulièrement le risque de non respect des libertés individuelles liées à un défaut d'évaluation des restrictions de liberté.

Chaque contrat de pôle impose dans son annexe qualité la réalisation d'une EPP sur la liberté d'aller et venir.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus, basé sur la COMQRIE (commission qualité, risques et évaluation). Cette commission pluri-professionnelle est composée notamment de la directrice de l'établissement, de la présidente et du vice président de la CME, du directeur des soins coordonnateur des risques associés aux soins, de directeurs adjoints et de la pharmacienne. Le règlement intérieur de la COMQRIE précise les missions spécifiques de celle-ci (pilotage certification, pilotage gestion des risques, pilotage des actions d'évaluation,) sa composition et son fonctionnement. En fonction des sujets abordés elle peut s'adjoindre d'autres membres. La COMQRIE a validé la désignation des pilotes de processus qui disposent d'une fiche de mission permettant d'identifier leurs rôles et leurs responsabilités. La direction des usagers est le pilote opérationnel du processus relatif aux droits des patients.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. La formation des professionnels aux droits des patients est effective.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance ne font pas l'objet d'une procédure spécifique, néanmoins ils sont intégrés dans la procédure de gestion des risques lors de la déclaration d'événements indésirables avec un onglet spécifique.

Une organisation relative à l'information du patient est en place. L'organisation permettant le recueil du consentement éclairé et de la personne de confiance est définie. Le processus d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie par le biais d'une procédure. Des éléments d'affichage sur le sujet sont présents dans les unités. Le livret d'accueil comporte un chapitre sur les droits des patients, présente la CRU et indique les moyens de contacter les représentants des usagers.

La CRU est opérationnelle. Les représentants des usagers sont présents aux réunions. Ils sont sollicités pour l'analyse des plaintes et réclamations dont ils font une analyse approfondie avant chaque réunion de la commission. La charte des patients ainsi que la charte d'accueil des familles sont affichées dans les services. Il existe une information des patients et des accompagnants sur les droits, les missions et la composition de la CRU (livret d'accueil actualisé en 2016, flyers). La CRU et plus particulièrement les représentants des usagers ont élaboré et validé une charte d'accueil des familles qui précise dans différents points l'importance de la nécessaire prise en compte de la famille lors la pris en charge d'un patient.

Des ressources documentaires sont mises à disposition des professionnels principalement via l'intranet. Des actions de communication sont réalisées pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés sur le processus via l'utilisation de logiciels spécifiques dédiés, de l'intranet, de la lettre du CESAME, des plaquettes d'information spécifiques. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Les unités disposent du matériel informatique permettant cette consultation par les agents.

Cependant, l'organisation ne permet pas de préserver les libertés individuelle et les risques de leur non respect pour les patients accueillis en soins libres dans des structures fermées. L'établissement a inscrit le risque concernant la liberté d'aller et de venir comme prioritaire dans le compte qualité. Il a pu être constaté que l'organisation et les pratiques de l'ensemble des unités d'hospitalisation temps plein des différents pôles de l'établissement ne permettraient pas de garantir le respect de la liberté d'aller et de venir des patients en hospitalisation libre. La fermeture systématique des portes extérieures des unités d'admission, ainsi que des chambres à l'occasion des périodes de repos des patients, de l'ensemble des chambres individuelles de l'unité Fapa, a été constatée tout au long de la visite.

Ces unités qui accueillent des patients en service libre constituent des unités "fermées". Il n'existe pas de procédure ni de tracabilité dans le projet de soins permettant au patient en service libre de valider son consentement à être admis dans une unité fermée. Une réflexion institutionnelle est engagée sur ce sujet.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La direction des usagers et de la qualité apporte son soutien et son expertise auprès de l'ensemble des professionnels. Compte tenu des besoins, les responsables de chaque secteur d'activité organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plan d'actions. Par delà les commissions institutionnelles l'établissement a mis en place de nombreux groupes de travail.

Plusieurs EPP sont en cours portant sur les droits des patients, traitant soit de l'évaluation des restrictions d'aller et de venir appliquées à des patients hospitalisés dans les pôles 1 & 2, soit de l'évaluation des fugues des patients admis en SDRE, soit de l'évaluation de la contention pour les patients autistes et/ou polyhandicapés, ou encore de l'évaluation de la mise en chambre d'isolement.

Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins et les indicateurs de satisfaction sont disponibles sur la GED et affichés dans les services. Ces résultats sont présentés aux cadres de santé lors des réunions institutionnelles.

Les professionnels sont sensibilisés, connaissent et utilisent le système de déclaration informatisé de déclaration des événements indésirables. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques de maltraitance et de promotion de la bientraitance. L'information de toute personne hospitalisée sans consentement (SDT, SDRE) sur les modalités de son hospitalisation et les voies de recours est réalisée. Les audiences devant le juge des libertés et de la détention sont organisées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Les effectifs sont en adéquation sur les différents secteurs participant au respect des droits des patients (accueil, suivi durant l'hospitalisation, sortie). Des procédures ont été mises en œuvre avec les professionnels concernés ; les procédures validées sont disponibles sur la gestion documentaire informatique.

Les ressources en matériel informatique correspondent aux besoins des professionnels.

Les conditions d'hébergement ne permettent pas toujours le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Il a été constaté dans les pôles 3.4.6.7 et foyer de postcure que les conditions de respect de l'intimité des patients ne sont pas adéquates. Dans les chambres à 2 lits, aucun élément matériel de séparation n'est disponible ainsi que dans les chambres à 3 lits. De plus, pour ces derniers, il n'existe qu'un seul cabinet de toilettes pour les patients hospitalisés. Dans les chambres des unités d'admission des pôles 3,4, de l'unité intersectoriel Fapa, URPS et gérontopsychiatrie pôle 6, la présence d'oculus non ou partiellement floutés sur les portes ne permet pas un respect de l'intimité des patients hospitalisés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le chef de pôle et le cadre de service de chaque unité organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle du respect des droits des patients. Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les droits des patients sont déclinés dans l'ensemble des pôles notamment dans le cadre du recueil de la personne de confiance, de l'application des protocoles relatifs à la mise en chambre d'isolement et à la contention, de l'application d'un mode opératoire pour les hospitalisations sans consentement, de la mise en œuvre d'une organisation pour les signalements des événements indésirables liés au processus dont les situations de maltraitance, de la démarche d'information du patient en cas de dommage associé aux soins. Cette dernière est formalisée, elle a fait l'objet d'une affiche disponible dans les unités. La recherche de la personne de confiance est tracée dans le dossier patient. Un contrat de soins est élaboré pour chaque patient qui favorise l'adhésion aux soins. Des formations sont proposées aux professionnels en lien avec le processus.

Dans l'unité FAPA la participation du patient et s'il y a lieu de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet de vie et de préparation à la sortie est favorisée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La direction des usagers et de la qualité assure l'évaluation, le suivi et la mise œuvre du processus au travers du recueil des questionnaires de sortie, des enquêtes un jour donné, le recueil des plaintes et réclamations ainsi qu'une revue des déclarations des événements indésirables liés aux droits des patients.

Les résultats validés en Comqrie sont communiqués aux instances dont la CRUQPC et en routine aux pôles d'activités via le logiciel dédié. L'établissement recueille les indicateurs nationaux (IPAQSS, HN). Une campagne annuelle de recueil des indicateurs IPAQSS et hors protocole est réalisée par la cellule qualité. Des audits sont réalisés de manière régulière sur le processus par les auditeurs préalablement formés (médecins /soignants). Les résultats sont intégrés dans les tableaux de bord diffusés.

