



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
SPÉCIALISÉ DE L'YONNE**

**4 avenue pierre scherrer
Bp 99
89011 Auxerre
JUILLET 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	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
DROITS DES PATIENTS	16
PARCOURS DU PATIENT	20
DOSSIER PATIENT	25
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	28

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.

Établi 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 HOSPITALIER SPECIALISE DE L'YONNE	
Adresse	4 avenue pierre scherrer 89011 Auxerre
Département / région	YONNE / BOURGOGNE/FRANCHE-COMTE
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	890008121	GCS BLANCHISSERIE INTERHOSPITALIERE D'AUXERRE	10 rue des caillotes Zi plaine des isles 89000 AUXERRE
Entité juridique	890000052	CTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE L'YONNE	4 avenue pierre scherrer 89011 Auxerre
Etablissement de santé	890005689	CENTRE D'ACCUEIL ET DE SOINS POUR ADOLESCENTS	6 boulevard du 14 juillet 89100 SENS
Etablissement de santé	890971021	CMP D'AVALLON	2 rue la fontaine neuve 89200 AVALLON
Etablissement de santé	890005598	CENTRE RENOIR CATTP ALZHEIMER	10 rue renoir 89000 AUXERRE
Etablissement de santé	890971591	CMP DE SAINT FLORENTIN	5 rue just meisonnasse 89600 ST FLORENTIN
Etablissement de santé	890973365	CMP D'AUXERRE	37 boulevard vauban 89000 AUXERRE
Etablissement de santé	890971070	CMP DE TONNERRE	21 rue des fontenilles 89700 TONNERRE

Etablissement de santé	890971054	CMP DE SENS	77 rue general de gaulle 89100 SENS
Etablissement de santé	890007826	CENTRE D'ACCUEIL ET DE SOINS POUR ADOLESCENTS	7 avenue foch 89000 AUXERRE
Etablissement de santé	890001779	UNITE D'HOSPITALISATION ADULTES HENRI EY	5 boulevard marechal foch 89100 Sens
Etablissement de santé	890007842	UNITE PSYCHIATRIQUE DE JOUR LA ROSERAIE	77 rue du general de gaulle 89100 Sens
Etablissement de santé	890975519	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE L'YONNE	4 avenue pierre scherrer Bp 99 89011 Auxerre
Etablissement de santé	890007834	HOPITAL DE JOUR	21 avenue denfert rochereau 89000 Auxerre
Etablissement de santé	890971062	CMP DE TOUCY	14 bis rue des montagnes 89130 TOUCY
Etablissement de santé	890971047	CMP DE JOIGNY	17 rue chevalier d'albizzi Medico psychologique 89300 JOIGNY
Etablissement de santé	890971005	PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE HOPITAL DE JOUR	1 rue girard de cailleux 89011 Auxerre
Etablissement de santé	890008303	HJ ENFANTS RESTIF DE LA BRETONNES	Rue louise et leon vernis 89100 Sens

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	250	49

Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	18	73
---------------	------------------------------	----	----

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

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 (A).

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	adulte	hospitalisation complète	à définir	programmé	complexe	Santé mentale
2	adulte	CMP	à définir	programmé	simple	Santé mentale
3	enfant/adolescent	hospitalisation complète	à définir	programmé	complexe	Santé mentale
4	enfant/adolescent	HDJ	à définir	programmé	simple	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

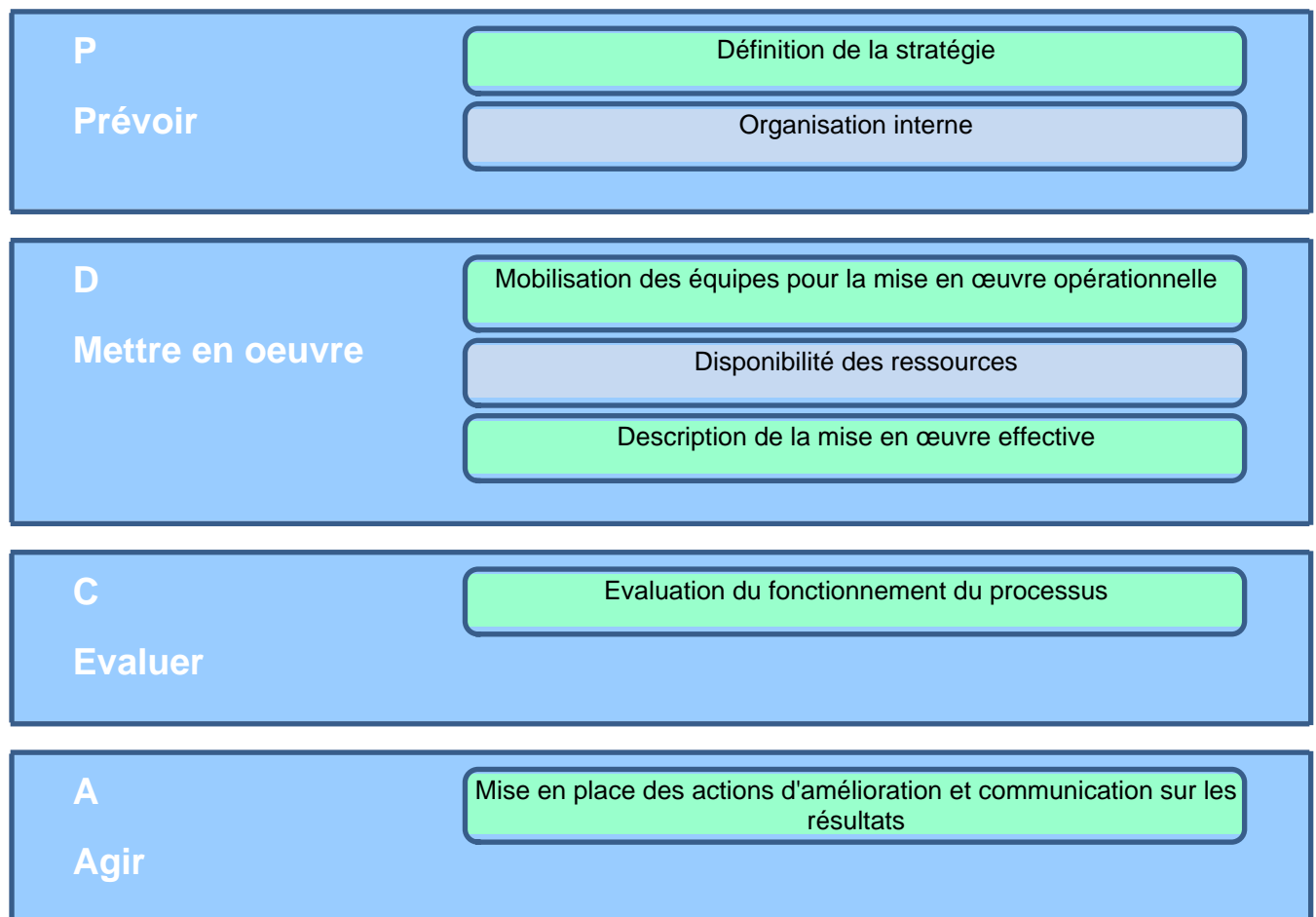
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique qualité gestion des risques est formalisée, intégrée au projet d'établissement 2014 - 2019. Elle comprend quatre objectifs généraux, chacun décliné en objectifs spécifiques. Le plan d'objectifs prévoit entre autres la consolidation du système de management, la promotion de la bientraitance, le développement de la gestion des risques ainsi que le développement des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles. Elle est également contractualisée dans le CPOM 2012-2017, l'annexe 3 relatif à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins fixant des objectifs dont ceux de mettre en oeuvre un programme d'actions visant à piloter et à améliorer la qualité et la sécurité des soins, d'optimiser le fonctionnement de la CRUQPC et d'anticiper et gérer les tensions sanitaires (plan blanc).

