



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
ETABLISSEMENT PUBLIC DE
SANTÉ MENTALE (EPSM) DES
FLANDRES**

790 route de locre
Bp 139
59270 Bailleul

MAI 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 | 11 |
| 1. DÉCISION DE CERTIFICATION | 11 |
| 2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES | 11 |
| 3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE | 11 |
| 4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ | 11 |
| 5. SUIVI DE LA DÉCISION | 11 |
| PROGRAMME DE VISITE | 12 |
| 1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES | 12 |
| 2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR | 12 |
| PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE | 14 |
| MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES | 15 |
| DROITS DES PATIENTS | 19 |
| PARCOURS DU PATIENT | 23 |
| DOSSIER PATIENT | 28 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT | 32 |

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

| ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE (EPSM) DES FLANDRES | |
|---|--------------------------------------|
| Adresse | 790 route de locre 59270 Bailleul |
| Département / région | NORD / NORD-PAS-DE-CALAIS/PICARDIE |
| Statut | CHS / EPSM |
| Type d'établissement | Etablissement de santé |

| Liste des établissements rattachés à cette démarche | | | |
|---|-----------|--|---|
| Type de structure | FINESS | Nom de l'établissement | Adresse |
| Entité juridique | 590782678 | ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE DES FLANDRES (EPSM) BAILLEUL | 790 route de locre Bp 139 59270 Bailleul |
| Etablissement de santé | 590008538 | CMP LE CERISIER - 59G06 | 101 rue des pretres 59660 MERVILLE |
| Etablissement de santé | 590006623 | ANTENNE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE - 59G02 | 24 rue maurice cornette 59380 BERGUES |
| Etablissement de santé | 590815130 | UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE | r de neuve eglise la basse ville 59270 Bailleul |
| Etablissement de santé | 590817300 | CMP DE GRAVELINES - 59G04 | 49 rue carnot Bp 55 59820 GRAVELINES |
| Etablissement de santé | 590036497 | CENTRE DE SOINS LA TONNELLE - 59G01/03 | 967 avenue de rosendael 59385 DUNKERQUE |
| Etablissement de santé | 590796140 | CMP VINCENT VAN GOGH - 59G01 | 108 rue felix coquelle 59240 ROSENDAEL |
| Etablissement de santé | 590006755 | ANT CMP AD STEENVOORD CHS BAILLEUL - 59G05 | Place jm ryckexaert 59114 Steenvoorde |

| | | | |
|------------------------|-----------|---|--|
| Etablissement de santé | 590817292 | CMP DE BAILLEUL - 59I02 | 6 place de plichon 59270 BAILLEUL |
| Etablissement de santé | 590038311 | CENTRE D'ENTRETIENS FAMILIAUX DU LITTORAL (CEFL) - 59I01 | 8 rue de beaumont 59140 DUNKERQUE |
| Etablissement de santé | 590006656 | ANTENNE C.M.P. PSY. INF. JUV. - 59I01 | 30 r roger salengro 59123 Bray-Dunes |
| Etablissement de santé | 590040176 | HOP PSY ADULT COUDEKERQUE CHS BAILLEUL | RUE GHESQUIERE 59210 Coudekerque-Branche |
| Etablissement de santé | 590037396 | ANTENNE CMP - 59G04 | Centre medico-social Rue montagne 59143 WATTEN |
| Etablissement de santé | 590006730 | CMP LA PETITE HISTOIRE - 59I02 | 87 rue du general de gaulle 59660 Merville |
| Etablissement de santé | 590007878 | CMP TILL L'ESPIEGLE - 59I01 | 4 rue de l'hotel de ville 59380 BERGUES |
| Etablissement de santé | 590006714 | CMP STEPHANE GRAPPELLI - 59I01 | 13 rue denis papin 59760 GRANDE SYNTHE |
| Etablissement de santé | 590016879 | CMP LES 400 COUPS - 59I01 | 11 rue des arbres 59140 DUNKERQUE |
| Etablissement de santé | 590796157 | CENTRE MEDICO- PSYCHOLOGIQUE - 59G02 | 4 rue monseigneur marquis 59240 Dunkerque |
| Etablissement de santé | 590000790 | ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE (EPSM) DES FLANDRES | 790 route de locre Bp 139 59270 Bailleul |
| Etablissement de santé | 590805693 | CMP LES MOTS BLEUS - 59I02 | 46 rue du rivage 59190 Hazebrouck |

| | | | |
|------------------------|-----------|---|--|
| Etablissement de santé | 590015608 | CENTRE DE SOINS DU NOMBRE D'OR - 59G02 | 229 avenue charles de gaulle 59180 CAPPELLE LA GRANDE |
| Etablissement de santé | 590802906 | HOPITAL DE JOUR FRANCOIS TOSQUELLES - 59G01/03 | 567 rue louis herbeaux 59140 Dunkerque |
| Etablissement de santé | 590033569 | APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES DE BERGUES - 59G02 | 10 a place du marche aux bestiaux 59380 BERGUES |
| Etablissement de santé | 590006680 | CMP L'ARLEQUIN - 59G03 | 9 rue saint sebastien 59140 DUNKERQUE |
| Etablissement de santé | 590811923 | CLINIQUE PSYCHOTHERAPIQUE DE ROSENDAL - 59G01/03 | 19 rue du pont neuf 59240 Dunkerque |
| Etablissement de santé | 590817573 | CMP GRANDE SYNTHE - 59G04 | Rue georges sand Bp 88 59760 GRANDE SYNTHE |
| Etablissement de santé | 590815171 | CMP GRIMM ET IL ETAIT UNE FOIS - CATTP TOM SAWYER - 59I01 | 50 avenue des bains 59140 DUNKERQUE |
| Etablissement de santé | 590040267 | CENTRE MEDICAL DES MONTS DE FLANDRE - SSR UCC | 49 bis rue de neuve eglise 59270 Bailleul |
| Etablissement de santé | 590033619 | MAISON THERAPEUTIQUE INTERSECTORIELLE (MATHEIS) 59G01/03 | 16 place du palais de justice 59140 DUNKERQUE |
| Etablissement de santé | 590007175 | HOPITAL DE JOUR L'ORANGE BLEUE - 59I02 | 35 rue du rivage 59190 Hazebrouck |
| Etablissement de santé | 590034906 | CENTRE DE JOUR LE PETIT PRINCE - 59I01 | 1 boulevard francois mitterrand 59140 Dunkerque |
| Etablissement de santé | 590006763 | ANTENNE C.M.P. PSY GEN. ET INF. - 59G04 - 59I02 | centre medico-social 59143 Watten |

| | | | |
|------------------------|-----------|---|---|
| Etablissement de santé | 590007993 | CLINIQUE PSYCHOTHERAPIQUE LA CLAIRIERE - 59G06 | 791 route de locre 59270 Bailleul |
| Etablissement de santé | 590037354 | CMP D'HAZEBROUCK - 59G05 | Residence hollebecque - rue du commissariat Rue du commissariat 59190 HAZEBROUCK |
| Etablissement de santé | 590006664 | ANTENNE C.M.P. PSY. GEN. ET INF. - 59G05 - 59I02 | airie de cassel 59670 Cassel |
| Etablissement de santé | 590015558 | CMP DU NOMBRE D'OR - 59G02 | 229 avenue charles de gaulle 59180 CAPPELLE LA GRANDE |
| Etablissement de santé | 590006771 | ANTENNE CMP ADULT WORMHOUT CHS BAILLEUL - CENTRE JACQUELINE MARISSAL | Place du general de gaulle 59470 Wormhout |
| Etablissement de santé | 590817284 | CMP CAMILLE CLAUDEL - 59G06 | 34 rue de cassel 59270 BAILLEUL |
| Etablissement de santé | 590006722 | ANT CMP ENFANT HONDSCHOOTE CHS BAILLEUL - 59I01 | RUE DE LA LIBERATION 59122 Hondshoote |
| Etablissement de santé | 590008348 | MAISON THERAPEUTIQUE DE GRAVELINES - 59G04 | 1 rue du moulin haut 59820 GRAVELINES |
| Etablissement de santé | 590796132 | CMP LES PECHEURS D'HISTOIRES - 59I01 | 3 rue du pont de pierre 59820 GRAVELINES |
| Etablissement de santé | 590040051 | HOPITAL DE JOUR GUY LEDOUX INTERSECTORIEL - 59G05/59G06 | 180 rue de vieux berquin 59190 Hazebrouck |

| Activités | | | |
|-------------------------|----------------------|-------------------------------------|---|
| Type de prise en charge | Activités | Nombre de lits d'hospitalisation | Nombre de places d'hospitalisation partielle |
| Santé mentale | Psychiatrie générale | 218 | 83 |

| | | | |
|---------------|------------------------------|----|----|
| Santé mentale | Psychiatrie infanto-juvénile | / | 30 |
| SSR | SSR | 15 | / |