A / AGIR

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

Au niveau institutionnel les actions d'amélioration relatives aux droits des usagers sont mises en œuvre dans les différents secteurs d'activité. Le rapport annuel de la CRU intègre les objectifs d'amélioration et le suivi des actions. Ces actions sont intégrées dans le PAQSS 2016. Les résultats des IPAQSS font l'objet d'un contrat d'engagement de chaque pôle. Ce contrat est signé par le chef de pôle et de la DSI. Il prévoit un engagement d'amélioration annuelle des indicateurs relevés au titre des IPAQSS.

Il est réalisé une évaluation mensuelle par pôle de l'indicateur sur l'IMC. L'ensemble des résultats est communiqué aux professionnels par l'intermédiaire des tableaux de bord ou à l'occasion des rencontres avec les auditeurs des différents pôles.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

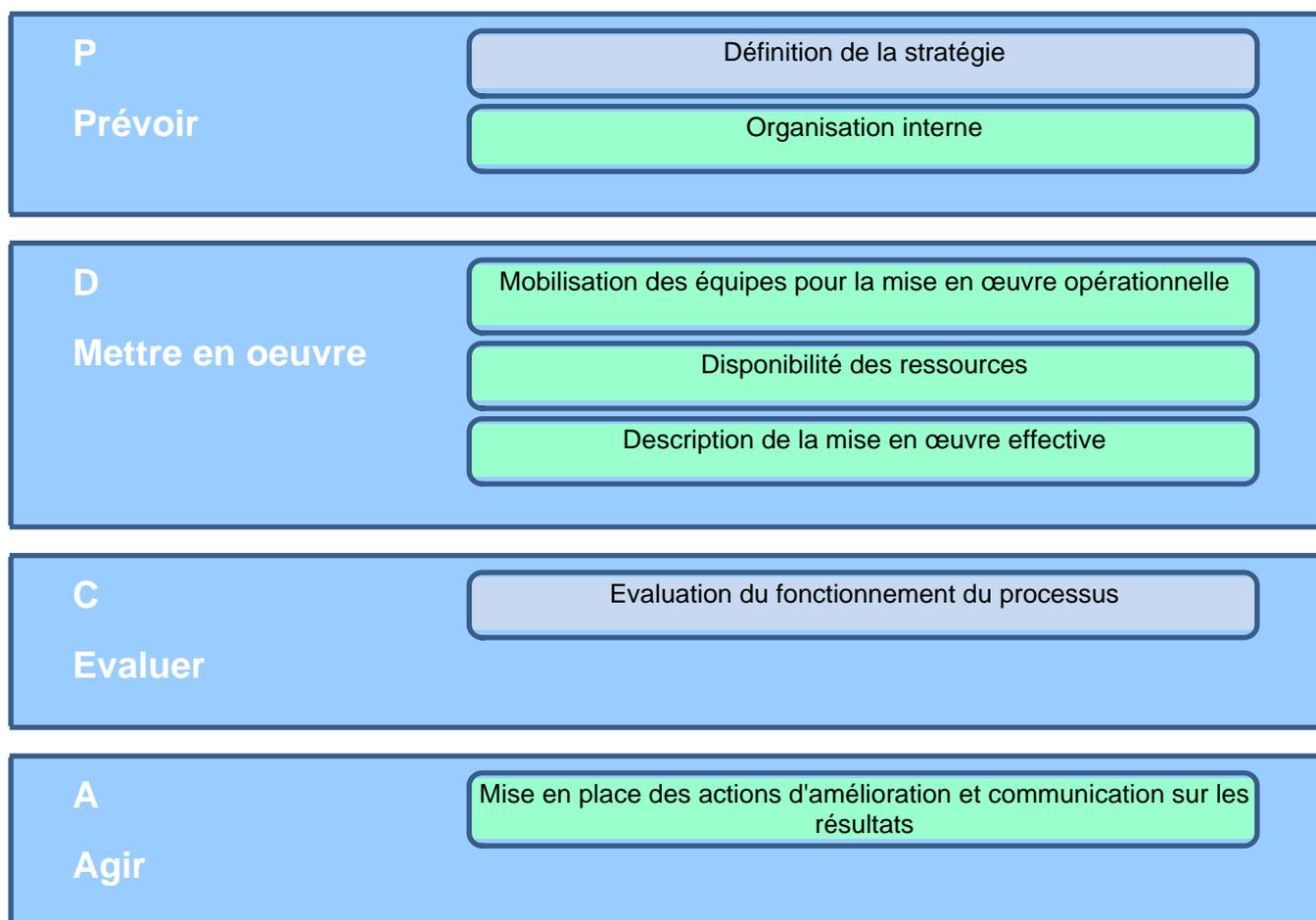
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



| |
|------------------------|
| Non défini |
| Fonctionnement de base |
| Défini |
| Maitrisé |
| Optimisé |

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a établi sa stratégie et ses objectifs en matière de parcours du patient dans le projet médical actualisé du CESAME 2016 - 2020, validé lors de la CME du 17 mars 2016 et du directoire du 30 mars 2016. Le calendrier d'élaboration du futur projet d'établissement prévoit la poursuite des travaux avec la rédaction des autres volets (projet de soins, projet social, projet de gestion, schéma directeur architectural...) d'ici décembre 2016. Le bilan réalisé sur le précédent projet d'établissement a permis au CESAME de constater la réalisation quasi exhaustive des projets qui avaient été les siens sur cette période, tant au travers des appuis du CPOM signé avec l'ARS en 2012 qu'au moyen des réorganisations et des redéploiements internes à l'établissement.

Les axes du projet médical 2016 - 2020 sont :

Axe 1 : redéfinir l'ambition et les modalités du déploiement territorial du CESAME : repenser l'organisation et le déploiement territorial du CESAME, proposer des modalités d'animation territoriale de la santé mentale, projeter l'organisation territoriale de la psychiatrie publique au sein du futur Groupement Hospitalier de Territoire

Axe 2 : organiser l'offre de soins au service d'une dynamique de parcours : l'objectif général poursuivi est l'amélioration continue de l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, au service de leur rétablissement

Axe 3 : offrir des soins adaptés pour certains parcours spécifiques : adolescents et jeunes adultes, personnes âgées, tout-petits et nourrissons, personnes en situation de handicap

Axe 4 : vers un usager citoyen : le patient, acteur de ses soins : la famille, les proches acteurs de l'accompagnement du patient ; l'éthique, les droits de la personne soignée ; la politique qualité et la sécurité des soins

Axe 5 : valoriser nos domaines d'expertise et développer les compétences : valoriser notre expertise, développer les pratiques nouvelles, la recherche et les partenariats innovants, en appui de ces objectifs, développer les compétences.

Des fiches actions spécifiques sont formalisées pour chaque axe identifié.

La stratégie de l'établissement est en cohérence avec le schéma de planification sanitaire et le projet médical de territoire.

Les choix des axes stratégiques ont été faits en concertation entre le directoire et la CME.

Les missions principales du Centre Hospitalier le CESAME sont les soins psychiatriques des 7 pôles de psychiatrie adulte et des 2 pôles de psychiatrie infanto-juvénile. Chaque pôle d'activité médicale est constitué d'un secteur de psychiatrie intégrant tous les dispositifs nécessaires pour assurer ses missions auprès de tous les publics qui lui sont confiés et d'activités de soins transversales intersectorielles : unité psychiatrique d'accueil et d'orientation : UPAO, dispositifs de réhabilitation, dispositif de géronto psychiatrie, équipe mobile du dispositif d'appui en santé mentale : DIASM, unité de Soins Intensifs Psychiatriques : UPAP...

Ces activités comprennent des hospitalisations temps plein et temps partiel de patients en hospitalisation libre et sous contrainte, des consultations et des soins infirmiers ambulatoires, des actions transverses de réhabilitation psychosociales.