Le programme qualité et gestion des risques tient compte des obligations légales et réglementaires. Les risques sont hiérarchisés. Les modalités de sa mise en oeuvre sont définies (Objectifs, Actions, responsable, calendrier, délais et modalités de suivi). La politique des EPP est définie dans le projet d'établissement, au sein de la politique qualité et sécurité des soins ; elle est suivie en CME.

L'association des usagers à ces travaux se réalise dans le cadre de la CRUQPC et du conseil de surveillance et également dans le cadre de la sous commission de la CME où ils siègent avec voix consultative lorsque celle ci traite du rapport d'activités et de la proposition du programme annuel d'actions.

La politique qualité et gestion des risques, le programme d'amélioration de la qualité et des risques ont été présentés aux instances de l'établissement (CME, CTE, CSIRMT, CRUQPC, Directoire et Conseil de Surveillance) et communiqués aux professionnels via les réunions d'encadrement et le portail intranet.

L'élaboration du compte qualité a été réalisée à partir des cartographies existantes (circuit du médicament, bientraitance, risque infectieux), des démarches d'amélioration en cours, des résultats des évaluations externes et des indicateurs disponibles (Ipaqs, hopital numérique) en s'appuyant sur les professionnels. L'établissement a fait le choix d'adopter le compte qualité comme outil interne de suivi de ses plans d'actions de maîtrise des risques afin de prendre en compte l'ensemble des risques et des indicateurs identifiés dans ce nouvel outil.

ORGANISATION INTERNE

Le dispositif de management de la qualité et de la gestion des risques est formalisé et comprend :

- un niveau de stratégie et de pilotage institutionnel
- un niveau de mise en oeuvre opérationnelle, de coordination et d'animation.

L'organisation interne du management de la qualité et des risques est définie avec des responsables identifiés:

- la direction finances et qualité avec la cellule qualité qui comprend un responsable qualité risques et une assistante qualité ; les rôles et missions de ces professionnels sont formalisés dans des fiches de poste,
- un coordonnateur des risques associés aux soins. Cette fonction est assurée en conformité avec le décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 par le coordinateur des soins, placé sous l'autorité du directeur. La qualification nécessaire à la réalisation de cette fonction est effective.

La politique est portée par le comité de pilotage qualité et gestion des risques qui réunit le directeur de l'établissement, le président de la CME, le directeur des soins - Coordonnateur des risques associés aux soins, le directeur qualité et la cellule qualité. Les missions stratégiques de cette commission sont définies et partagées avec chacun de ses participants. D'autres instances sont en place pour piloter et animer les démarches qualité et de sécurité des soins, telles que :

- la sous commission de la CME, chargée d'élaborer la politique continue de la qualité et de la sécurité des soins,
- le groupe de travail d'analyse d'erreur et de risque d'erreur médicamenteuse,
- la gestion des événements indésirables et le suivi de retours d'expérience,
- la gestion des plaintes et réclamations,
- les groupes d'évaluation des pratiques professionnelles,
- l'observatoire de la violence,
- le CHSCT pour les risques professionnels.

Le copil qualité et gestion des risques assure la coordination des différentes instances et composantes du système qualité et gestion des risques. Le déploiement opérationnel au sein des pôles et unités est confié à l'encadrement supérieur de santé qui assure le relais auprès de l'encadrement de proximité et auprès des équipes médicales. Le plan de formation comporte des actions de formation sur la thématique qualité gestion des risques qui se déclinent au niveau des pôles. L'établissement est doté d'un dispositif de gestion documentaire. Les interfaces et la concertation inter-secteurs sont facilitées par la participation et l'implication des différents professionnels dans les commissions et groupes de travail en place.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des démarches d'amélioration sont impulsées au sein même des pôles et unités notamment pour améliorer le fonctionnement du service et les prises en charge des patients. Certains plans d'actions font l'objet d'un suivi au niveau des unités et ou des pôles. L'encadrement des pôles et des unités s'est saisi des enjeux liés au management de la qualité et des risques en assurant le relais auprès des équipes et en étant porteurs de projets d'amélioration de la qualité. L'établissement met en place des actions concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans des démarches qualité et sécurité des soins (portage de projets institutionnels par l'encadrement, réunions, semaine de la sécurité des patients, référents hygiène..). Des actions d'évaluation selon la méthode du patient traceur sont conduites dans les unités et donnent lieu à la mise en oeuvre d'actions correctives. Le programme est présenté et validé annuellement par les instances de l'établissement ; il est surtout connu par l'encadrement. Les autres personnels en connaissent la disponibilité sur le portail intranet.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en formation initiale et continue des acteurs sont définis, y compris pour les nouveaux arrivants, et des actions d'information et de formation sont mises en oeuvre :

- utilisation de supports de signalement des évènements indésirables,
- formation à l'analyse des risques a priori pour les professionnels concernés,
- accompagnement à l'utilisation du portail intranet pour la gestion documentaire,
- formation au risque incendie et aux gestes d'urgence.

Des outils d'aide méthodologique et d'accompagnement sont mis à disposition des professionnels (grilles patients traceurs, EPP,..). L'appui méthodologique des professionnels est assuré par la cellule qualité. La gestion documentaire est opérationnelle et connue de tous les professionnels rencontrés. Les documents utiles à la mise en oeuvre des processus de prise en charge des patients sont accessibles et actualisés autant que nécessaire. Les créations et mises à jour documentaires sont participatives. La majorité des professionnels rencontrés confirme la disponibilité du matériel nécessaire pour la réalisation de leur activité (postes informatiques, logiciel documentaire et déclaration des évènements indésirables, ...).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Dans les unités, les observations et les entretiens ont permis aux experts-visiteurs de vérifier l'effectivité de la mobilisation des professionnels pour la mise en oeuvre opérationnelle de la démarche qualité et de sécurité des soins avec notamment au travers des relais effectifs par les cadres supérieurs de santé et les cadres de proximité :

- la participation de l'ensemble des professionnels au signalement,
- le déploiement et la mise en oeuvre de nouvelles démarches d'évaluation dont la méthode patient traceur personnalisée dans les unités,
- des actions correctives suite à l'analyse des évènements indésirables et retours d'expérience,
- des actions de prévention du risque infectieux,
- des actions en lien avec les démarches d'EPP,
- des actions en lien avec les risques professionnels, et l'organisation d'une communication interne.

Le dispositif de gestion des évènements indésirables est opérationnel. Il permet une analyse des causes en groupe de travail d'analyse d'erreurs ou de risques d'erreurs médicamenteuses et en réunions de suivis de retours d'expérience pour la recherche des causes profondes, selon une méthodologie adaptée, en associant les acteurs concernés. La coordination des dispositifs de vigilances et de veille sanitaire est effective sous l'autorité de la sous commission de la CME et du coordonnateur des risques associés aux soins. Cependant, l'appropriation de la culture sécurité via le dispositif de déclaration des erreurs médicamenteuses n'est pas effective. En 2014, quatre erreurs médicamenteuses ont fait l'objet d'une déclaration. Les entretiens liés aux audits de processus tant au niveau de la pharmacie que des unités de soins convergent vers une sous déclaration des erreurs médicamenteuses.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation régulière du processus est réalisée. Elle est basée sur le suivi annuel de la mise en oeuvre du programme qualité et sécurité des soins à l'échelle de l'établissement. Divers bilans sont également disponibles notamment les rapports d'activité des pôles qui permettent une capitalisation institutionnelle et un suivi. L'ensemble des bilans réalisés permet de mesurer l'avancement de la mise en oeuvre des objectifs institutionnels ou des actions d'amélioration des pôles, voire des unités. Cependant, à ce jour, l'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, voire de la politique globale de l'amélioration continue de la qualité n'est pas évaluée, en effet l'impact des actions en termes de réduction du niveau de risque et d'amélioration des pratiques n'est pas mesuré. De ce fait, les risques significatifs partiellement réduits ne sont pas réexaminés afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction du risque résiduel.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée en lien avec la CRUQPC. Les résultats sont disponibles et diffusés à l'ensemble de l'encadrement. Ces résultats sont établis par pôle d'activité ou par unité et facilitent la comparaison entre les différentes unités. Le tableau de bord des indicateurs de l'établissement comprend les indicateurs nationaux, les IPAQSS, les indicateurs locaux (événements indésirables, alertes ascendantes, chutes, fugues, suicides, tentatives de suicide, taux de retour des questionnaires de sortie, plaintes et réclamations, nombre de demandes d'accès aux dossiers médicaux). Les cadres de proximité transmettent les résultats des diverses démarches d'amélioration; le journal interne « échanges » complète ce dispositif.