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

Réorganisation de l'offre de soins

| | |
|---|--|
| Coopération avec d'autres établissements | - Convention cadre avec le CH de BAILLEUL pour les prestations radiologie et blanchisserie - Convention cadre avec le CH de DUNKERQUE pour la stérilisation, les urgences psychiatriques et l'espace adolescents - Convention cadre avec le CH d'ARMENTIERES pour les examens de laboratoire |
| 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

Recommandation d'amélioration

Droits des patients

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. L'établissement a fait parvenir à la HAS une copie de l'avis favorable délivrée par la commission de sécurité incendie de Dunkerque en date du 14/01/16 concernant la Maison thérapeutique Mathéis.

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 | H ou F | SSR unité cognitivocomportementale-Structure SSR | Affections de la personne âgée polypathologique | Hospitalisation programmée | Complexe | SSR |
| 2 | H ou F | CLINIQUE PSYCHOTHERAPIQUE LA CLAIRIERE | maladies psychiques des personnes adultes : dépres | Hospitalisation programmée | Complexe | Santé mentale |
| 3 | H ou F | CENTRE DE SOINS DU NOMBRE D'OR | maladies psychiques des personnes adultes : dépres | Hospitalisation programmée | Simple | Santé mentale |
| 4 | H ou F | HOPITAL DE JOUR FRANCOIS | maladies psychiques des personnes adultes : dépres | Hospitalisation programmée | Simple | Santé mentale |
| 5 | Enfant de 3 à 6 ans G ou F | CENTRE DE JOUR LE PRITIT PRINCE | Troubles psychiques divers comme des troubles env | Hospitalisation programmée | Simple | Santé mentale |

| PT | Population | Secteurs d'activité / services | Pathologie | Mode d'entrée | Type de parcours | PEC |
|----|------------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------|------------------|-----|
| 6 | Enfant /adolescent G ou F | HOPITAL DE JOUR L'ORANGE BLEUE | Troubles psychiques divers comme des troubles env | Hospitalisation programmée | Simple | |

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

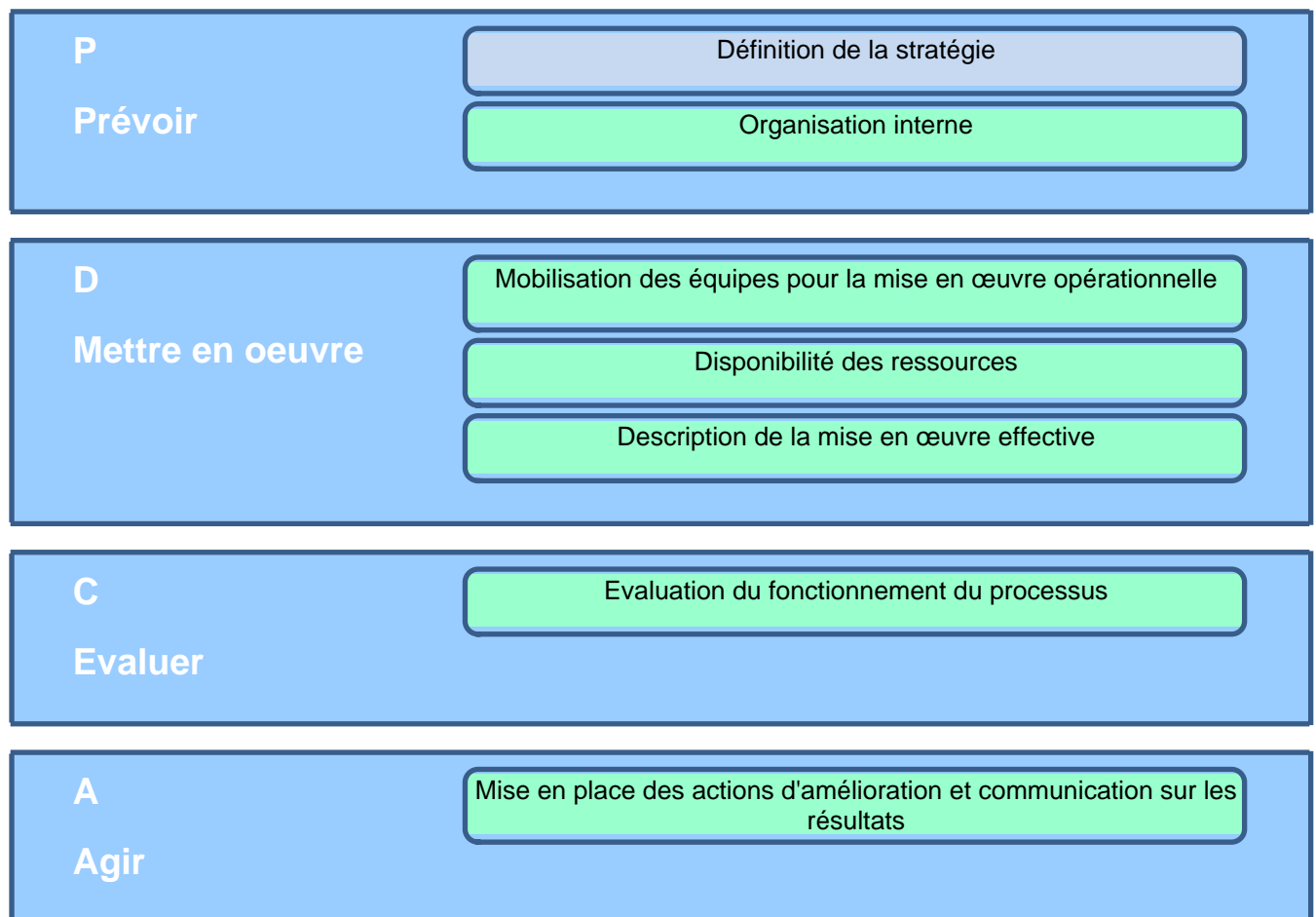
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique qualité et gestion des risques dont la CME est garante, s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement définie dans le projet d'établissement 2013-2017 et le CPOM. 7 objectifs sont identifiés :

- maintenir la dynamique qualité et gestion des risques,
- assurer la qualité et la sécurité tout au long du parcours du patient et du résident,
- favoriser l'appropriation de la culture de prévention et de gestion des risques dont la sécurité des soins,
- favoriser l'expression et prendre en compte les avis des usagers et de leur entourage,
- promouvoir la santé et la sécurité au travail,
- structurer et généraliser le développement professionnel continu (DPC),
- développer le partenariat avec la médecine de ville

Cette politique intégrant une stratégie EPP a été validée par les instances et se décline dans un programme qualité gestion des risques annuel qui comprend les actions d'amélioration nécessaires par thématique. Ce programme englobe tous les besoins de l'établissement sous la forme d'un GANTT. Il précise les pilotes, les groupes de travail, ainsi que les échéanciers. Le PAQ intègre la hiérarchisation des risques à priori, réactualisée en février 2015 par la direction de la qualité selon 5 niveaux de gravité et classés en 3 domaines :

- les risques liés aux soins,
- les risques financiers,
- les risques techniques et logistiques.