Pour établir les risques associés au parcours patient, l'établissement s'est appuyé sur :

- les indicateurs IQSS, inscrits dans le compte qualité,
- les indicateurs hôpital numérique (prescriptions électroniques en lien avec le plan de soins, confidentialité des données...)
- des indicateurs propres à l'établissement (traçabilité de la clairance à la créatinine dans le dossier informatisé du patient hospitalisé à l'Unité Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation (UPAO), traçabilité du calcul de l'IMC chez la personne âgée de 18 ans et plus hospitalisée au CESAME...),
- les EPP : évaluation des accidents graves liés aux soins (RMM), analyse des causes de survenue d'une détresse vitale et analyse de la mise en œuvre des soins d'urgence suite à une détresse vitale (CREX), prise en charge nutritionnelle des patients sous traitement neuroleptique...
- les 2 recommandations en cours issues de la précédente itération : prise en charge des patients appartenant à une population spécifique et éducation thérapeutique
- les questionnaires de sortie ou d'évaluation : enquête de satisfaction des patients suivis en CMP...

L'établissement a utilisé les grilles de fréquence, de gravité, de criticité et de niveau de maîtrise de la HAS pour prioriser et hiérarchiser ses actions.

Les principaux risques ont été identifiés dans le Compte Qualité : défaut d'organisation institutionnelle de

l'éducation thérapeutique du patient, défaut de traçabilité du poids et de l'IMC dans le dossier du patient, défaut de coordination des soins dans le parcours de soins du patient détenu, retard dans l'envoi du compte-rendu de fin d'hospitalisation, absence de politique institutionnelle d'évaluation de la pertinence des hospitalisations au long cours.

Le PAQSS reprend et centralise les différents risques identifiés, les différentes actions sont énoncées, les pilotes sont désignés et le planning établi. Il fait l'objet d'une présentation aux instances : COMQRIE, CME, directoire....

ORGANISATION INTERNE

La CME et la Commission qualité, gestion des risques et évaluation (COMQRIE) ont mis en place des groupes de travail et des groupes thématiques associant les différentes catégories professionnelles afin de piloter, décliner et mettre en œuvre les axes stratégiques au niveau des pôles et des unités. Des appels à candidature sont lancés auprès des professionnels pour participer aux différents groupes de travail thématiques.

Les pilotes sont désignés sur proposition de la CME, de la COMQRIE et de la direction générale (coordination du groupe de travail, retour aux instances, relation avec la cellule qualité).

Les besoins en ressources humaines nécessaires ont été évalués lors de l'ouverture des unités de soins, lors des restructurations (Unité Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation, créée en septembre 2014) et lors du développement de nouvelles alternatives à l'hospitalisation (Soins Intensifs Psychiatriques A Domicile, créé en mars 2014) ou à diversifier l'offre de soins (Unité de Réhabilitation Psychosociale, créée en septembre 2014, la Stimulation Magnétique Transcrânienne, créée en octobre 2012) afin de dimensionner les équipes aux spécificités des prises en charge.

Le plan de formation annuel prévoit des actions de formation en lien avec les pratiques de soins mises en œuvre.

La gestion documentaire est assurée au moyen d'un logiciel où sont déposées règles et procédures. Ces règles et procédures sont formalisées et validées.

L'ensemble des professionnels ont accès à la gestion documentaire sur les postes informatiques qui se trouvent dans toutes les unités intra et extra hospitalières. Le fonctionnement en mode dégradé est prévu.

Les besoins en locaux sont évalués dans le projet d'établissement et prennent la forme soit de regroupements d'unités, soit de restructurations, soit de constructions pour mieux correspondre aux parcours de soins.

Le dossier patient est en cours d'informatisation sur l'ensemble des sites. Il a pour objectif, entre autres, de favoriser l'échange de données entre les professionnels participant aux soins, de faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité en intra et en extra.

Les interfaces sont organisées entre les services intra et extra hospitaliers.

Un dispositif d'accueil dédié pour des populations spécifiques est en place.

2 pôles de pédopsychiatrie organisent l'offre de soins enfants et adolescents en hospitalisation comme en ambulatoire : Centre d'Accueil de Soins Intersectoriel pour Adolescents, fédération Adolescents, unité pour et autour du bébé....

Le dispositif de gérontopsychiatrie, doté d'une équipe mobile, propose des soins adaptés aux personnes âgées.

Le Dispositif d'Appui en Santé Mentale apporte des réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité par le biais de l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité.

L'Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire est une équipe CHU et CESAME qui propose des soins aux personnes détenues à la maison d'arrêt d'Angers. Des consultations de Psychiatrie Légale sont également proposées pour les personnes auteurs d'agression sexuelle ou présentant des troubles des conduites sexuelles (obligation ou injonction de soins).

Le CESAME a signé des conventions avec de nombreux centres hospitaliers, notamment le CHU d'Angers avec lequel il travaille en étroite relation (radiologie, stérilisation, laboratoire, Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire...), SSR...ainsi qu'avec le secteur médico-social : EHPAD, établissements d'accueil des handicaps graves, IME, IMPRO....

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Dans chaque secteur opérationnel, le chef de pôle, le cadre supérieur de santé ont pour mission de déployer le programme d'amélioration de la qualité du parcours patient. Les objectifs de chaque pôle et secteur d'activité sont inscrits dans le projet médical en fonction des populations accueillies.

Les pôles sont constitués : la contractualisation interne est opérationnelle. Les contrats de pôle sont signés. Des séminaires des responsables de pôles sont organisés. La charte de contractualisation a fait l'objet d'une validation institutionnelle.

Les professionnels sont sollicités pour participer à des groupes de travail thématiques (fiabilisation des soins...) ou des EPP (parentalité..).

L'équipe d'encadrement et médicale s'assure de l'appropriation par les professionnels des différentes règles et des bonnes pratiques de soins.

L'évaluation de la qualité de la prise en charge se fait à travers le suivi des indicateurs internes mais aussi à partir de l'analyse des événements indésirables liés aux soins. Les professionnels sont informés des résultats. Les actions correctives sont identifiées par la cellule qualité et validées en COMQRIE. La mise en œuvre des améliorations est assurée par les groupes thématiques mis en place par la CME.

Les professionnels participent à la définition des actions d'amélioration lors des analyses des événements indésirables en lien avec la prise en charge des patients.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Chaque service est doté d'effectifs pour répondre aux besoins de la prise en charge des patients. Lors d'une absence ponctuelle ou programmée, les professionnels du pôle se mobilisent pour venir renforcer l'équipe en difficulté.

Les professionnels sont formés régulièrement aux pratiques de prise en charge des patients en lien avec les orientations des services : approche médicale, sociale et psychologique en géroto psychiatrie, l'aide-soignant en hôpital de jour, le CMP dans le parcours de soins...

Des compétences universitaires sont acquises pour les spécificités : DU de thérapie familiale, douleur

Des formations internes thématiques sont proposées : entretien de premier accueil, gérontopsychiatrie....

Par contre, comme indiqué sur les documents remis en cours de visite, la formation des professionnels à l'utilisation du matériel et aux premiers gestes de secours n'a concerné que peu de professionnels infirmiers sur les 4 dernières années.

112 IDE ont une formation AFGSU de moins de 4 ans, ce qui représente 21 % des infirmiers de l'établissement.

En 2015, 12 IDE ont participé à la formation geste de première urgence.

Du personnel qualifié est à disposition pour répondre aux spécificités de la prise en charge : diététicienne, psychologue, psychomotricienne, orthophoniste, ergothérapeute... Des fiches de poste encadrent certaines qualifications : infirmières d'unités de soins, aide-soignant.....

Pour les professionnels nouvellement recrutés, deux journées d'accueil sont organisées au moins 2 fois par an.