A / AGIR

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

Le programme d'amélioration de la qualité, sécurité des soins et gestion des risques a été évalué en 2014, et ajusté en fonction de la méthodologie de suivi actuelle du programme et des nouveaux besoins. A partir de 2015 le compte qualité va prendre le relais ; ce nouveau programme va permettre un suivi interne des démarches et projets d'amélioration continue en fixant, notamment, des objectifs précis, les pilotes, les échéances et les modalités de suivi. Cependant, à ce jour, l'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, n'étant pas mesurée, les mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque ne sont pas identifiées. Les résultats des évaluations et des actions conduites sont diffusés en interne et en externe :

- l'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances
- les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés (sites internet de l'établissement et scope santé).

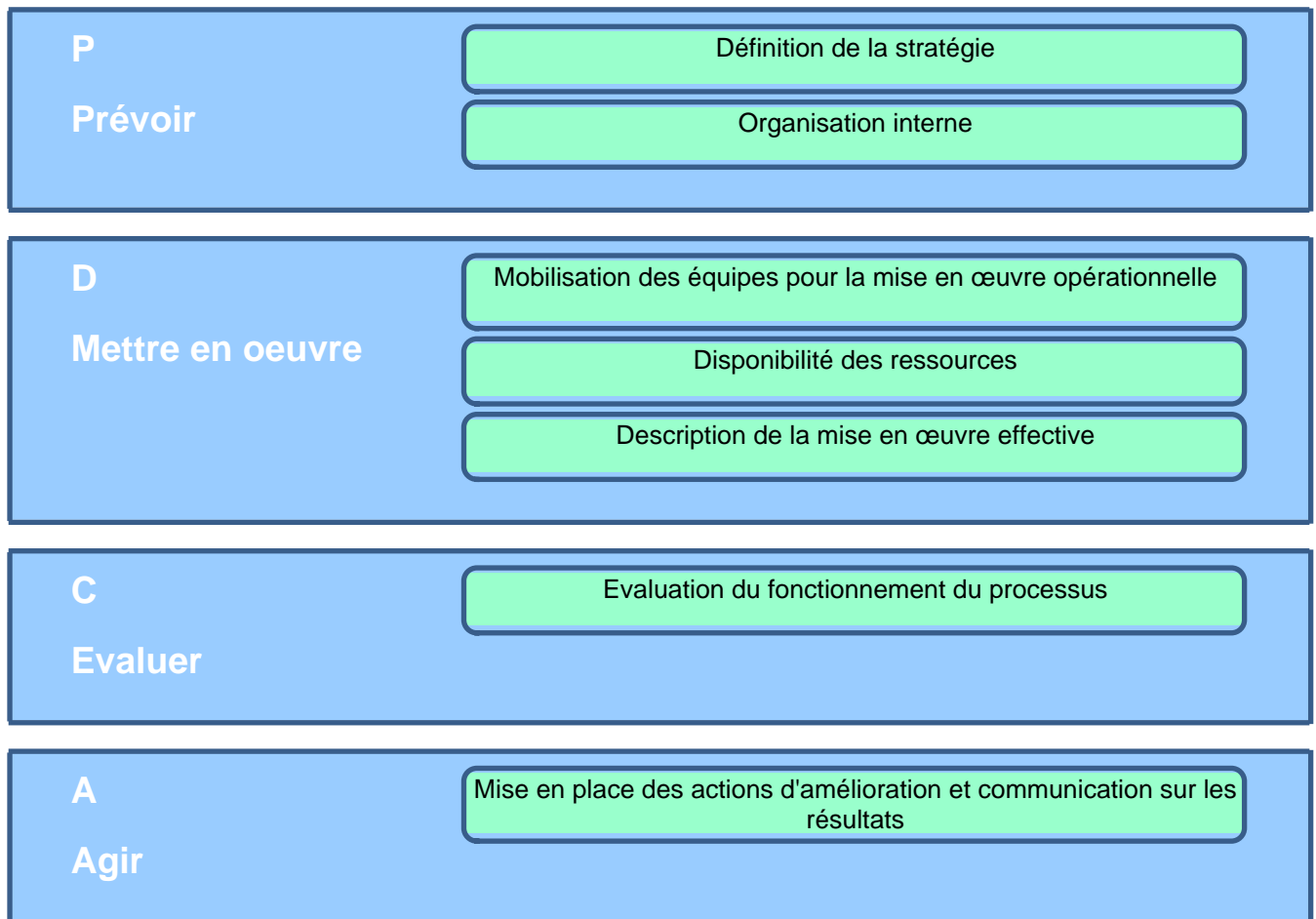
DROITS DES PATIENTS

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 et information des patients est inscrit dans le projet d'établissement 2014-2019 du centre hospitalier. Cinq objectifs y sont identifiés: la consolidation du rôle de la CRUQPC, le renforcement de la participation de la famille à la prise en charge, la promotion de la bientraitance, la veille du respect des droits et la mise en oeuvre d'un programme d'éducation thérapeutique. Le projet d'établissement a été validé par les instances dont la CRUQPC. L'analyse des risques a été effectuée dans le cadre de l'élaboration du compte qualité ; elle s'est appuyée sur les démarches d'amélioration menées, les travaux de cartographie des risques sur la bientraitance, les questionnaires et enquêtes de satisfaction et les résultats des évaluations externes (précédente certification, rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté). Les risques sont hiérarchisés en matière de criticité et du niveau de maîtrise.

Les plans d'actions qui en découlent sont déclinés dans le compte qualité et suivis dans le cadre du programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cependant , certaines actions déclinées ne sont pas en adéquation avec les objectifs d'amélioration : ainsi le plan d'actions relatif à la maîtrise du risque "non connaissance des procédures par les professionnels " présente des actions ciblées uniquement sur l'information des usagers (en référence au compte qualité et au programme qualité).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la mise en oeuvre de la politique droits des patients et le suivi du programme d'actions sont assurés au travers du comité de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins par les directions en responsabilité sur cette thématique (Direction, Direction des soins et Direction finances_ qualité). Des porteurs de projet - cadres supérieurs de santé - en lien avec la thématique sont identifiés.

Au regard des besoins identifiés, l'établissement a mis en place un dispositif de formation structuré pluriannuel déployé sur l'ensemble des unités avec notamment des formations ayant pour thèmes l'ethnopsychiatrie, la bientraitance, l'humanité. Les ressources matérielles permettent le respect des droits des patients (chambres individuelles, cours des unités fermées protégées du regard extérieur par la végétation). L'établissement a entrepris un état des lieux et un chiffrage pour l'accessibilité sur l'ensemble de ses structures. Les ressources documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires sont en place. Les signalements des cas de maltraitance sont prévus dans la procédure institutionnelle de déclaration des événements indésirables.

L'information des patients sur leurs droits et sur les missions de la CRUQPC est organisée (livret d'accueil, affichage). Les modalités d'exploitation des réclamations des patients et de leur entourage sont en place. S'agissant de l'information spécifique des détenus sur leur vie quotidienne (2 chambres sont prévues pour leur accueil), celle ci est délivrée de manière orale, elle ne fait pas l'objet d'une formalisation. Pour les structures d'accueil de jour et ambulatoires, une plaquette de présentation de ces unités est remise au patient, un livret d'accueil spécifique ainsi que l'harmonisation des plaquettes de présentation sont en projet.