Des indicateurs de la politique qualité gestion des risques sont définis et suivis annuellement. Le compte qualité a été élaboré à partir du PAQ 2015 et du plan de prévention gestion des risques autour de 17 groupes de travail correspondant aux thématiques. Une cartographie identifie les risques potentiels par secteur, leur maîtrise et les actions d'amélioration à mettre en œuvre. Elle est revue annuellement. La politique est portée par le comité de pilotage qualité et le comité de prévention et gestion des risques avec mise en place des groupes de travail nécessaires associant les acteurs de terrain de manière participative. Les représentants des usagers sont informés de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de la CRUQ.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une direction qualité composée de 2 directeurs des soins, un ingénieur qualité, un cadre de santé et une assistante qualité. Les membres de la direction qualité ont une fiche de poste. Un comité de pilotage de la qualité et un comité de prévention et gestion des risques sont définis et opérationnels. Un organigramme précise les modalités de l'organisation et de la coordination de la gestion des risques associés aux soins de l'établissement. Le directeur et le président de la CME décident de la politique de sécurité des soins comprenant la politique EPP avec sous-commission dédiée. Ils en définissent la gouvernance présentée sur l'organigramme. Ils désignent le praticien coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. le pilotage opérationnel est assuré par le comité de pilotage qualité et le comité de prévention et gestion des risques auxquels participent le praticien coordonnateur. Leur mission est de développer la culture sécurité des soignants, de coordonner, favoriser les échanges entre groupes (14 groupes de travail) et commissions, d'assurer la cohérence... La gestion des plaintes et des réclamations est organisée. L'établissement vient d'accueillir un nouveau représentant des usagers ; ceux-ci sont associés aux travaux de la CRUQ. La gestion des événements indésirables est organisée à partir d'un support papier et/ou informatique de signalement. La culture de signalement et de non sanction est favorisée par une charte d'incitation. Le plan blanc est formalisé. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, outils d'aide et d'accompagnement, dispositif informatisé de gestion documentaire, etc.) ainsi que les modalités de communication appropriés et nécessaires. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. L'ensemble du personnel des secteurs est sensibilisé et mobilisé pour la mise en œuvre opérationnelle de la qualité et de la gestion des risques notamment au travers des contrats de pôle qui incluent des axes sur la sécurité des soins. Les équipes sont mobilisées pour participer aux différents commissions aux 14 groupes de travail en cours sur l'établissement. Les binômes qualité

(correspondant qualité et cadre référent) sont chargés de diffuser les informations émanant de la direction de la qualité. Ils participent à la sensibilisation des personnels dans toutes les unités de soins et s'assurent de la connaissance des nouvelles procédures par l'ensemble des agents (organisation formalisée). Les cadres supérieurs de santé sont chargés de diffuser la politique qualité de l'établissement dans leurs services. Ils sensibilisent les cadres de santé de proximité. Un briefing hebdomadaire des Cadres Supérieurs de Santé permet de définir les objectifs. L'intranet de l'établissement participe à la sensibilisation des professionnels de santé. Chaque nouveauté est inscrite sur la première page, lors de l'ouverture de l'intranet. Les résultats des audits sont portés à la connaissance des professionnels. Des CREX sont organisées. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en formation initiale et continue des acteurs sont définis et des actions d'information et de formation sont mises en œuvre par exemple formation sur la méthode ALARM pour la réalisation des CREX, formation à la méthode patient traceur. La cellule qualité bénéficie d'un budget spécifique. Les professionnels bénéficient de nombreuses sources d'informations pour assurer la veille réglementaire, notamment d'abonnements au journal officiel, HOSPIMEDIA et des informations transmises par la cellule juridique. La gestion documentaire est mise à disposition sur des supports papier et des supports informatisés. Les procédures sont toutes recensées sur un logiciel dédié à cet effet. La gestion documentaire est partagée sur l'intranet et des documents papiers. Un logiciel et des formulaires papier permettent le signalement des événements indésirables. Les services sont tous équipés de terminaux informatiques. Il existe aussi des classeurs "papier" (onglets hygiène, système d'information, procédures qualité) mis à jour par les correspondants qualité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Dans les unités, les observations et les entretiens ont permis aux experts-visiteurs de vérifier la mobilisation des professionnels pour la mise en œuvre opérationnelle de la démarche qualité et de sécurité des soins avec notamment la participation au signalement des événements indésirables, aux groupes de travail qualité gestion des risques, aux EPP, à la démarche patient traceur. Il existe une sous-commission des EPP sous l'égide de la CME. Cette commission mise en place depuis 2007 se réunit en moyenne 4 fois par an et pilote 19 EPP au mois de novembre 2015 réparties sur l'ensemble des secteurs de l'établissement. Le dispositif de signalement des événements indésirables est opérationnel : fiches de signalements indésirables anonymisées, supports papier et informatisé utilisés en fonction des capacités personnelles des professionnels, réponse de la direction qualité au professionnel signalant l'événement, analyses réalisées. Les cartographies des risques à priori sont réalisées avec les acteurs de terrain. Les situations de crise sont gérées avec mise en place de fiche REFLEXE pour le plan blanc. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le programme de la qualité et de la gestion des risques est réévalué au moins une fois par an, en N+1 sur la base des résultats obtenus.

Les évaluations portent notamment sur :

- le taux de satisfaction des patients hospitalisés,
- le nombre de formations des nouveaux arrivants,
- le nombre de déclarations de chutes,
- le nombre de déclarations de fiches d'événements indésirables (300 en 2015),
- le nombre de CREX,

La satisfaction des usagers est évaluée. La CRU est destinataire des évaluations faites sur la base de l'étude des bulletins de sortie. Des actions peuvent être reprises dans le PAQ. Le compte qualité fait l'objet d'une évaluation. Les comités de retour d'expérience évaluent les causes profondes des événements indésirables.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est portée à la connaissance de la CME et à l'ensemble du personnel par le biais de l'intranet et du journal interne.