Une permanence des soins est garantie au niveau médical, paramédical et administratif, pharmacie, transport, cuisine....

Un tableau de permanence prévisionnel hebdomadaire est à la disposition des équipes soignantes dans les postes de soins.

En ce qui concerne les ressources documentaires, les différents modes opératoires, procédures, fiches techniques sont à disposition des équipes soignantes sur intranet.

Les outils sont disponibles : le dossier du patient est accessible à tous les professionnels concernés par la prise en charge du patient soit sous forme papier, soit sous forme informatisé qui est en cours de déploiement sur l'ensemble de l'établissement. L'identification se fait au moyen d'un identifiant et d'un mot de passe. Le mot de passe est changé tous les 6 mois. Les droits d'accès sont établis en fonction du profil professionnel.

A la faveur de la reconstruction de nouvelles unités, les locaux ont été adaptés aux besoins des patients et à la prise en charge (UPAO).

Les matériels nécessaires aux prises en charge sont à disposition (outillage pour les ateliers de réhabilitation psychosociale, matériel de loisirs créatifs pour l'art-thérapie, véhicules pour les déplacements sur les secteurs et les visites à domicile).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes soignantes mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement de la prise en charge du patient.

Un dispositif d'accueil est en place. L'Unité Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation (UPAO) offre un accueil et une évaluation rapides et séniorisés permettant une orientation adaptée cherchant toute solution alternative à l'hospitalisation. Cette structure comporte une partie accueil ambulatoire et une partie hospitalisation avec une capacité de 10 lits d'hospitalisation et 2 chambres d'isolement. Elle a vocation à accueillir toute personne âgée de 16 à 75 ans, non suivie par un secteur pour ce qui est de l'accueil ambulatoire en journée, et non connue du CESAME ou non hospitalisée sur un secteur depuis au moins 2 ans pour la partie hospitalisation.

Les patients sont accueillis directement sur les unités de secteur s'ils bénéficient d'une prise en charge antérieure.

Le patient est évalué d'un point de vue somatique, social et psychique dès son admission.

A l'UPAO, une consultation est réalisée par un interne et par un médecin séniorisé, présent tous les jours de 9 h à minuit.

Si l'accueil du patient est réalisé en unité de soins, la consultation somatique est réalisée par l'interne du service.

Un guide de bonnes pratiques de la prise en charge des soins somatiques est à la disposition sur intranet.

Un médecin généraliste à 30 % assure également un suivi des patients hospitalisés au long cours ou sur demande d'un médecin de l'établissement.

Les assistantes sociales du pôle assurent la prise en charge sociale.

Le patient est accueilli soit en hospitalisation temps plein, soit en hôpital de jour. Plusieurs pôles d'activité proposent une alternance de séjours séquentiels qui prévoient des temps d'hospitalisation complète et des temps d'accueil de jour.

Les structures ambulatoires sont organisées en centre de soins qui comportent un CMP, un CATTP et un hôpital de jour.

L'évaluation initiale est formalisée dans le dossier du patient, comme observé lors des patients traceurs dans la partie évaluation clinique initiale du dossier unique médical du patient.

Le projet de soins est élaboré sous la responsabilité du médecin, consigné par écrit dans l'observation initiale clinique lors du premier entretien puis le plus souvent dans la partie synthèse du dossier. Il comporte l'ensemble des données issues de la synthèse validées par l'ensemble des intervenants de la prise en charge.

Une réévaluation est faite 1 fois par semaine lors des réunions de synthèse organisées dans les unités de soins auxquelles participent des intervenants de l'extra-hospitalier. Toutes ces observations sont transcrites dans la synthèse du dossier patient comme observé lors des visites de terrain.

L'évaluation du risque suicidaire est faite dès l'admission du patient par le médecin psychiatre ou par l'interne qui reçoit le patient. Des procédures encadrent cette prise en charge : prévention du passage à l'acte suicidaire d'un patient en hospitalisation, la grille d'évaluation RUD, la sécurisation de la chambre d'un patient présentant un potentiel suicidaire moyen ou élevé...

L'évaluation des troubles nutritionnels (IMC et poids) est tracée dans le dossier du patient sur l'ensemble des dossiers consultés.

Des actions d'éducation thérapeutique sont proposées aux patients en fonction de l'évaluation de leurs besoins et des projets de soins.

Il existe une commission éducation thérapeutique du patient avec un règlement intérieur.

3 projets d'éducation thérapeutique sont validés par l'ARS depuis le 2 mars 2016 : la schizophrénie : en parler autrement ; mieux vivre avec les troubles schizophréniques d'un proche : accompagnement des aidants familiaux ; mon poids, mon alimentation, mon bien-être.

Des professionnels de l'établissement sont formés à la coordination et à l'animation d'un programme d'éducation thérapeutique (pharmacienne, infirmières...)

Par ailleurs, au sein des unités de soins, les rencontres soignants/soignés permettent de réaliser des actions d'éducation sur des thèmes tels que droits des patients, traitements médicamenteux...

La prise en charge des urgences vitales est réalisée en cas de besoin. Le médecin généraliste assure les premiers secours et le Centre 15 est appelé si besoin. Du matériel spécifique est à disposition : valise scellée et contrôlée 1 fois par mois.

Il existe une procédure de prise en charge des urgences vitales.

Un recours à des avis de spécialistes est possible. Des consultations sont organisées pour la médecine générale, le dentiste, la neurologie ... au bloc des spécialités médicales. Un cabinet de radiologie assure des radios pulmonaires de contrôle et des suivis de clichés simples. Un manipulateur en radiologie intervient 2 fois par semaine sur site ; les clichés sont interprétés par un radiologue du CHU d'Angers en télétransmission.

Les patients sont également accompagnés par le service d'ambulanciers de l'établissement en consultation au CHU.

Les patients dont l'état psychique le nécessite font l'objet d'un isolement thérapeutique sur prescription médicale. Des procédures encadrent cette pratique. La réévaluation de l'isolement est réalisée toutes les 24 heures. La surveillance infirmière est tracée sur une feuille d'observation spécifique au minimum 1 fois toutes les 60 mn. Le recours à la contention procède des mêmes conditions de mise en œuvre.

La coordination est assurée par les transmissions quotidiennes et les réunions de synthèse inter-équipes

intra et extra réunissant les différents intervenants autour de la prise en charge.

Le dossier est le support des échanges entre les différents intervenants (médecins, soignants, psychologues.....). Tous les événements en lien avec la prise en charge du patient sont tracés dans le dossier du patient, en cours de déploiement informatique. Cependant, la traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier n'est pas toujours assurée. En effet la trace d'évaluation de la douleur n'est pas toujours présente, notamment en l'absence de douleur ou saisie après plusieurs jours d'hospitalisation ce qui a pu être constaté lors des patients traceurs et des visites d'unités.

La sortie du patient est organisée avec le patient et/ou avec son entourage. L'assistante sociale du service intervient dès que nécessaire. Un suivi est proposé au patient.

Les instances fonctionnent : COMQRIE, CME, CLAN, CLUD....

Les informations sont diffusées aux professionnels par intranet ou par le journal interne du CESAME.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation régulière et structurée du parcours de prise en charge est opérationnelle.

Elle s'appuie

- sur une analyse des événements indésirables : 682 incidents déclarés en 2015 sur intranet.

Suite à ces événements indésirables, 2 RMM ont été organisées.

Des améliorations ont été mises en œuvre : rédaction d'un guide de bonnes pratiques sur les symptômes d'alerte et les conduites à tenir pour la prise en charge somatique en urgence des patients à risque, informer et sensibiliser les médecins et les soignants, mise en œuvre de travaux à réaliser Un chef de projet des RMM a été nommé. 17 CREX ont été réalisés. Ils ont abouti à des améliorations : rappel de la nécessaire surveillance des patients en RE, organisation des tâches des soignants au moment des transmissions, synthèses et pauses à revoir...