Le dispositif d'hospitalisation sans consentement est organisé, procédures formalisées, formation des professionnels soignants et administratifs et information des patients structurées.

Une organisation est définie pour les hospitalisations d'Adolescents en cas d'urgence clinique (nécessitant des soins en unité sécurisée) et de saturation de l'unité d'hospitalisation de psychiatrie infanto juvénile adolescent : cette organisation prévoit l'hospitalisation en secteur fermé et/ou en chambre d'isolement sur les unités de psychiatrie adulte. Ces hospitalisations récurrentes (22 en 2014 ; 9 pour les cinq premiers mois de 2015) ont principalement lieu sur le site d'Auxerre. La communauté médicale s'organise pour que cet hébergement en secteur fermé d'adulte soit le moins long possible, la prise en charge par un pédopsychiatre intervenant au plutôt. Les autorisations de l'autorité parentale sont requises. Cette problématique inscrite au projet d'établissement (page 35) fait l'objet d'une fiche projet ; ce projet piloté en binôme par un Psychiatre (Vice présidente de la CME) et un Pédopsychiatre (président de CME) a pour objectif d'élaborer un protocole de prise en charge consensuel de ces adolescents. Le protocole initial relatif à l'hospitalisation d'un mineur est en cours de révision, celui ci est non finalisée le jour de la visite. Sur le site de Sens, cette situation ne se retrouve pas compte tenu de l'organisation en place avec le service de pédiatrie du centre hospitalier de Sens.

L'information en cas de dommage lié aux soins fait l'objet d'une procédure spécifique. L'établissement a également formalisé une procédure relative à l'information du patient. Une fiche intitulée "fiche de consentement" incluse dans le dossier a pour but de recueillir le consentement et/ou l'autorisation du patient ou du représentant légal dans les situations suivantes : transmissions d'informations au médecin traitant/passage du service ouvert en service fermé pour un hospitalisation libre / dépistage des maladies

sexuellement transmissibles/pratique vidéo-photo (droit à l'image) /pratiques d'exams, investigations, interventions et imageries y compris anesthésie générale nécessités par l'état de santé du patient / présence des étudiants lors des entretiens/ acceptation des visites / désignation personne de confiance. Cependant, les modalités permettant le recueil du consentement éclairé du patient en psychiatrie adulte ne sont pas adaptées : les autorisations relatives aux actes de soin ne peuvent être recueillies qu'au cours de la prise en charge et non à priori comme cela est réalisé par les professionnels. Par ailleurs, ce dispositif ne garantit pas les droits des patients en matière du droit à l'image des personnes : les conditions précises de prise de photographies et/ou de films ne sont pas décrites, les modalités d'utilisation et de diffusion de l'image ne sont pas précisées. Seule la mention "je suis d'accord pour être pris en photo ou filmé dans le cadre d'une activité de soins" est inscrite.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus. L'encadrement des secteurs d'activité et des secteurs administratifs s'est saisi des enjeux liés à la bientraitance et au respect des droits des patients :

- dans les situations nécessitant une restriction de liberté (isolement, contention, limitation des contacts et des visites, retrait des effets personnels,..)
- dans la mise en œuvre du respect des libertés individuelles,
- dans la mise en œuvre du dispositif d'hospitalisation sans consentement,
- dans le cadre du recueil de la volonté du patient.

La vérification de la conformité des pratiques aux dispositions attendues est assurée par l'encadrement. En cas de besoin, des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels de santé bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences dans ce domaine (formation bientraitance, droits et informations des patients, information du patient en cas de dommage lié aux soins, ..). Ils sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Ils sont formés aux dispositifs d'hospitalisation sans consentement.

Les documents nécessaires à l'exercice de leurs missions sont accessibles via la gestion documentaire électronique de l'établissement.

L'établissement adapte ses équipements et sa signalétique pour répondre aux besoins des populations accueillies.

Des documents d'information sont mis à la disposition des patients, les réunions avec les patients permettent de préciser leurs droits ainsi que les règles de fonctionnement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les patients traceurs, les rencontres avec les professionnels et les usagers ainsi que les investigations terrain permettent de confirmer l'effectivité de la mise en œuvre avec entre autres :

- des pratiques respectant la confidentialité des informations, l'intimité et la dignité des patients,
- des modalités spécifiques d'information dans les cas spécifiques qui le requièrent et en cas de refus de soins,
- dans l'accueil et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent

L'information des patients sur leurs droits et sur les missions de la CRUQPC est effective (livret d'accueil, affichage). Des documents d'information sont à leur disposition. Le recueil de la personne de confiance est réalisé. Les représentants des usagers ont accès aux plaintes et réclamations. Un dispositif est en place afin d'accueillir les proches du patient, ce dispositif est activé avec l'accord du patient. En pédopsychiatrie, une attention particulière est apportée pour associer les parents à la prise en charge. Les comptes rendus d'hospitalisation communicables aux médecins traitants le sont avec l'accord des patients. Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite et réévaluée à périodicité définie

En psychiatrie adulte, les soins en hospitalisation libre sont dispensés dans des unités ouvertes excepté lorsque l'état de santé des patients nécessite des soins en unité fermée. La proposition de ce cadre thérapeutique au patient en hospitalisation libre est tracée dans le dossier avec la réflexion bénéfices risques correspondante ; l'accord du patient est recherché, un accord signé est requis. En cas de refus du patient, des dispositions sont prises afin que le mode d'hospitalisation soit adapté à sa situation. Le comité d'éthique est en cours de définition, ses modalités de fonctionnement et son règlement intérieur ne sont pas encore finalisés (prévu sur 2015).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement suit annuellement le taux de retour des questionnaires de satisfaction ainsi que le taux de satisfaction global. L'évaluation de la satisfaction des patients se fait également pour les hôpitaux de jour et l'ambulatoire. Le suivi du nombre de plaintes et réclamations ainsi que le nombre de demandes d'accès aux dossiers médicaux complètent le dispositif. Des audits et évaluation des pratiques professionnelles sur les chambres d'isolement et le recours à la chambre d'apaisement sont réalisés et conduisent à l'identification d'actions correctives. La pertinence des mesures de restriction des libertés imposées aux patients en hospitalisation sous contrainte est contrôlée par le juge des libertés et de la détention ; la visite de la commission départementale des soins psychiatriques a eu lieu fin 2014.

L'état d'avancement du plan d'actions est réalisé à minima de manière annuelle.

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. Les résultats des indicateurs et des différentes évaluations sont communiqués en interne auprès de l'encadrement qui assure le relais auprès des équipes. Ils sont présentés aux instances CRUQPC, CME, CTE, Conseil de Surveillance et Directoire. Le journal interne "Echanges" complète le dispositif.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