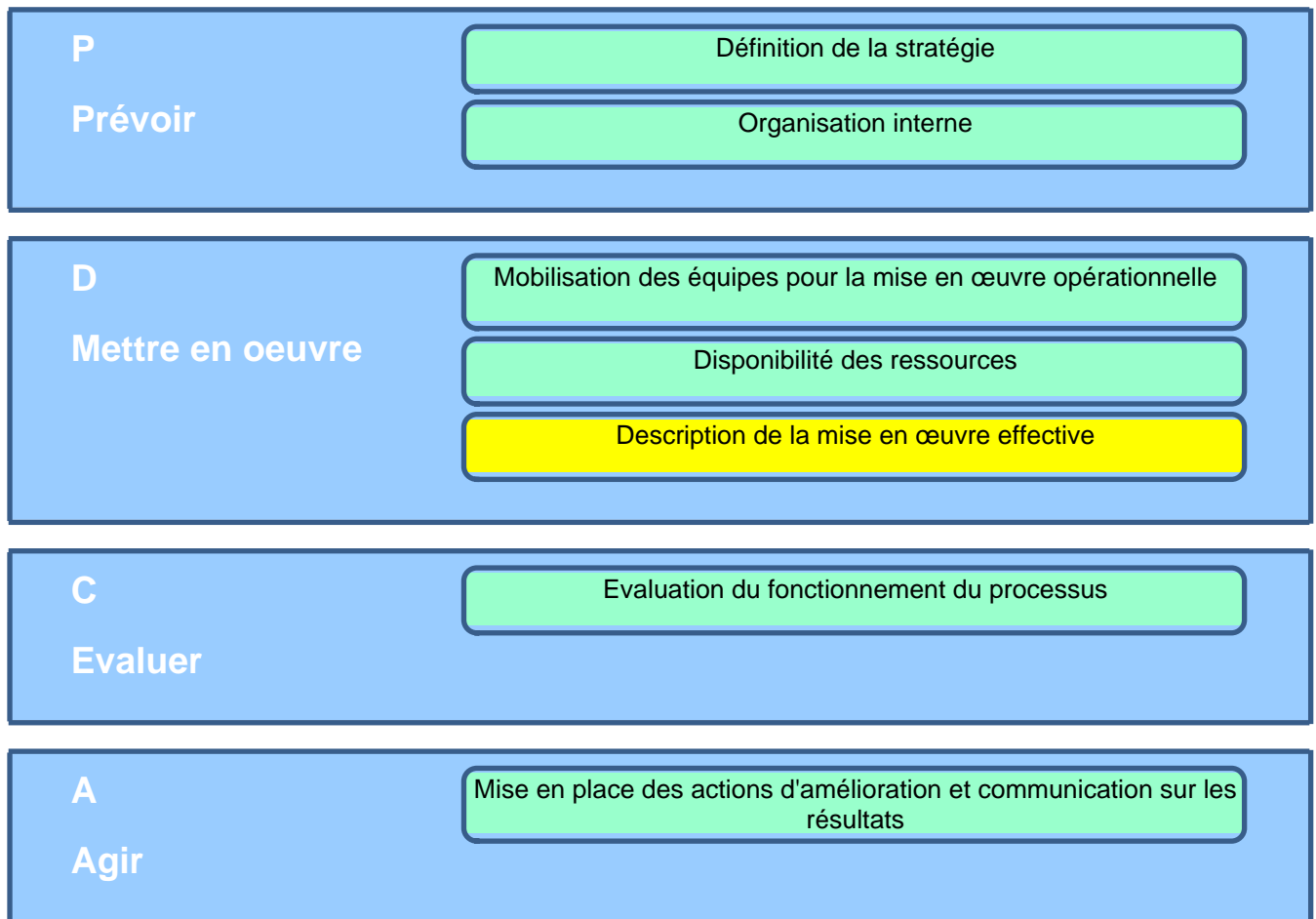
DROITS DES PATIENTS

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

Il existe une stratégie visant à préserver les droits du patient. Elle est affirmée dans le projet d'établissement 2013-2017 fondé sur la dimension éthique de la prise en charge du patient avec mise en place d'un espace éthique de réflexion pluridisciplinaire en 2014, le respect des droits des patients (dignité, intimité, liberté,...) et une politique formalisée de promotion de la bientraitance. La politique Qualité et Gestion des Risques intègre un axe à part entière quant au respect des droits des patients quelque soit leur mode de prise en charge notamment sur l'accessibilité aux soins, la dignité et l'intimité, la liberté d'aller et venir. Cette stratégie est basée sur une identification des besoins et une analyse des risques formalisées dans le plan de prévention et de gestion des risques 2015-2017 et dans le compte qualité. Les droits du patient s'appuient sur la charte de la personne hospitalisée, diffusée sur l'intranet et sur le site internet de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Le comité de pilotage qualité et de prévention et gestion des risques pilote le processus en association avec la CRUQ. Un groupe de travail a permis d'identifier les besoins et les risques à partir de 7 axes :

- la formation des personnels,
- l'information des patients,
- la promotion de la bientraitance,
- les signalements des cas de maltraitance,
- les libertés et les restrictions de libertés des patients,
- les conditions d'hébergement,
- les hospitalisations sans consentement,
- la participation du patient au projet thérapeutique.

Les représentants des usagers sont informés des plaintes et réclamations en CRUQ. Une cartographie des risques de maltraitance définit des groupes de causes de maltraitance institutionnelle au niveau du management, de la prise en charge, des conditions d'installations. Les modalités de signalement d'une maltraitance sont formalisées depuis 2011. Des documents explicatifs sur les divers cas de maltraitance et des modalités de signalement sont élaborés. Un espace éthique de réflexion est mis en place depuis 2014 et propose un travail en groupe par thème (par exemple : groupe Collaboration avec les familles absentes, la fin de vie). Ses missions sont définies. Sa composition, son fonctionnement et le résultat de ses activités sont portés à la connaissance des professionnels de santé. Des procédures et protocoles ont été élaborés : par exemple, procédure d'apaisement et de contention, contrats de soins, procédure de notification des droits en cas de soins sans consentement. Des documents sont à disposition des usagers : livret d'accueil, site internet, affichage de la charte du patient hospitalisé, questionnaires de sortie. Les patients sont informés sur leurs droits et les missions de la CRU. Des formations et sensibilisations des professionnels en lien avec la thématique sont prévues sur le plan de formation de l'établissement chaque année.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité (chef de pôle, cadres de santé) organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les équipes soignantes sont sensibilisés au respect du droit des patients notamment lors des réunions de synthèse. Les cadres qui sont les relais qualité dans les unités s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. L'espace éthique permet de mobiliser les équipes par leur participation à des groupes de travail sur des thèmes spécifiques : articulation santé mentale et justice, contention, projet de vie, liberté sexuelle... Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement organise la formation des professionnels sur les droits des patients. Des formations sur la bientraitance sont organisées au niveau institutionnel et au niveau des pôles. Des formations sur le secret professionnel sont mise en place. Des supports permettant l'information des usagers quant à leurs droits sont disponibles : livret d'accueil, divers affichages dans les unités de soins, site Internet de l'EPSM des Flandres, formulaire de notification de l'information donnée au patient sur sa situation juridique pour les patients sous contrainte...

Les notions de bientraitance et de maltraitance définies dans le document de politique institutionnelle sont à disposition des professionnels. Des documents explicatifs sur les divers cas de maltraitance et des

modalités de signalement sont également à disposition. Les procédures relatives aux droits des patients sont mises à disposition des professionnels sur la gestion documentaire informatisée de l'établissement (procédure de recueil de consentement du patient, désignation de la personne de confiance, mise en chambre d'apaisement). Le dispositif de prise en charge vise à permettre l'adhésion du patient à ses soins. Celui-ci est tracé dans le dossier de soins. Les conditions hôtelières permettent de préserver le respect de la dignité et de l'intimité du patient notamment lors des soins d'hygiène. Les locaux permettent également d'assurer la confidentialité de la prise en charge et des données du patient. Un dispositif de soins sans consentement est disponible.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. La traçabilité est assurée (personne de confiance, prescription médicale pour restriction de liberté, contention, mise en chambre d'apaisement et surveillance). Toutefois, les projets de prise en charge n'identifient pas toujours les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect. Lors de la visite, les EV ont pu constater que des patients, en hospitalisation libre, étaient accueillis dans des unités fermées ne permettant pas leur liberté de circulation. Ces pratiques justifiées pour les équipes par l'état ou la demande du patient n'étaient pas définies dans un projet de prise en charge du patient ("la Tonnelle", D6, G4 et G5), ni évaluées.

Les pratiques permettent d'assurer le respect de la confidentialité des informations relatives au patient (par exemple définition de droits d'accès au dossier). L'information du patient sur son état de santé et le cas échéant sur les dommages liés aux soins est assurée. La notification au patient de ses modalités de soins sans consentement est assurée. Le consentement du patient est tracé. Le dossier du patient informatisé permet le recueil du consentement éclairé du patient à son projet thérapeutique. Le refus de soins est tracé. L'entourage est associé à la prise en charge thérapeutique des usagers. Cette participation se fait à la demande du patient, de l'équipe soignante, de l'entourage ou du représentant légal. Le patient peut refuser la participation de son entourage.

Les procédures d'hospitalisation, sans consentement ne sont pas complètement mises en œuvre en cas de soins sur demande d'un tiers. Lors de la visite des unités implantées à distance du site de BAILLEUL, les EV ont pu constater que les décisions administratives de soins sur demandes d'un tiers étaient différées dans le temps après la production des certificats légaux d'admission et de la demande du tiers sur 3 ou 4 jours. L'établissement envisage une action d'amélioration, encore non mise en place (délégation de signature d'un cadre).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du respect des bonnes pratiques est réalisée au travers du suivi et de l'analyse : des déclarations de contention, des demandes et réclamations, des résultats des questionnaires de sortie, des résultats de l'audit "dossier patient", des fiches de signalement des événements indésirables... et lors de la venue des membres de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques. Des indicateurs sont définis et régulièrement suivis. Les questionnaires de sortie sont analysés. Les résultats sont transmis dans chaque unité et affichés.