- sur l'analyse des questionnaires de sortie : 29% en retour pour l'année 2015

- sur les indicateurs IQSS dont les résultats sont insatisfaisants (délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, dépistage des troubles nutritionnels)

- sur les indicateurs suivis en interne.

Un programme d'audits soins est suivi mensuellement : évaluation de la traçabilité du poids, de la taille et de l'IMC, évaluation du processus de prise en charge médicamenteuse (pratiques infirmières)...

- sur les démarches EPP liées aux indicateurs de pratiques cliniques : ECG, bilan biologique, diagnostic de l'autisme.

Toutes les actions issues des évaluations sont intégrées dans le PAQSS, qui est suivi par la cellule qualité et gestion des risques.

A / AGIR

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

Suite aux évaluations réalisées et au suivi des EPP, des actions sont mises en œuvre.

Les actions issues des démarches EPP figurent dans le plan d'action EPP 2016 - 2020 sous les rubriques : risques liés aux soins, pertinence des soins, pathologies et problèmes de santé principaux rencontrés, prise en charge des patients appartenant à une population spécifique et enjeux de la psychiatrie.

Elles sont classées en fonction de leur avancée. Les plus abouties sont suivies par indicateur : réduire le risque d'accident grave lié aux soins, réduire les risques liés aux erreurs médicamenteuses...

Un bilan annuel EPP est présenté en COMQRIE et en CME.

Suite aux résultats issus des questionnaires de sortie en 2015, les axes d'amélioration prioritaires de l'établissement retenus avec la CRUQPEC portent sur les activités proposées aux patients.

Toutes les actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS de l'établissement.

Les résultats sont communiqués sur le site intranet de l'établissement, par affichage des indicateurs et par le journal interne du CESAME.

La communication auprès des usagers est réalisée au travers de la CRUQPEC qui a accès aux données issues des évaluations et au plan d'actions, entre autres lors de la présentation du bilan annuel.

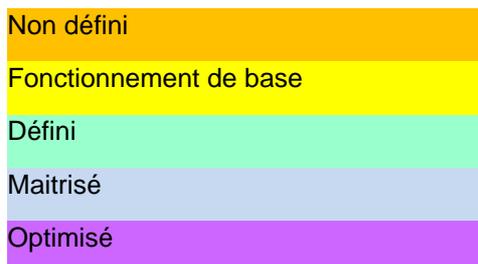
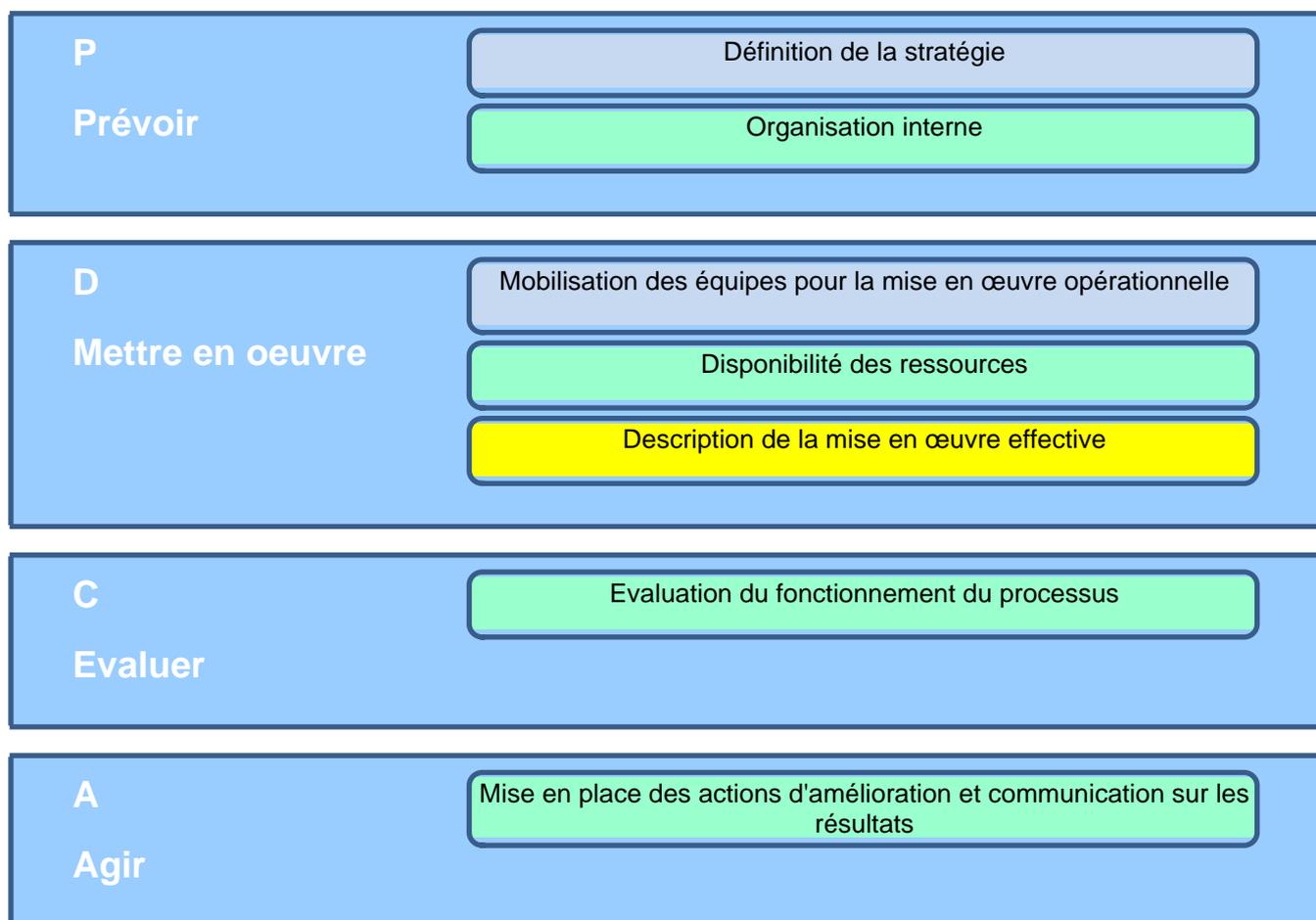
DOSSIER PATIENT

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 coexiste un dossier papier et un dossier informatisé. Actuellement en extra-hospitalier 56% des dossiers sont totalement informatisés et il n'est plus recouru au support papier. Ce chiffre est de 49% en extra-hospitalier et HDJ. La stratégie de développement du dossier informatisé repose sur divers documents institutionnels :

- L'axe 6 du projet d'établissement 2011-2015 avec deux actions dans le projet de soins et sur le projet des systèmes d'information.
- Le projet médical 2016-2020 validé dans le cadre de la qualité-sécurité des soins. Les fiches actions ne sont pas encore rédigées.
- Des notes de service formalisant le déploiement du DPI
- Les comptes rendus du comité de pilotage interne
- Une présentation en CME en 2014.

Ces divers documents définissant les orientations stratégiques pour le dossier patient résultent d'une analyse des besoins et des risques réalisée à partir des résultats d'audits internes annuels depuis 2013, des indicateurs nationaux (IPAQSS) et hôpital numérique, ainsi que sur les REX notamment.

Les risques identifiés ont été hiérarchisés et priorisés selon la méthode HAS avant d'être inclus au compte qualité. Des priorités d'amélioration ont pu être ainsi définies, programmées, avec un référent et un calendrier prévisionnel. Ce programme est articulé au PAQSS de l'établissement.