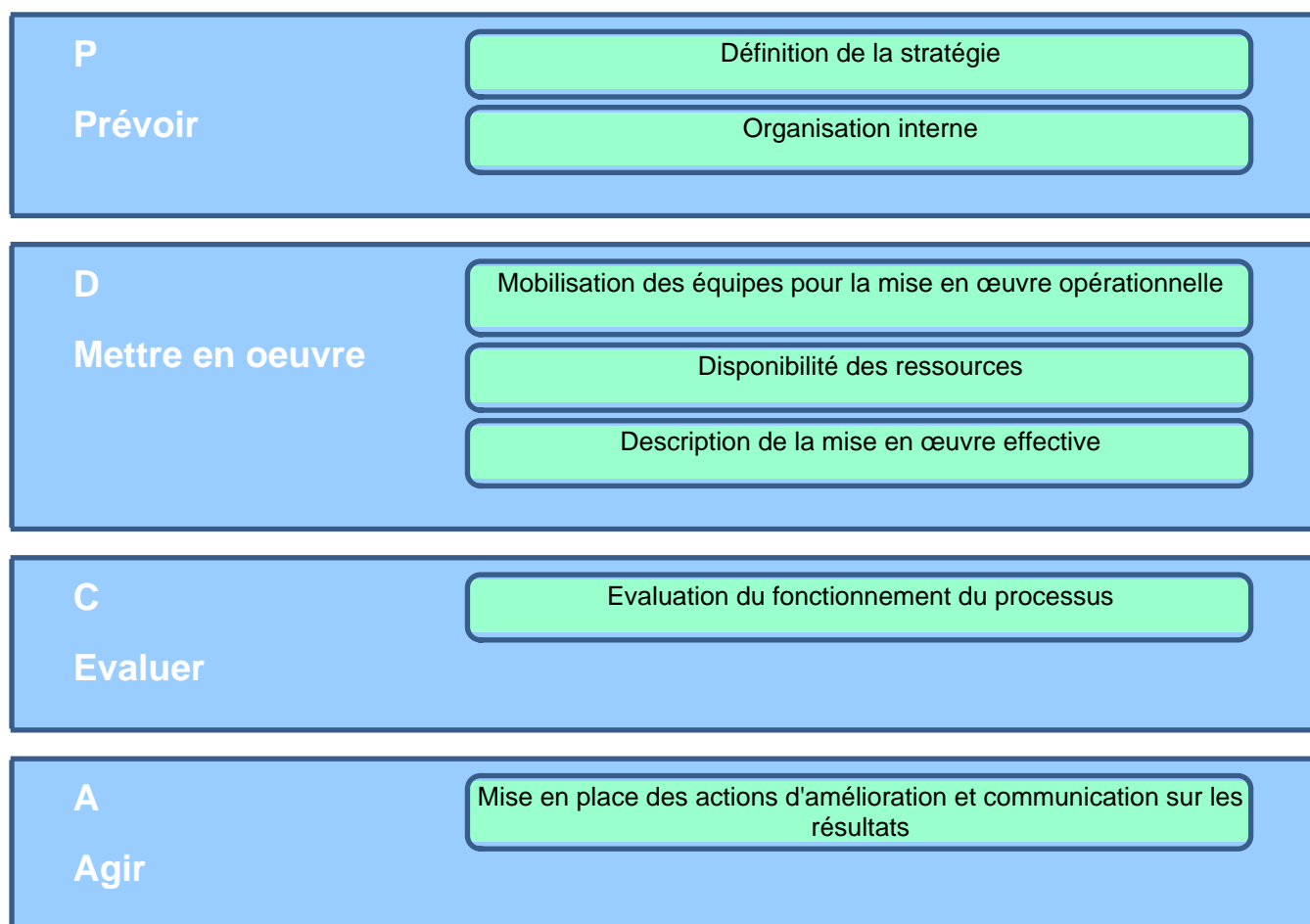
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Un projet médico-soignant intégré au Projet d'établissement 2014-2019, validé par le directoire, la CME, le CTE et le Conseil de Surveillance le 12/12/2014 définit les axes d'amélioration du parcours patient. Il prend notamment en compte les orientations nationales (projet régional de santé et CPOM), tient compte des moyens humains, matériels et financiers pour sa mise en œuvre. Cette politique définit les orientations en matière d'organisation des principaux parcours et prend en compte la territorialité, l'addictologie, la carcéralité, la prise en charge des urgences, des maladies chroniques et aiguës, la prise en charge somatique et des populations vulnérables. La communication autour du projet d'établissement a été réalisée en interne et en externe lors de réunions à l'intérieur de l'établissement organisées à l'attention des personnels et auprès des interlocuteurs externes privilégiés. Une stratégie de communication des objectifs, résultats des indicateurs et tableaux de bord auprès des professionnels est organisée. Les cadres de proximité sont chargés d'en assurer la communication.

La politique a été déclinée en plan d'actions identifiant les responsabilités, la planification des actions, le suivi de celles-ci et les délais fixés : pour l'éducation thérapeutique (un plan accepté par l'ARS et deux en cours de validation), le risque suicidaire, l'accueil personnalisé du patient et la préparation de la sortie du patient). Le programme, intégré au programme qualité-gestion des risques, a été présenté à la CME et au conseil de surveillance en 12/2014

L'établissement a identifié et analysé ses risques avec les membres du comité de pilotage sur le parcours du patient. Pour réaliser son analyse des risques et de besoins l'établissement s'est appuyé sur les conclusions du rapport de la visite V2010 (recommandations de la HAS), l'analyse des fiches d'événements indésirables, des indicateurs locaux, les EPP, les IPAQSS, le bilan de la CRU et notamment les plaintes et réclamations et les données des questionnaires de sortie, le CPOM, le projet régional de santé et le Projet d'établissement.

L'analyse des besoins et des risques prend en compte le type de population prise en charge. Les EPP concernant le risque suicidaire et la mise en chambre d'isolement ont contribué à l'évaluation du risque et à la définition des besoins. Un plan d'action a été élaboré pour la programmation de la sortie des patients en infanto-juvénile. Des plans d'action ont été rédigés dans le cadre de l'éducation thérapeutique et intégrés au compte qualité. L'accueil du patient fait l'objet d'un plan d'action au compte qualité, de même que l'évaluation initiale et continue du patient et l'organisation de la sortie du patient. Les risques ont été hiérarchisés grâce à une échelle définie (Gravité, vraisemblance et maîtrise).

ORGANISATION INTERNE

Des personnels médicaux et paramédicaux sont identifiés pour la mise en œuvre de la politique « parcours patient » : vice-présidente de la CME, cadres supérieurs de santé, cadres de santé et infirmière. Les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la politique "parcours patient" en termes d'effectifs et de compétence sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Les besoins en formation sont identifiés pour l'ensemble des professionnels dans le plan annuel de formation élaboré à partir des besoins exprimés par les professionnels et/ou de la réglementation. Des actions ayant pour thèmes le risque suicidaire, la prise en charge des urgences, la prise en charge des populations vulnérables figurent au plan de formation.

L'établissement a rédigé des procédures d'alerte en cas d'urgence vitale, de gestion des événements indésirables, de prescription et surveillance des patients en chambre d'isolement. Les documents d'information pour les patients sont identifiés. La permanence des soins est assurée avec des règles de présence et un système de garde et astreintes est défini.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Chaque service élabore un rapport d'activité annuel selon un modèle institutionnel. Ses rapports sont agrégés au niveau du pôle puis transmis au comité de pilotage de la qualité pour éventuelle capitalisation institutionnelle et suivi. Ce rapport prend en compte l'ensemble des éléments du parcours patient, identifie des risques et propose des actions d'amélioration. Il permet d'évaluer les besoins locaux en formation. Les équipes s'impliquent dans ses actions d'amélioration et participent par exemple à la méthode du patient traceur, réalisent des audits internes et recueillent des indicateurs cliniques propres.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs, disponibles dans chacun des secteurs, répondent aux besoins, notamment

pour des populations dont la prise en charge présente des spécificités. Ils permettent la continuité des soins. Ces ressources peuvent être ajustées en fonction de paramètres de prise en charge. Des avis compétents sont recherchés à l'extérieur de l'établissement si nécessaire. Des conventions ont été élaborées avec des partenaires extérieurs (SAU du CH, électroconvulsivothérapie) ou des avis ponctuels sont pris auprès de partenaires institutionnels ou libéraux. Par ailleurs une prise en charge en odontologie est réalisée au sein de l'établissement, de même qu'une consultation de cardiologie et de dermatologie.

La formation à la prise en charge de l'urgence vitale est dispensée régulièrement ainsi que des formations à des prises en charge spécifiques (risque suicidaire). Il existe un livret d'accueil pour les nouveaux arrivants et une réunion d'accueil est organisée. Un tutorat est organisé pour les nouveaux cadres.