A / AGIR

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

Un plan d'action sur le respect des droits du patient est mis en place. Il est décliné dans le PAQ et le compte qualité. L'Espace de Réflexion Éthique peut être force de proposition pour la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Les actions d'amélioration : réactualisation des procédures et des moyens de traçabilité, adaptation des matériels de contention, poursuite des formations... sont mises en œuvre en collaboration avec les membres de la CRUQ. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

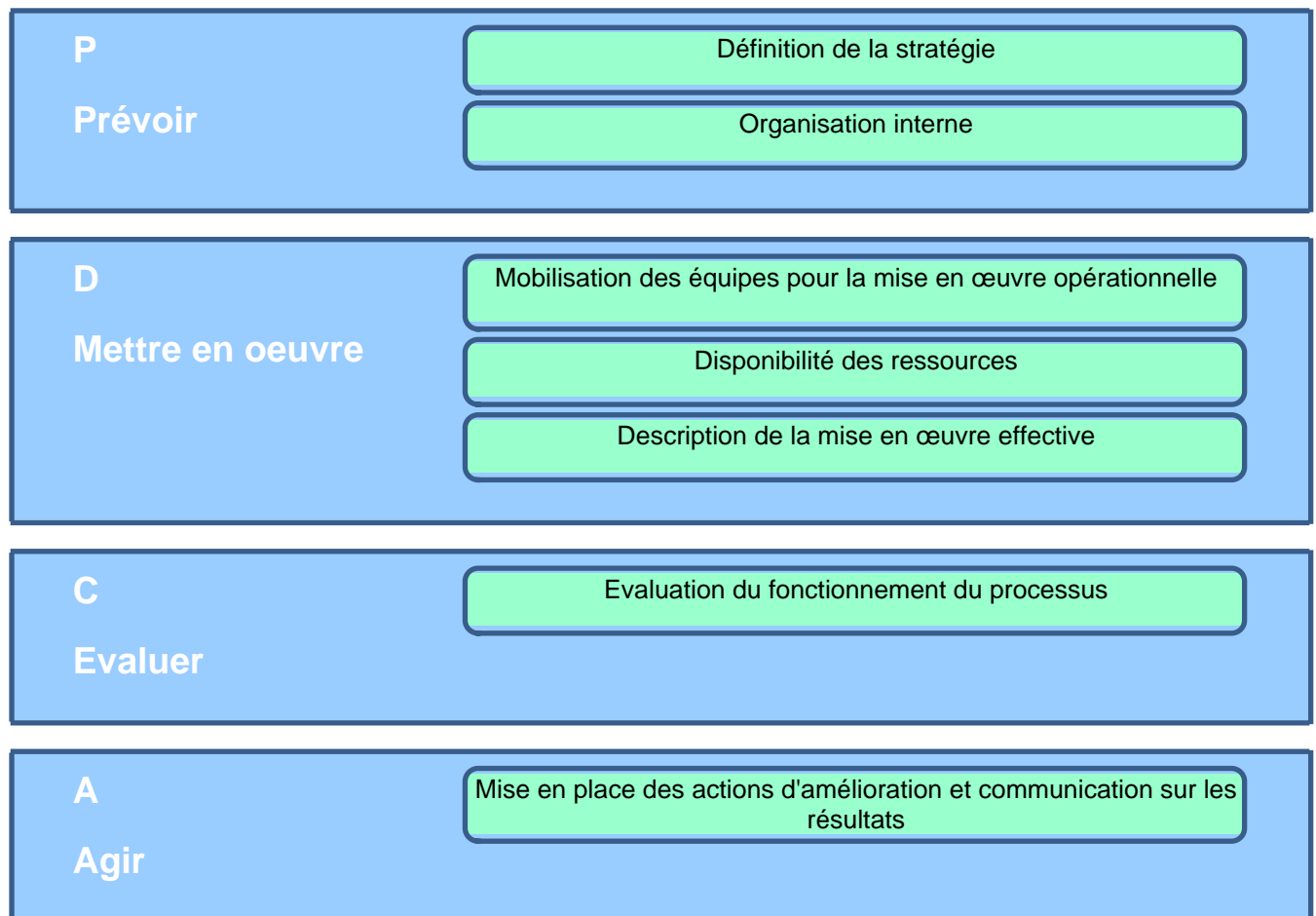
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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'EPSM des Flandres veut apporter une réponse de proximité à la prise en compte et à l'accompagnement de la population des territoires de la Flandre (Flandre Intérieure et Flandre littoral). L'organisation en secteur est un des principes fondateurs de l'établissement. Le projet d'établissement 2013-2017 fait état de la stratégie de l'ES qui comprend des unités de psychiatrie et une unité cognitivo-comportementale qui représente la partie SSR. Pour définir ses orientations stratégiques, l'ES s'est appuyé sur le Plan National Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015, le PRS, le SROS et sur la politique médicale du territoire. En lien avec les partenaires de la Métropole (EPSM de l'Agglomération Lilloise et l'EPSM Lille-Métropole, l'EPSM des Flandres a défini des orientations en matière :

- D'accès aux soins : en diversifiant les installations pour mieux répondre aux besoins des populations sur les zones de proximité ;
- En améliorant la continuité des soins et l'accompagnement, en lien avec le dispositif médico-social, tout en soutenant l'usager dans l'élaboration de son parcours de vie.
- En associant le somatique dans l'organisation transversale du parcours de soins.
- En organisant le parcours de soins de la personne âgée et la nécessité d'assurer une fluidité des hospitalisations des personnes âgées grâce au travail avec le court séjour gériatrique.
- En améliorant la continuité des soins et de l'accompagnement aux différents âges de la vie et plus particulièrement sur la psychiatrie infanto-juvénile.

- En facilitant l'expression des usagers, la qualité de vie et la participation sociale

- En impulsant des coopérations sanitaires et médico-sociales, ainsi que des actions territoriales spécifiques.

En s'appuyant sur les IQSS et les EPP réalisés, l'établissement a identifié ses risques et met en œuvre l'amélioration du « parcours du patient », cette politique est validée par les instances et déclinée dans un programme d'actions formalisées et priorisées (PAQ 2015) et repris dans le Compte Qualité .

Ce programme englobe tous les besoins de l'établissement sous la forme d'un GANTT. Il précise les pilotes, les groupes de travail, ainsi que les échéanciers.

Celui-ci aborde pour le parcours patient :

- La prise en charge des patients appartenant à une population spécifique, sujet âgé, handicapé psychique, enfants et adolescents, personnes démunis et détenus
- Le dispositif d'accueil du patient.
- L'évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé.
- La prise en charge somatique des patients
- La continuité et la coordination des soins/communication dans l'établissement et au sein des équipes et avec les acteurs extérieurs,
- La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement
- La prise en charge du risque suicidaire.
- Les troubles de l'état nutritionnel.
- L'éducation thérapeutique

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Il existe une organisation pour piloter et mettre en œuvre la politique « parcours du patient » à l'échelle de l'établissement. Le président de CME, le Coordonnateur Général des Soins et le Directeur pilotent le processus. Ce pilotage est ensuite relayé au niveau des pôles aux Cadres supérieurs de santé. Ceux-ci ont pour missions :

- d'élaborer en équipe pluriprofessionnelle la cartographie propre à leur secteur d'activité
- de mettre à jour à minima 1 fois par an la cartographie élaborée.
- d'adresser la cartographie à la DQGR dès qu'une modification est apportée afin de mettre à jour le plan d'actions Qualité de l'EPSM ainsi que le Compte Qualité.

Ce pilotage est également relayé au niveau transversal par des groupes de travail, citons comme exemple groupe "prévention des chutes", groupe "Éducation thérapeutique", l'observatoire de la violence ainsi que les groupes CLAN, CLUD etc...

Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) sont identifiées en fonction des besoins et adaptées à la spécificité des prises en charge, des risques et de la réglementation. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés en fonction des spécificités des prises en charge. Ces besoins se déclinent dans un plan de formation institutionnel et au sein des pôles qui ont un budget formation. Le pilotage de l'organisation interne permet de retrouver :

- Un dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence,
- L'existence de la formalisation d'un projet de soins avec intégration d'un volet somatique

- Un dispositif adapté de prise en charge des urgences vitales, encadré par de nombreuses procédures.
- Une organisation formalisée de la prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique, notons les projets de prise en charge de l'unité cognitivo-comportementale SSR destinée aux soins aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentés, concernant la réhabilitation psycho-sociale des appartements et maisons thérapeutiques, un "espace adolescent" en lien avec la pédiatrie du CH de Dunkerque et la mise en œuvre d'une Équipe Diagnostic Autisme Proximité.
- Une prise en compte du risque suicidaire,
- Une organisation de la sortie des patients permettant d'assurer la continuité et la sécurité des soins.
- Des règles de présence médicale et un système de gardes et astreintes consultables sur l'Intranet et tableaux affichés afin d'assurer la permanence des soins.

Il existe un dispositif structuré de gestion documentaire intégrant les procédures définies et formalisées. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre les professionnelles et entre secteurs d'activités notamment dans l'articulation des parcours patients. Des liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement sont développés au travers de conventions.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle et en fonction de la spécificité du parcours patient. L'encadrement médical et paramédical sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. On retrouve des actions d'EPP organisées sur les thématiques du parcours patients ainsi que la mise en œuvre d'audit interne ce qui permet des actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs. Ils répondent aux besoins et aux spécificités des populations prises en charge ainsi qu'à la réalité de la charge en soin. Les professionnels en poste sont formés notamment grâce à la formation "package institutionnel" et les besoins en formation sont mis en œuvre également par le biais de l'enveloppe de formation au sein des pôles. Le matériel d'urgence vitale est disponible dans les secteurs. Un tableau de présence médicale permettant d'assurer la permanence des soins est à la disposition des professionnels dans les unités. Le dispositif de gestion documentaire permet l'accès aux procédures. Le dossier patient (en cours d'informatisation) est adapté aux besoins des prises en charge et du parcours de soins : accessibilité, confidentialité. Des postes informatiques et des tablettes sont en nombre suffisant dans les unités. Pour la plupart des services visités les locaux sont adaptés à la prise en charge.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins, réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge. Une consultation médicale est effectuée et un référent médical est identifié et parfois un référent paramédical. La prise en charge des patients repose sur des réunions pluriprofessionnelles et/ou pluridisciplinaire régulière et permet d'organiser sa sortie le moment venu. Le risque suicidaire fait l'objet d'une évaluation lors de l'entretien médical. Les comptes-rendus de ces réunions sont retrouvés tracés dans les dossiers soins. Les interfaces avec les autres secteurs d'activité sont opérationnelles et la coordination de la prise en charge dans la continuité des soins est assurée. Le dossier du patient permet la traçabilité du dépistage et du suivi des troubles nutritionnels et de l'IMC en progression. L'organisation de la sortie du patient est effective, tracée sur la check-list et s'organise avec les partenaires extérieurs. En conclusion, 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 circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif structuré d'évaluation de l'ensemble du processus reposant sur un tableau de bord global qui prévoit le suivi en précisant le pilote des plans d'action et les modalités d'évaluation des différents plans d'actions. L'évaluation est réalisée à minima annuellement. Il existe également un dispositif d'évaluation et de suivi notamment à l'aide d'indicateurs. L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité).

Des EPP sont en cours :

- EPP "Bilan de l'autonomie" en SSR

- EPP sur l'évaluation des troubles nutritionnels
- EPP sur les délais d'attente en CMP

Une enquête de satisfaction des parents en structures infanto juvénile vient d'être réalisée. Un Audit croisé inter-établissement sur le thème de la prise en charge somatique en santé mentale a été effectué. Des bilans d'activité sont réalisés dans chaque pôle. Le suivi des indicateurs IPQSS notamment sur le suivi du patient est mis en œuvre.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. La communication des résultats et des actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Cette communication en interne s'effectue lors des conseils de pôle et des réunions de services. Elle est également présente sur le site intranet et sur le journal "Santale" et sur le site web de l'établissement.