La communication sur ces orientations est réalisée au niveau institutionnel par voie d'affichettes, grâce aux cadres de proximité et du « Journal de CESAME », disponible sous un format papier et sur l'intranet.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation interne repose sur plusieurs niveaux de réflexion et de décision :

- Le Copil SIH (représentant de la direction et du directoire) qui assure une supervision politique.
- Le comité directeur nommé « COPIL Cristal-NET » qui prend les grandes décisions, valide les choix proposés par le groupe projet et/ou le comité de pilotage. Les responsabilités y sont définies (Directrice des affaires financières et du système d'information, représentants de la direction des soins, le DIM et les TIM, l'infirmière du DIM et la secrétaire du DIM, représentants du service informatique, deux informaticiens, représentants de la pharmacie). Il suit le déroulement du calendrier et la conformité des moyens mis en œuvre.
- Le comité de pilotage (groupe dossier informatisé du patient), pluri-professionnel comprend 1 médecin par pôle, des IDE et des cadres de santé de plusieurs services, des membres du COPIL Cristal-NET, des représentants du groupe des assistants médico-administratifs (AMA). Il se réunit en séances plénières ou selon la thématique. Il valide les orientations et les propositions travaillées par le groupe projet
- Le Groupe Projet (référents techniques et métiers) qui est un groupe expert opérationnel (DIM, service info). Il met en œuvre la proposition de paramétrage, les tests, la formation des professionnels et valide techniquement les choix.

Les compétences sont identifiées notamment au sein des divers groupes institutionnels intervenant dans la gestion du dossier patient.

Les habilitations des professionnels concernant leur accès au dossier patient sont définies en fonction de leur profil dans un document formalisé.

Les personnes référentes pour assurer l'accès du patient à son dossier sont définies. Il s'agit de la direction des usagers et du médecin médiateur.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés et formalisés dans le plan de formation global de l'établissement.

Les formations des nouveaux arrivants et notamment des internes en début de prise de fonction sont programmées. Le processus d'information des professionnels sur les règles de tenue et d'accès au dossier est en place. La communication entre professionnels impliqués dans la prise en charge et les correspondants externes est systématisée (accès au dossier entre les pôles en lecture seule, personnels de l'établissement présent au SAU, accès aux secrétariats en intra-hospitalier pour le dossier papier). L'archivage des dossiers papiers est défini. L'établissement a organisé conformément à la réglementation l'accès du patient à son dossier et a formalisé le document de référence.

Les procédures utiles à la gestion du dossier patient ont été identifiées et intégrées au système de gestion documentaire. Il s'agit du manuel utilisateur du DPI, du dossier papier, des règles d'accès à son dossier par le patient, des règles d'archivage du dossier papier, des modalités de fonctionnement en mode dégradé, des modalités de déclaration d'un évènement indésirable.

L'information des patients sur leur droit d'accès à leur dossier est contenue dans le livret d'accueil en intra-hospitalier et affichée dans les structures extra-hospitalières et HDJ.
 Les outils informatiques permettant aux divers intervenants de tracer leur intervention dans le dossier patient sont identifiés.
 Ces divers éléments d'organisation interne permettent d'assurer l'interface entre les secteurs d'activité, avec le DIM, les professionnels du secrétariat et de l'archivage.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La communication sur les orientations du DPI est assurée au niveau institutionnel par le journal interne et au niveau des services par le management du pôle.
 Les professionnels référents du dossier et participant aux divers groupes projets transmettent l'information dans leur pôle. Les cadres de proximité assurent la transmission des informations concernant la stratégie de déploiement du DPI, sa mise en œuvre et son évolution.
 Par ailleurs le management du pôle s'assure de la conformité des pratiques dans ses unités de soins en matière de tenue du dossier.
 Les personnels des unités de soins participent aux actions d'amélioration au sein du pôle : évaluations, déclaration des EI, analyse des EI donnant lieu à des REX ou des RMM.
 Les professionnels ont accès aux indicateurs de leur pôle qui sont affichés dans les services et à ceux de l'établissement.
 Des temps collectifs de communication sur les activités institutionnelles et leur impact sur l'organisation du pôle sont organisés de façon hebdomadaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences des professionnels sont disponibles.
 Les formations incluses au plan annuel de formation sont effectivement réalisées.
 Les procédures et documents permettant l'utilisation du dossier patient sont disponibles dans l'intranet et sous format papier dans certains pôles.
 Les documents d'information du patient sont distribués (livret d'accueil) et/ou affichés (charte du patient hospitalisé, charte des familles,...).
 Les divers outils mis à disposition des professionnels pour tracer leurs interventions sont disponibles sous format papier et/ou informatique.
 Un matériel informatique dédié à la procédure dégradée est disponible dans les unités de soins.
 Les dossiers papiers restent disponibles pendant 3 ans dans les secrétariats en intra-hospitalier avec une accessibilité permanente.
 Ensuite les dossiers papiers sont stockés dans les locaux d'archivage sécurisés, accessibles 24h/24h, qui permettent la conservation des dossiers.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les éléments constitutifs de la prise en charge sont tracés en temps réel dans le dossier patient, qu'il soit papier ou informatisé, grâce à des onglets spécifiques selon les intervenants. En effet on retrouve les informations recueillies en consultations externes, au moment de l'admission et au cours des séjours hospitaliers et en fin d'hospitalisation. Les informations sont certes présentes, mais ne sont pas toujours saisies dans l'onglet informatique prévu à cet effet (suivi somatique ou plan de soins personnalisé par exemple)
 Lors d'un patient traceur, la prescription manuscrite, réalisée hors procédure, par le médecin du CMP pour la délivrance du traitement par l'officine de ville n'est pas tracée dans le dossier patient. Ce document est présent dans un fichier word indépendant du dossier patient, au nom du prescripteur, accessible aux autres professionnels habilités.
 Les prescriptions en intra-hospitalier et le plus souvent en extra-hospitalier sont réalisées dans le DPI dans un des deux logiciels en activité actuellement.
 La consultation du DPI en lecture permet un accès aux données du patient en temps réel et notamment du CRH.
 La transmission des informations aux professionnels d'aval est réalisée par le CRH et un projet de messagerie cryptée est à l'étude.
 L'accès du patient à son dossier n'est pas assuré pour les dossiers de moins de cinq ans dans les délais réglementaires. En effet le délai moyen de transmission des dossiers de moins de 5 ans au patient est de 25 jours en 2015 et 19 jours en 2014. Pour les dossiers de plus de 5 ans le délai est respecté car de 28 jours en 2015 et 30 jours en 2014.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation des deux supports du dossier patient est réalisée annuellement depuis 2013 lors d'audits à l'échelle institutionnelle en utilisant les indicateurs nationaux (IPAQSS et hôpital numérique). Ces évaluations conduisent à des actions d'amélioration intégrées au PAQSS et au compte qualité pour certaines d'entre elles. Les délais de mise en œuvre de ces actions d'amélioration intégrées au compte qualité sont globalement respectés. Un bilan annuel du PAQSS intégrant ces actions est réalisé.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont pilotées par un référent avec un calendrier prévisionnel et un état d'avancement respecté pour la plupart des actions. Ces actions font l'objet de mesures complémentaires si le risque n'est pas éliminé.

Les procédures émanant de ces actions sont intégrées au système de gestion documentaire, de même que les orientations dans le développement du DPI qui sont adaptées en fonction des évaluations et des actions d'amélioration.

Ces actions sont intégrées au PAQSS.

Les résultats des indicateurs et les actions conduites font l'objet d'une communication institutionnelle sous forme d'affichettes, du journal interne (« La Lettre du CESAME ») disponible sous un format papier et numérique dans l'intranet. Les cadres de pôle ainsi que les soignants auditeurs assurent l'information dans les unités de soins. Le rapport annuel de la CRU permet la transmission des résultats en matière d'accès du patient à son dossier.