Les procédures et autres documents utiles sont accessibles sur l'intranet. Une procédure dégradée en cas de panne informatique a été élaborée et est diffusée. Les documents d'information institutionnels sont remis au patient : livret d'accueil, charte du patient et charte Marianne. Des règles de vie du service sont diffusées par certaines unités. Le système d'information est en place et permet la prise en charge du patient. Les ressources en matériel informatique sont disponibles dans l'ensemble des services. Les fonctionnalités informatiques sont en cours de développement afin de permettre l'ensemble de la prise en charge du patient. Les coordonnées des médecins spécialistes dans le cadre des urgences vitales (SAMU) sont affichées dans les unités de soins.

Le matériel d'urgence est disponible dans les services mais n'est pas sécurisé. Les trousse d'urgence ne sont pas scellées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'ensemble des étapes de la prise en charge, adaptées aux pathologies, aux populations de patients et aux modalités de prise en charge est mis en œuvre. Une check list intégrée au dossier patient détaille les diverses opérations à réaliser lors de l'arrivée d'un patient (remise du livret d'accueil, désignation de la personne de confiance, information du patient adaptée à la population prise en charge).

L'évaluation initiale tracée permet de recueillir le mode d'admission, les antécédents, l'histoire de la maladie. L'évaluation de la douleur est réalisée et tracée. Les éléments du dépistage nutritionnel sont présents dans le dossier patient. En cas de risque suicidaire une fiche spécifique de dépistage et surveillance est remplie et intégrée au dossier du patient. Cette fiche est en cours d'élaboration en secteur adolescent. Le traitement personnel du patient est recherché et pris en charge selon la procédure institutionnelle. Une conclusion du bilan initial figure au dossier patient. Dans le secteur adolescent, à l'HDJ enfant et adulte un projet de soins personnalisé figure dans le dossier patient avec un projet de soins initial discuté avec le patient et ses parents. Il est mis régulièrement à jour en fonction des évolutions de la prise en charge. En secteur adolescent et en HDJ enfant les parents sont accueillis avec l'adolescent ou l'enfant en visite de pré-admission. Au cours de l'hospitalisation des réunions régulières ont lieu pour discuter le projet de soins et la sortie. Ces éléments sont tracés au fil de l'eau dans le dossier patient. Un pédiatre réalise un bilan somatique complet en secteur adolescent et en HDJ enfant pour tous les adolescents et les enfants, tracé au dossier patient. On ne retrouve pas de projet de soins personnalisé du patient dans le dossier dans les unités adultes en hospitalisation plein temps.

L'évaluation continue du patient est tracée au dossier patient dans l'observation médicale et infirmière. Des avis internes et externes sont demandés le cas échéant et tracés au dossier. Une information est donnée au patient sur son état de santé, tracée dans le dossier patient. En cas de restriction de liberté, une réévaluation quotidienne de la prescription est réalisée et incluse au dossier dans un document spécifique. Un projet éducatif est établi si besoin. Il peut s'agir d'actions entrant dans le cadre du programme autorisé ou dans l'un des deux programmes en cours de validation. Des actions éducatives ciblées sont éventuellement mises en œuvre.

Les prescriptions et transmissions des résultats biologiques sont informatisées, traitées par un prestataire externe. Une convention a été rédigée avec le CH d'Auxerre pour la prise en charge des prélèvements biologiques. Il existe une procédure infirmière du prélèvement. L'original des résultats est transmis par voie postale avant d'être inséré dans le dossier papier. La prise en charge des examens d'imagerie est réalisée en externe. Les demandes d'examens d'imagerie font l'objet d'une prescription manuscrite détaillant les motifs de la demande, conservée au dossier. Les comptes-rendus sont classés au dossier papier.

La mise en œuvre du bilan somatique n'est pas effective ; seules des interventions programmées de façon hebdomadaire ou à la demande du psychiatre permettent de prendre en charge les problèmes somatiques ponctuels sans évaluation somatique globale des patients.

La sortie du patient est organisée le plus tôt possible après l'admission. Elle prend en compte le point de vue du patient et de l'entourage le cas échéant. Une check list intégrée au dossier patient rappelle les opérations à réaliser pour la sortie. Un courrier d'hospitalisation est adressé aux correspondants d'aval afin d'assurer la continuité de la prise en charge. Une ordonnance est remise au patient à sa sortie et son

traitement personnel lui est remis, abstraction faite des traitements qui ne sont plus en cours. Les informations nécessaires à son suivi sont transmises au patient (RDV CMP). Un questionnaire de sortie est remis au patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les évaluations de la qualité du parcours du patient reposent sur des EPP, des indicateurs locaux issus d'audits internes, le recueil des IQSS et la méthode du patient traceur. Ces évaluations concernent le dispositif d'accueil du patient, la continuité des soins, la prise en charge nutritionnelle, le risque suicidaire, la sortie du patient, les IPAQSS du dossier patient et l'éducation thérapeutique. Le tableau de bord des indicateurs de l'établissement régulièrement suivi, comprend les indicateurs nationaux, les IPAQSS, les indicateurs locaux (événements indésirables, alertes ascendantes, chutes, fugues, suicides, tentatives de suicide, taux de retour des questionnaires de sortie, plaintes et réclamations, nombre de demandes d'accès aux dossiers médicaux)

A / AGIR

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

L'établissement informe les professionnels des résultats obtenus en matière de parcours du patient par les cadres de proximité qui transmettent les résultats des diverses démarches d'amélioration dans le cadre du parcours du patient. Ce dispositif est complété par le journal interne «Echanges » . Les résultats des indicateurs et des démarches EPP font l'objet d'une communication annuelle devant les instances (CME, CTE, Conseil de Surveillance et Directoire). L'établissement réexamine la plupart des risques significatifs non totalement éliminés.

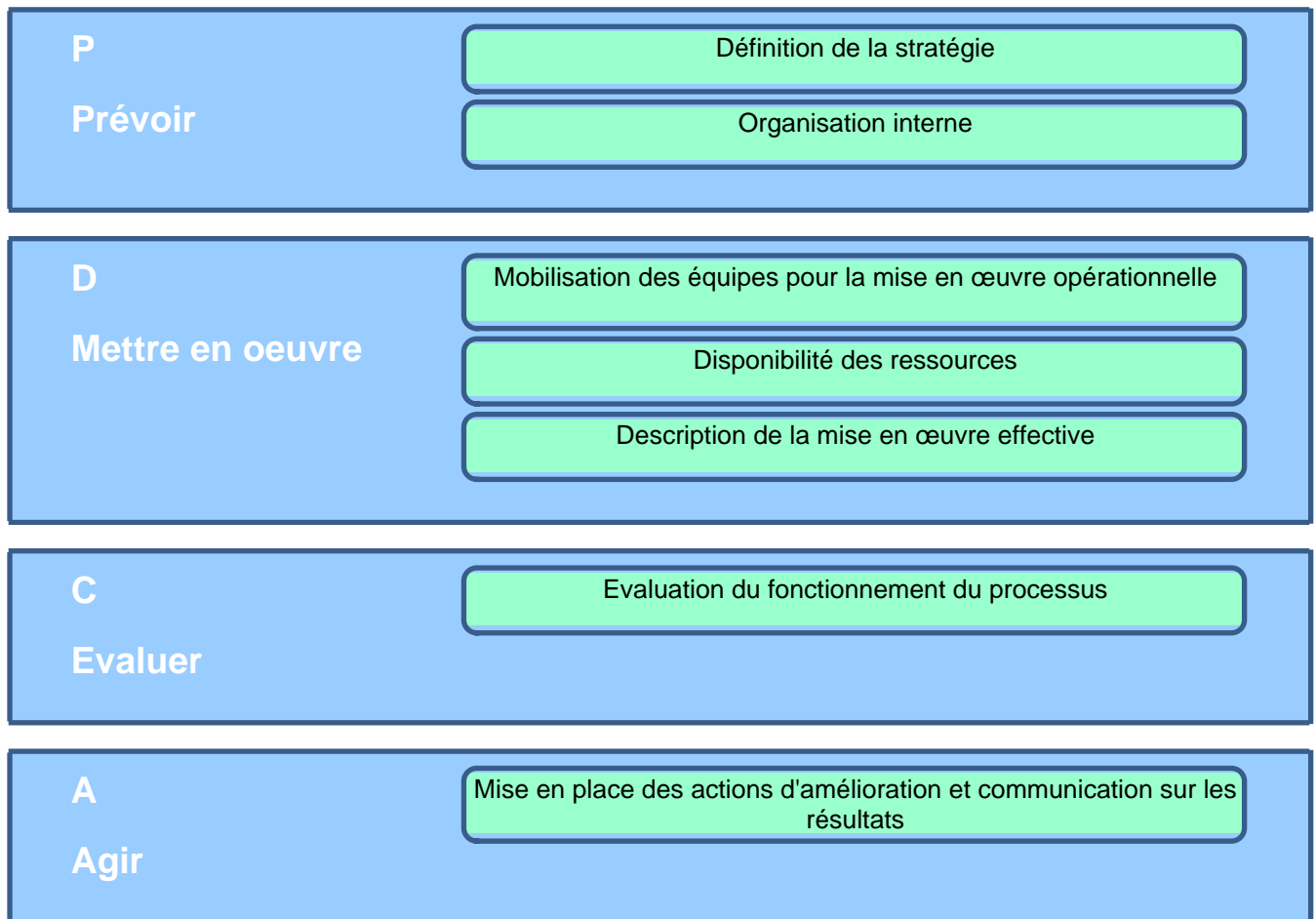
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du dossier patient est définie sous la responsabilité conjointe de la direction de l'établissement, de la CME et de la direction des soins. Elle repose sur cinq axes : Accessibilité du dossier, Confidentialité des informations, Facilité d'utilisation, Sécurité de l'archivage et Evaluation périodique. L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques en regard de la dernière procédure de certification V2010, de ses résultats IQSS et du suivi de l'EPP "Gestion du dossier patient" et a priorisé trois risques dans son compte qualité.