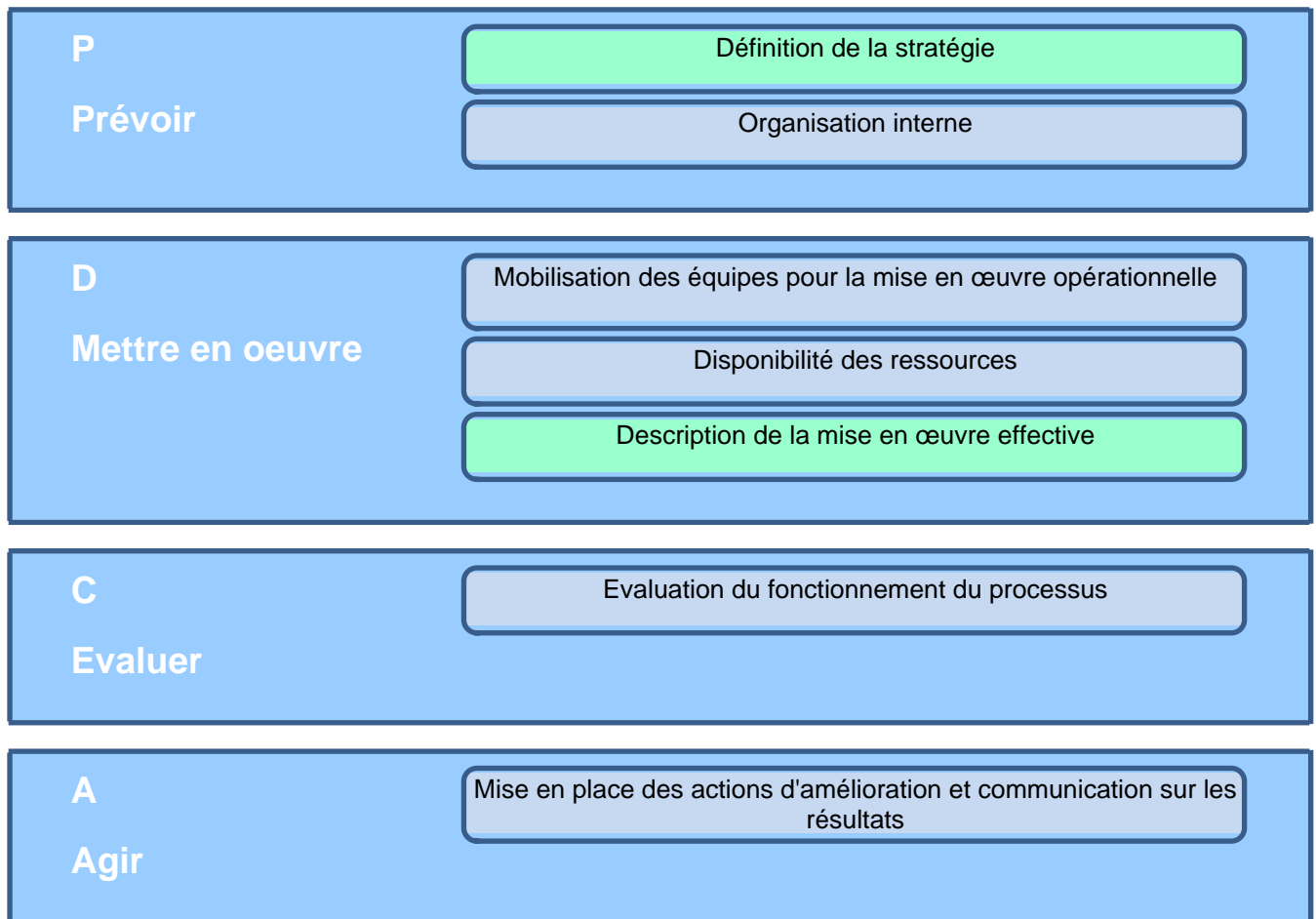
DOSSIER PATIENT

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

L'établissement a mis en place une stratégie du dossier patient à partir des objectifs fixés par le CPOM et de son projet d'établissement intégrant ses résultats IPAQSS. Compte tenu de ses missions de psychiatrie sectorielle avec prise en charge multisites souvent éloignés (hospitalisation temps plein sur 3 sites, SSR, appartements thérapeutiques, CMP, CATTP, accueil familial thérapeutiques) l'informatisation du dossier a été l'objectif principal retenu. Une méthodologie et un calendrier de déploiement ont été formalisés articulant le double support papier/informatique à l'aide d'un guide du dossier patient régulièrement réactualisé. Un comité de pilotage a été mis en place et une organisation définie (chef de projet, comité de suivi, comité opérationnel). L'informatisation du dossier a été présentée aux instances. La mise en œuvre de cette stratégie s'appuie sur un programme d'amélioration formalisé et priorisé décliné dans le plan de prévention et gestion des risques 2015/2017. Le groupe de travail a défini les risques présentés dans le compte qualité à partir de ce plan d'amélioration de la qualité et de la stratégie d'évaluation définie dans le guide du dossier.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est formalisée pour la mise en œuvre du dossier patient avec comité de pilotage, chef et responsable de projet, comité de suivi et groupes opérationnels : groupe projet dossier patient et transmissions ciblées. Le médecin DIM, le TIM et deux cadres de santé sont chargés de piloter la gestion du dossier patient ainsi que son évolution avec dématérialisation progressive. Les missions des pilotes sont définies et un organigramme précise leur mission. 5 volets de réflexion sont définis :

- les règles de tenue du dossier patient,
- l'accès du patient à son dossier,
- la formation du personnel,
- les éléments constitutifs du dossier patient,
- les modalités d'accès en temps utile des informations du dossier aux professionnels.

L'organisation s'appuie sur des référents dossier dans chaque service. Au moment de la visite, l'articulation dossier informatisé et dossier papier était organisée avec :

- en intrahospitalier : dossier informatisé :
- le circuit du médicament
- les données administratives
- les mouvements
- les lettres types
- la gestion des archives
- l'échelle de la douleur
- l'inventaire de l'usager
- l'agenda et les constantes

Les autres éléments constitutifs du dossier du patient sont intégrés dans un dossier papier, telles que les transmissions ciblées.

- en structures ambulatoires : dossiers patients papier.

Un guide des Correspondances – Dossier Patient papier / Cariatides a été formalisé.

Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier du patient sont définies en fonction de leur profil métier. L'accès au dossier patient informatisé fait l'objet d'un mot de passe attribué par le service des ressources humaines. Celui-ci est modifié tous les 6 mois. L'accès au dossier du patient est sécurisé en fonction du grade du professionnel de santé. Lorsque les médecins doivent avoir accès à un dossier qui ne relève pas de leur périmètre de prise en charge habituel. Il existe un dispositif de "bris de glace" générant une alerte au médecin DIM.

Une procédure de l'identification du nouvel arrivant est formalisée et gère l'accès au dossier patient. Les ressources nécessaires (effectifs et compétence) sont identifiées en fonction, des risques et de la réglementation. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés (notamment formation à l'utilisation du dossier informatisé) et sont intégrés dans le plan de formation de l'établissement. Un tableau de bord pluriannuel des professionnels formés à l'utilisation de Cariatides est tenu.

Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées : responsabilités, tenue, confidentialité, composition, utilisation accessibilité en temps utile et archivage. L'établissement a défini les outils et organisation permettant à l'ensemble des intervenants de tracer les éléments constitutifs de l'ensemble des étapes de la prise en charge. L'établissement a identifié et organisé des locaux d'archivage pour permettre d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. L'établissement organise l'accès du patient à son dossier et l'information sur ses droits d'accès conformément à la réglementation. Les droits d'accès au dossier sont formalisés dans le livret d'accueil. L'accès au dossier par le patient ou ses ayants droits est organisé.

II

existe une procédure d'accès au dossier par le patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes d'hospitalisation temps plein et des structures ambulatoires sont informées par mails des résultats des audits du dossier réalisées. Elles s'impliquent dans les actions d'amélioration. Le personnel soignant est sensibilisé à la mise en œuvre opérationnelle du dossier patient : une équipe composée du TIM et de 2 cadres de santé organisent des campagnes de sensibilisation des professionnels. La réalisation et la communication des résultats des audits du dossier patient contribuent également à cette sensibilisation. Un référent a été mis en place dans chaque unité et formé à la tenue du dossier patient. Il agit en binôme avec le cadre de santé de proximité. Les nouveaux arrivants sont formés à la gestion du dossier patient puis sensibilisé par leur tuteur. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. Des CREX sont organisés. Les axes de progrès et les limites sont définis sur l'ensemble de l'établissement par secteur.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences des professionnels sont disponibles : DIM, TIM, cadres formés et référents formés par service. L'équipe en charge du déploiement du logiciel a sensibilisé l'ensemble des professionnels. Un tutorat des nouveaux professionnels est en place et forme au dossier patient les nouveaux arrivants. La sensibilisation a également lieu par la communication dans les unités des résultats d'audits internes. Les documents utiles à la tenue du dossier patient sont disponibles : guide d'utilisation du dossier patient papier actualisé, présent dans toutes les unités de soins et accessible sur l'intranet de l'établissement, règles d'utilisation du dossier informatisé. Les éléments constitutifs du dossier patient sont disponibles. Une check-list permet de vérifier la présence tous les éléments nécessaires. En fonction des particularités des prises en charge et des secteurs, des fiches spécifiques sont disponibles. L'archivage du dossier papier et informatisé est organisé. Des procédures et des notes d'informations sur les modalités d'accès aux archives sont diffusées.

Les supports papiers nécessaires au dossier papier, les postes informatiques sont disponibles dans tous les secteurs et adaptés à l'activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La confidentialité du dossier patient est assurée : les dossiers papiers sont placés dans des pièces et des armoires fermant à clé et les règles d'accès au dossier informatisé mises en place. Les dossiers sont transmis entre les structures dans des pochettes sécurisées. Les règles d'identification du dossier sont mises en place. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval. L'accès au dossier par le patient ou ses ayants droits est mis en œuvre. Le demandeur s'adresse au directeur qui transmet la demande à la cellule juridique. Celle-ci instruit le caractère réglementaire et la pertinence de la requête, puis la transmet au médecin concerné. Ce dernier sélectionne les éléments communicables et les transmet à la cellule juridique. La cellule juridique transmet sous pli cacheté tout ou partie du dossier au demandeur. La CRU est informé des modalités d'accès au dossier du patient et suit trimestriellement les délais de transmission des dossiers. Les professionnels respectent les délais de transmission des dossiers aux patients.

Néanmoins, les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient ne sont pas toujours tracés en temps utile dans le dossier du patient.

Une évaluation régulière de l'état de santé et le projet de soins personnalisé ne sont pas retrouvés dans le dossier du patient traceur 2.

La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge n'est pas toujours assurée en temps utile. Le dossier de la prise en charge en CMP antérieure à la prise en charge actuelle du patient traceur 2 n'est pas communiqué aux professionnels de l'hospitalisation temps plein.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dossier du patient est régulièrement évalué. Des audits ciblés sont réalisés sur :

- l'information des données du patient,
- les coordonnées du médecin traitant,
- l'examen psychiatrique des 24 heures avec un contenu minimum,
- la contention aiguë,
- la surveillance infirmière,

- la traçabilité de la réflexion bénéfique/risque,
- le mode de protection juridique,
- l'examen somatique d'admission,
- la douleur,
- l'indice de masse corporelle.

L'établissement a organisé en 2015, un audit spécifique sur les dossiers des patients suivis en ambulatoire. Des CREX sont également organisés. Les axes de progrès et les limites sont définis sur l'ensemble de l'établissement par secteur.

A / AGIR

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

Un plan d'action d'amélioration est défini et revu annuellement. La CRU est tenue informée. Les actions d'amélioration concernent l'ensemble du processus : actualisation et diffusion du guide d'utilisation et tenue du Dossier patient, élaboration d'une charte d'utilisation du dossier informatisé, mise en place d'IPAQSS à blanc permettant un suivi annuel des actions d'amélioration, mise en place d'une fiche de liaison infirmière, amélioration de l'information des usagers de l'ambulatoire sur leur droit d'accès au dossier, organisation de l'information des professionnels sur la localisation du Dossier Patient dans l'établissement... Chaque action dispose d'un responsable et d'un échéancier. Les actions réalisées ont notamment permis d'améliorer le score IPAQSS. La communication sur les évaluations et les actions d'amélioration du dossier patient est assurée par l'intranet, par le comité de pilotage et relayé auprès des professionnels par les cadres et les référents.