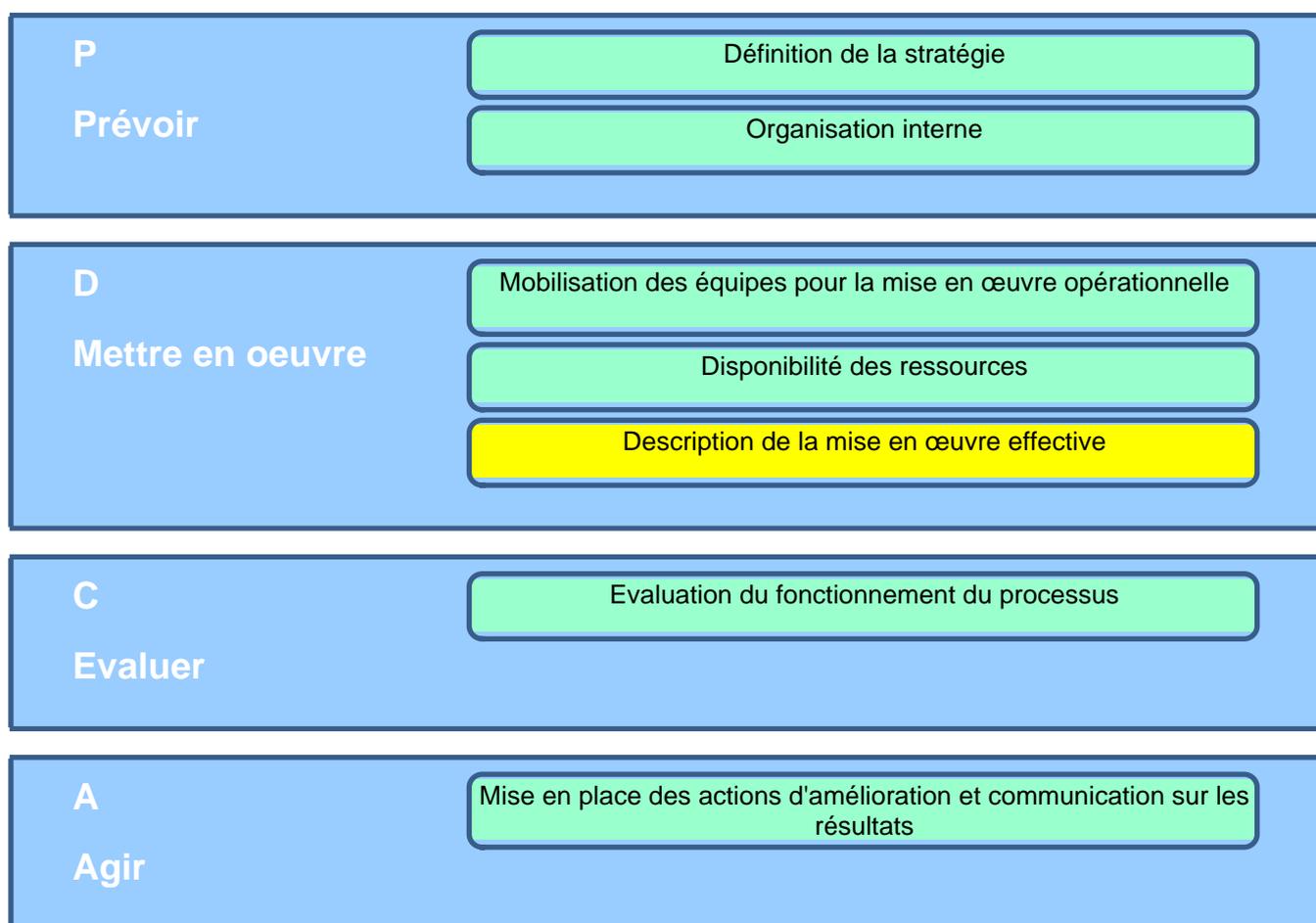
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre de Santé Mentale Angevin - CESAME a formalisé en janvier 2015 et mis à jour le 6 avril 2016 sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Les spécificités de la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées y sont abordées.

La politique a été validée par la Directrice, la Présidente de la CME et le Directeur des soins et a fait l'objet d'une diffusion dans le système documentaire informatisé.

Une analyse des risques a été réalisée par les membres du groupe pilote et du groupe médicament, ancien COMEDIMS, sur la base des données disponibles, notamment les résultats de la certification, des indicateurs et audits réalisés, ainsi qu'à partir des dysfonctionnements signalés et de la réglementation en vigueur en y associant les professionnels concernés : Risques sur la prise en charge médicamenteuse, sur le management et sur la prescription du sujet âgé.

Sur la base de l'analyse des risques hiérarchisés présentés dans le compte qualité, des actions d'amélioration ont été définies; ces actions ont été intégrées dans le programme d'actions formalisé et priorisé validé par la Direction et la CME.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique du processus relatif à la prise en charge médicamenteuse est assuré par la COMmission Qualité, Risques et Evaluation (COMQRIE) qui fixe les objectifs de la politique qualité du médicament.

Le pilotage opérationnel est assuré par le Responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, formellement identifié dans la politique qualité par la Direction et d'un praticien hospitalier qui s'appuient sur différents groupes :

La Commission médicament, composée du pharmacien responsable du management de la prise en charge médicamenteuse, de médecins et pharmaciens désignés par la CME, du Président du CLIN, de Cadres supérieurs de santé ou de service, d'infirmiers, de préparateur en pharmacie, d'un membre de la Direction, d'interne dont les missions sont définies dans un règlement intérieur.

Des groupes thématiques sont identifiés tels que : GISPPA, conciliation / prescription complètent ce dispositif opérationnel.

Un CBUM est signé avec l'ARS sur la période 2015-2018.

L'articulation avec la COMQRIE et avec les services cliniques est organisée dans les contrats de pôle. De plus, la représentativité des différents pôles est assurée au sein de la Commission médicament.

Les modalités de collaboration avec les unités de soins permettant de déployer la démarche d'amélioration sont définies dans la charte des référents "Circuit du médicament" Infirmiers et Préparateurs de septembre 2013. Les missions de chacun y sont formellement précisées.

Le plan de formation 2016 prend en compte la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Les chefs de service, les cadres et les préparateurs sont chargés de sensibiliser les professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses et de relayer les informations. La communication est aussi organisée en lien avec la COMQRIE et les différents groupes de travail.

Au regard des besoins et des risques identifiés, les procédures et protocoles relatifs aux différentes étapes du processus sont élaborés. Des supports d'aide à la prescription sont rédigés notamment concernant la médication des personnes âgées et le recours aux médicaments à risques.

Les modalités de dispensation et de délivrance des médicaments sont définies. La dispensation nominative journalière est automatisée pour la plupart des unités d'hospitalisation complète et nominative hebdomadaire pour les structures extra hospitalières.

Les ressources humaines (pharmaciens, préparateurs, prescripteurs, infirmiers, infirmiers référents), matérielles (postes informatiques, automate de délivrance nominative) et documentaires (Manuel Qualité) nécessaires au fonctionnement du processus sont identifiés, tant au niveau de la pharmacie que des unités de soins.

La permanence pharmaceutique est organisée, elle repose sur les pharmaciens titulaires et deux vacataires. Les dotations et les modalités d'approvisionnement en cas d'urgence sont définies.

Les interfaces avec les services logistiques, notamment transport, techniques et informatiques sont en

place et la maintenance des équipements est assurée.