Les objectifs de favoriser le respect de la structuration du dossier patient, d'assurer en temps utile la communication du dossier, d'en permettre l'accès 24H/24H et d'améliorer la traçabilité sont déclinés dans la version N°2 du programme d'amélioration de la qualité et des risques de l'établissement en date du 31/12/2014. Les risques sont déclinés dans le programme d'amélioration déjà cité qui précise les pilotes, objectifs. Le programme est validé en instance et suivi.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le rôle et les responsabilités des professionnels impliqués dans la politique du dossier patient ne sont pas précisés dans les fiches de poste ou fiches de missions.

Les profils d'accès au dossier patient en écriture et en lecture des différents professionnels concourant à la prise en charge du patient sont définis dans les guides d'utilisation du dossier patient papier en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie. Pour la partie informatisée du dossier patient, en particulier pour le circuit du médicament, les habilitations sont définies en fonction des profils utilisateurs.

Les règles et guides de gestion du dossier patient ont été formalisés et diffusés en 2014 à la suite du plan d'action de l'EPP "gestion du dossier patient" qui a restructuré la composition des dossiers papiers en adultes et en pédopsychiatrie. Ces guides encadrent et définissent les responsabilités, les règles de tenue et d'utilisation, la composition, la confidentialité, l'accessibilité, les modalités de transport et l'archivage

Les ressources humaines, en termes de compétences et d'effectifs, sont déterminées au sein de l'établissement pour les fonctions médicales, paramédicales et secrétaires.

Le service des admissions assure l'accès du patient à son dossier dans le respect des délais légaux.

Les modalités de communication en temps utile du dossier entre secteurs sont définies au sein de l'établissement. La communication avec les correspondants externes s'organise sur la base des comptes-rendus d'hospitalisation et des fiches de liaison.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement supérieur et de proximité en lien avec les orientations de l'établissement communiquent auprès des équipes sur les attendus du programme qualité gestion des risques et sur la qualité de la tenue du dossier patient par le biais de réunions de service. Ils s'assurent de la conformité des pratiques et du respect des protocoles en désignant les référents patients également en charge de la qualité de la tenue des dossiers. Les référents patients désignés par le cadre pour le suivi de la prise en charge sont également en charge de la bonne tenue et de la vérification du dossier de l'entrée à la sortie du patient. L'encadrement supérieur et de proximité font participer les équipes aux audits réalisés et à l'identification d'actions correctives dans leurs unités et leur en communiquent les résultats.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La formation au logiciel de la prise en charge médicamenteuse est assurée pour l'ensemble des nouveaux professionnels intégrant l'établissement. La formation à l'utilisation du dossier patient papier est assurée sur le terrain par les cadres pour les professionnels soignants et par les médecins pour leurs confrères ou internes. Les cadres s'assurent de la formation au logiciel de la prise en charge médicamenteuse et délivrent l'information nécessaire à l'utilisation du dossier papier. Ils mettent à disposition le guide d'utilisation présent dans tous les secteurs de l'établissement, s'assurent de la disponibilité des différentes fiches du dossier patient et s'assurent de la connaissance des protocoles. Les locaux d'archivage permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité 24H/24H et la préservation des données patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les informations recueillies lors de l'accueil aux urgences sont intégrées au dossier patient. Les prescriptions médicales informatisées et la traçabilité de l'administration des traitements sont présentes

au dossier patient. La majorité des pièces du dossier est horodatée et comporte l'étiquette d'identification du patient ainsi que l'identité du professionnel qui a recueilli les informations. Toutefois la méthode des patients traceurs et la consultation avec les équipes des dossiers patients lors de l'audit de processus confirment l'hétérogénéité de la traçabilité des éléments de prise en charge dans le dossier ne permettant pas de disposer d'une information exhaustive et de qualité
L'accès du patient à son dossier est assuré conformément à la réglementation et dans le respect des délais impartis.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Au delà du recueil des indicateurs obligatoires IQSS, l'établissement s'est engagé à la suite de l'EPP "gestion du dossier patient" dans la réalisation d'audit dossier patient sur toutes les unités de pédopsychiatrie. Les modalités d'évaluation retenues favorisent l'implication directe des acteurs de terrain par le tirage au sort de 5 dossiers patients par unité et sur les thématiques déjà identifiées comme sources d'amélioration. Les résultats sont traités et mis en forme au niveau de la cellule qualité et l'analyse des résultats se fait en équipe sur la base de leurs propres résultats. Dans les secteurs adultes intra et extra hospitalier l'établissement a choisi de réaliser en 2013 et en 2014 un audit du dossier patient sur la base méthodologique du patient traceur. Les résultats ont été présentés à chaque étape du parcours, à savoir admission et accueil, séjour du patient et sortie du patient. La synthèse des résultats présente pour l'intra et l'extra hospitalier les points positifs et les points à améliorer et la priorisation des actions d'amélioration.

A / AGIR

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

De 2013 à 2015 l'établissement avec les pilotes du groupe EPP "gestion du dossier patient" a complètement restructuré l'architecture et les fiches du dossier patient papier pour la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie. Parallèlement les guides d'utilisation ont été mis à jour.
L'établissement a également revu son circuit d'archives pour rendre le dossier patient accessible 24H/24H. De nouveaux objectifs d'amélioration ont été retenus en ce qui concerne la traçabilité des données inscrites au dossier suite à l'audit effectué sur la base du patient traceur de 2014 avec plan d'action priorisées. Les résultats des évaluations et les actions conduites sont directement diffusés dans les unités concernées par l'intermédiaire de l'encadrement. L'établissement met en œuvre un processus d'information de la CRUQPEC sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier.