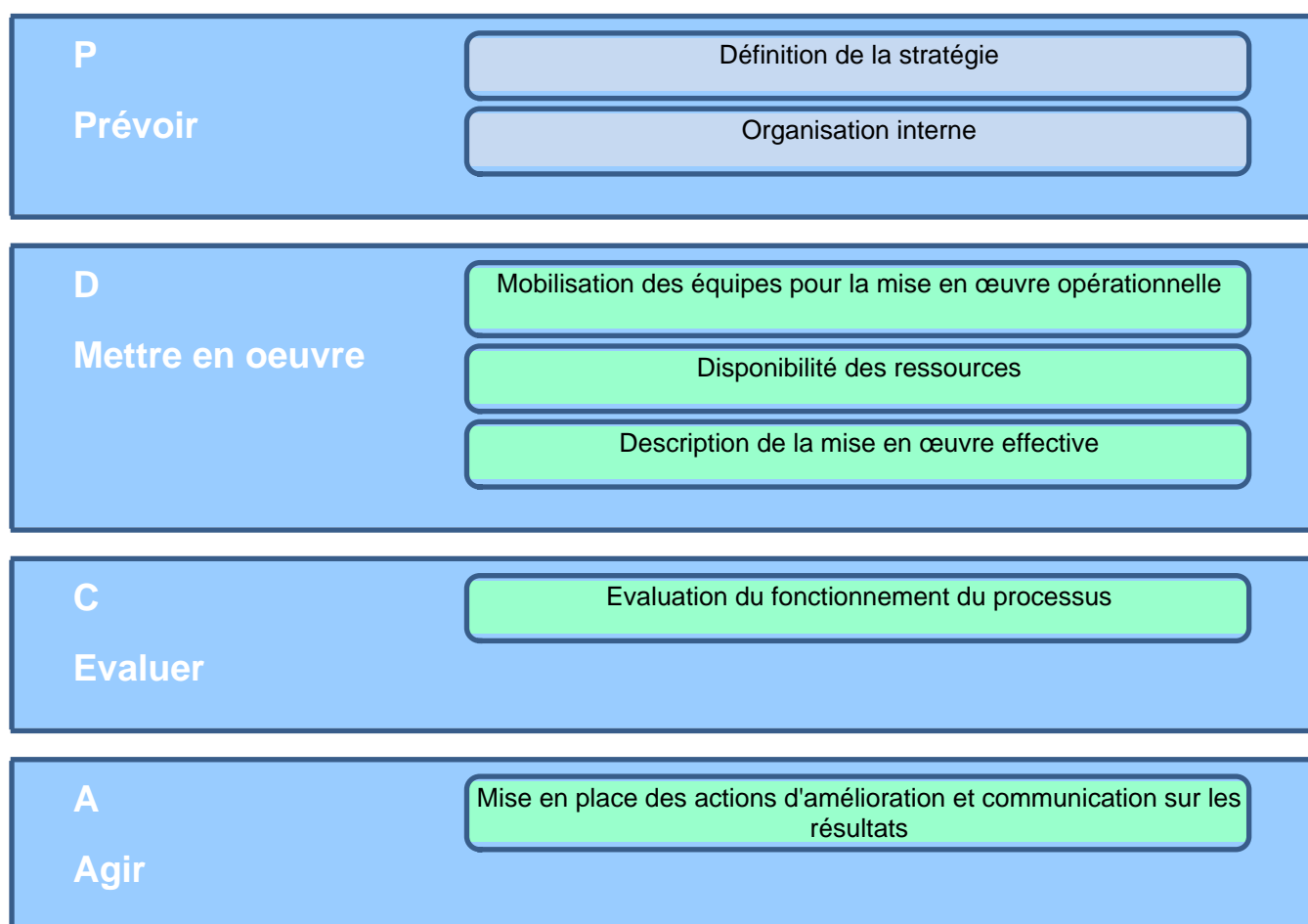
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 |
|---|
| La politique de la prise en charge médicamenteuse est définie dans le projet d'établissement 2013-2017 et le manuel d'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse est en cours de révision. Les objectifs sont élaborés sur la base d'une identification des besoins (par exemple l'informatisation du processus), du contexte (établissement multi-sites), d'audits et notamment de l'audit croisé OMédit réalisé tous les 2 ans, d'EPP et d'une analyse des risques retrouvées dans le compte qualité. Des dispositions concernant les sujets âgés ont été élaborées à partir de la réalisation d'EPP. Cette politique est validée par les instances concernées, notamment CME et CSIRMT. Elle est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. |
| ORGANISATION INTERNE |
| Le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est formalisé depuis 2012. La pharmacienne a été désignée responsable de la qualité du processus. Son rôle et ses responsabilités sont définis dans la fiche de poste. Elle exerce ses missions en lien avec le comité de prévention et de gestion des risques. Les ressources humaines nécessaires sont prévues notamment à la PUI. Les besoins en formation notamment sur les erreurs médicamenteuses sont définis. Les besoins matériels en locaux pour la PUI, les salles de soins, les transports sécurisés sont prévus et les ressources documentaires sont également organisées (procédures nécessaires à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse incluant l'administration dans les structures ambulatoires concernées). Le signalement des erreurs médicamenteuses est organisé. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. |

D / METTRE EN OEUVRE

| MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE |
|---|
| Les cadres des pôles d'activités cliniques organisent la mobilisation des professionnels lors des réunions d'équipe et des réunions de fonctionnement. Des référents médicaments sont désignés dans chaque unité. La pharmacienne et le groupe Cariatide se déplacent dans les services et mobilisent les équipes notamment sur l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse, le signalement des erreurs médicamenteuses (favorisé par la diffusion d'une charte de non punissabilité, les CREX). Des informations, par exemple sur les médicaments à risque sont diffusées par mail aux professionnels. De nombreux audits permettent de s'assurer de la conformité des pratiques. Des actions correctives sont engagées. |
| DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES |
| Les ressources de la PUI (pharmaciennes, préparateurs, secrétaires, manutentionnaire) et ses locaux répondent à ses besoins. Les moyens nécessaires à l'acheminement des médicaments sont mis en place. La formation et la sensibilisation des professionnels des secteurs d'activité clinique est opérationnelle. La documentation (organisation, procédures, protocoles, Vidal électronique, livret du médicament) sont disponibles sous forme papier et informatisée. |
| DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE |
| Les professionnels de la pharmacie et des unités de soins mettent en œuvre l'organisation du circuit du médicament. La prescription médicamenteuse est complètement informatisée. La continuité du traitement est assurée de l'entrée à la sortie avec gestion du traitement personnel. La permanence pharmaceutique est effective : mise en place d'une dotation pour besoins urgents, astreinte des pharmaciens et règles d'acheminement des médicaments en urgence mises en place. L'analyse de la prescription informatisée est organisée et donne lieu à des alertes. Les règles de gestion de rangement (par exemple identification des médicaments à risque par une pastille rouge), de transport et de stockage des médicaments notamment pour les stupéfiants sont mises en place, évaluées et améliorées. La surveillance de la température des réfrigérateurs est assurée. L'information des patients sur le bon usage des médicaments est assurée au cours des entretiens médicaux et infirmiers. Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés sont réalisés. La traçabilité de l'administration en temps réel des médicaments est effectuée. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus. |

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'audits (OMEDIT, audit préparation et administration du médicament, audit médicaments à risque), d'EPP, de CREX.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux CREX réalisées. Un suivi annuel des plans d'actions du "Compte Qualité" et du Plan de Prévention et de Gestion des Risques pour le médicament est formalisé et revu annuellement. Une diffusion est assurée via l'intranet et le journal de l'établissement . Les résultats sont communiqués en interne au cours des réunions de fonctionnement.