Le développement du système d'information hospitalier a permis l'informatisation du circuit du médicament pour l'ensemble des unités d'hospitalisation complète et 60% des structures extra hospitalières. A ce jour cohabitent à la PUI deux logiciels. Les services intra et extra hospitaliers disposent de l'un ou de l'autre. Une organisation est définie si un patient est transféré entre deux services ne disposant pas du même logiciel pour assurer la continuité du traitement médicamenteux.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des besoins et des risques spécifiques à leur secteur d'activité, les responsables médicaux et pharmaceutiques, l'encadrement soignant et les référents pharmacie organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle d'amélioration et sensibilisent leurs collègues aux bonnes pratiques.

Dans le cadre de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, les responsables s'assurent de la conformité des pratiques sur l'ensemble du processus : organisation, prescription, préparation, en particulier depuis la mise en place de l'automate en pharmacie, administration et validation. La mise en œuvre d'actions d'amélioration est suivie et des contrôles du respect de bonnes pratiques de réalisation des activités et de leur traçabilité sont régulièrement effectués. La mobilisation des équipes est effective, notamment concernant l'utilisation du nouveau logiciel Prescrire, la délivrance automatisée et l'administration des traitements.

En cas de dysfonctionnement constaté, des actions correctives sont mises en place.

La participation des professionnels au signalement des événements indésirables liés au médicament se développe progressivement, particulièrement depuis le déploiement de la délivrance automatisée. L'analyse en comité de retour d'expérience (CREX) est effective. Les résultats des différentes évaluations sont portés à connaissance des professionnels lors des réunions de pôle, de coordination pharmacie - service, de service et via le logiciel Bluekango.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources matérielles, logistiques, techniques et documentaires, nécessaires sont disponibles au sein de la PUI et des unités de soins pour la mise en œuvre de chaque étape du processus.

La base documentaire du centre Cesame permet un accès aux procédures, protocoles et outils d'aide à la prescription. Un programme d'ETP sur la schizophrénie est autorisé par l'ARS, des fiches d'information du réseau Psychiatrie-Information-Communication sont disponibles.

La maintenance du système d'information est opérationnelle et les professionnels connaissent les dispositions à prendre dans le cadre de l'indisponibilité du système (mode dégradé) pour les deux logiciels Pharma et Prescrire.

Les ressources humaines, en termes d'effectifs et de compétences sont disponibles pour assurer le fonctionnement du processus.

La formation sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, sur la tenue de CREX et sur le nouveau logiciel Prescrire, sur l'éducation thérapeutique est effective.

Les nouveaux arrivants : Médecins, internes et personnels paramédicaux sont sensibilisés aux erreurs médicamenteuses et formés à l'accès à la gestion documentaire et aux logiciels du circuit du médicament.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

En grand majorité, les professionnels des services cliniques connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour assurer l'effectivité de la prise en charge médicamenteuse et selon les bonnes pratiques ce que confirment les parcours patient traceur effectués à l'occasion de la visite. Les prescriptions sont réalisées le plus souvent dans le respect des exigences comme l'atteste la valeur de l'indicateur "Conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses établies en cours de l'hospitalisation" d'une valeur de 97% pour la campagne 2014. Toutefois, les règles de prescription ne sont pas toujours mises en œuvre.

En hospitalisation de jour du pôle 2 et au CMP Buttes Pigeon pôle 4, le logiciel Pharma est disponible. Cependant lors de la visite, il est constaté que des médecins réalisent des prescriptions médicamenteuses sur ordonnance papier à l'entête du CH le CESAME, ce qui ne correspond pas à l'application des règles internes définies dans la procédure de prescription des médicaments validée en juin 2013 et du guide de bonnes pratiques " Conciliation, prescription, préparation du semainier et administration (le cas échéant) des médicaments en ambulatoire" validé en avril 2016. L'original est remis au patient pour dispensation en ville et une copie insérée dans un classeur pharmacie.

Les interfaces avec la PUI, les services cliniques et les services logistiques sont opérationnelles.
La traçabilité des informations nécessaires à chaque étape du processus est le plus souvent assurée.

Les règles de gestion, de rangement, de transport sont connues et appliquées, y compris pour les médicaments à risques.

Toutefois, le stockage des médicaments n'est pas toujours sécurisé.

Au foyer de post cure, le bureau où sont disposées les deux armoires à pharmacie est fermé à clef. Tous les professionnels, y compris des personnes non autorisées à accéder aux médicaments disposent de la clef. Les armoires sont fermées à clef mais les clefs des armoires et celle du coffre à stupéfiant sont stockées dans un endroit accessible à tous dans le bureau.

Les méthodes en vigueur à la PUI en matière de préparation respectent les règles de bonnes pratiques.

Les organisations en place permettent d'assurer la continuité effective du traitement médicamenteux du patient pendant son séjour, lors de permissions et dans le cadre de sa sortie ou de son transfert.

L'information du patient est assurée de manière conjointe par les médecins et les soignants en vue d'améliorer l'observance du traitement et du bon usage des médicaments. Un programme d'éducation thérapeutique sur la schizophrénie est mis en œuvre et aborde ce sujet.

L'informatisation du dossier et l'organisation de la PUI permettent l'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet des patients, incluant le traitement personnel. Les pharmaciens disposent des données cliniques mais pas des données biologiques produites par le laboratoire du CHU d'Angers avec lequel un projet de déploiement d'un module interfacé est engagé.

En grande majorité, les soignants connaissent les règles de préparation et d'administration des médicaments ainsi que celles relatives à la validation et l'administration dans le dossier patient.

Toutefois, la traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient n'est pas toujours assurée sur un support unique de prescription et d'administration. En hospitalisation de jour du pôle 2, lorsque les médecins réalisent des prescriptions médicamenteuses sur ordonnance papier à l'entête du CH le CESAME, à partir de laquelle le pilulier est préparé par le patient et l'infirmière. Celle-ci, lorsque parfois elle administre le traitement du matin et du midi au patient le valide de manière manuscrite sur un tableau spécifique ce qui a été observé lors de la visite.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le recueil des Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS) est effectif dans le cadre des campagnes obligatoires biannuelles et hors protocole.

Dans le CBUM, la pharmacienne réalise un suivi d'indicateurs.

Des EPP sont mises en œuvre notamment sur la prescription des psychotropes du sujet âgé : un 1er audit portant sur les recommandations générales est réalisé.

Le nombre de déclarations d'événements indésirables liées aux erreurs médicamenteuses est resté faible les 3 dernières années avec une très forte augmentation depuis l'incitation par la pharmacienne dans le cadre de la mise en œuvre de l'automate.

Des audits réguliers de stockage des armoires à pharmacie des unités sont réalisés par les préparateurs en pharmacie.

Des audits de bonnes pratiques d'administrations sont réalisés par les cadres de santé.

A / AGIR

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

Les différentes évaluations menées donnent lieu à des actions d'amélioration mises en œuvre par les professionnels, notamment dans le cadre des déclarations d'événements indésirables. Ces actions sont articulées avec le programme d'actions d'amélioration et avec le compte qualité; le suivi en est assuré par les pilotes et les responsables identifiés.

Les résultats des évaluations et des indicateurs sont communiqués aux professionnels et aux instances concernées.

Lors de la visite, la COMQRIE a actualisé la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, y intégrant le nouveau logiciel de prescription, la procédure de prescription des médicaments et le guide de bonnes pratiques autorisant temporairement la rédaction de la prescription médicamenteuse sur des circuits papier jusqu'au déploiement du nouveau logiciel et l'enregistrement de l'administration sur les supports dédiés, support différencié de la prescription.

L'affichage des résultats des IQSS est effectif dans toutes les unités de soins à destination des professionnels, patients et entourage.
La communication est assurée vers les usagers lors de la participation à la semaine sécurité, en particulier sur la conciliation médicamenteuse.