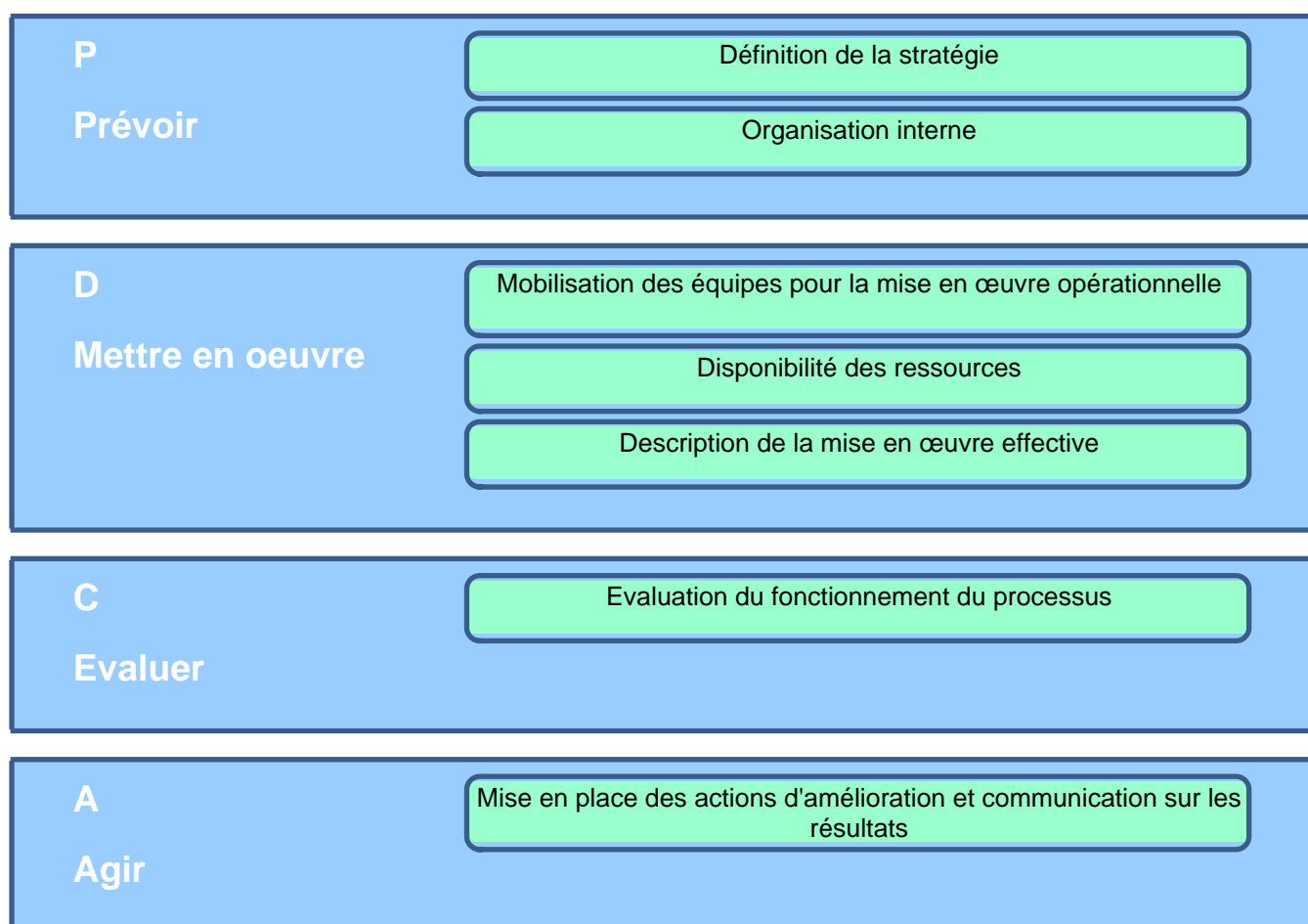
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini sa politique dans son manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse, approuvé en octobre 2014 par la CME dont les objectifs sont de mettre en place l'informatisation du circuit du médicament, de répondre aux exigences de bonnes pratiques sur le modèle organisationnel de l'arrêté du 06 avril 2011, de mettre en œuvre un système de management de la qualité fondé sur l'approche processus et d'anticiper l'évolution des processus de formation et/ou d'analyse de pratique. Les objectifs et les actions de la politique de la prise en charge médicamenteuse sont intégrés au programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient ne précise pas les dispositions spécifiques au sujet âgé. L'établissement a inscrit dans sa politique une étude des risques a priori aux différentes étapes de la Prise En Charge Médicamenteuse (PECM). Le groupe de travail "Analyse des erreurs ou des risques d'erreurs médicamenteuses" a utilisé l'outil INTER DIAG MEDICAMENT de l'ANAP pour effectuer la cartographie des risques du circuit du médicament avec les professionnels de la PUI et des unités de soins.

ORGANISATION INTERNE

Les rôles et les responsabilités des acteurs sont identifiés dans le manuel qualité complétés par un organigramme comprenant liaisons hiérarchiques et fonctionnelles. Les fiches de postes ou de mission de la cadre de santé, des préparatrices en pharmacie et des référents en unités de soins sont formalisées. Toutefois, le responsable du système de management de la qualité et de la prise en charge médicamenteuse n'a pas été désigné.

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 liste des prescripteurs habilités est actualisée pour tout nouveau médecin ou interne et disponible à la PUI. La permanence pharmaceutique est organisée en terme de dotation pour besoin urgent, d'accès par des professionnels habilités au stock tampon sécurisé de la pharmacie et de la possibilité de recourir aux pharmacies de ville en cas de besoin. La liste des médicaments à risque est arrêtée au niveau de la PUI.

L'établissement s'est engagé dans l'amélioration de la sécurité du circuit du médicament par la mise en place d'un groupe de travail sur les erreurs médicamenteuses. Le journal "prescrire" est un élément de communication à destination du corps médical. Le fascicule "le circuit du médicament au CHSY" est diffusé à l'ensemble des unités et aux praticiens de l'établissement. Les médecins prescripteurs ont accès à plusieurs thésaurus de référence. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse a permis de sécuriser le circuit du médicament.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels de la pharmacie et du groupe "erreur médicamenteuse" assure la mobilisation des équipes à la déclaration en organisant annuellement une formation complète pour 10 à 12 personnes et en organisant des séances de sensibilisation (156 professionnels en 2014). Les entretiens avec les professionnels des unités de soins et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur ont montré l'engagement des équipes médicales et paramédicales pour la mise en œuvre opérationnelle de la prise en charge médicamenteuse, y compris pour les mesures dégradées en cas de panne informatique. Un binôme infirmier référent pharmaceutique est désigné dans chaque unité de soins pour une durée de quatre mois pour favoriser l'adhésion des équipes à l'amélioration de la qualité de la PECM.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La disponibilité des ressources matérielles et équipement est effective comme par exemple la mise en place de tablettes informatisées, d'un matériel de transport sécurisé et la disponibilité sur intranet d'une fiche de signalement d'erreur ou de risque d'erreur médicamenteuse spécifique. Les formulaires liés aux procédures dégradées sont à disposition des équipes en particulier pour les étapes de prescription et de traçabilité de l'administration. La formation des nouveaux arrivants est effective au travers pour le corps médical d'une formation aux logiciels métier du circuit du médicament par deux médecins référents au niveau de l'établissement et d'une formation, pour les infirmiers, dispensée par la cadre de santé de la PUI. La documentation relative au circuit du médicament est accessible au sein des unités.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement de la prise en charge médicamenteuse. Les professionnels de la PUI respectent les bonnes pratiques en matière de préparation en réalisant un double contrôle à cette étape du circuit. La validation des prescriptions dans un dialogue organisé avec les prescripteurs est réalisée à 100%. L'analyse pharmaceutique prenant en compte le traitement initial du patient est réalisée pour toutes les ordonnances. Le dialogue prescripteur/pharmacien est intégré au logiciel métier du circuit du médicament. Les spécificités relatives à la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé telles que la juste prescription de psychotrope, l'analyse pharmaceutique particulière, la demande complémentaire d'examen biologiques de la fonction rénale et si nécessaire des modalités d'aide à l'administration sont mises en œuvre.

Le stockage des médicaments à risque est effectué et des étiquettes "Attention danger" sont éditées par la PUI pour alerter sur les produits à risques tels que le potassium hypertonique, le Méthotrexate ou encore sodium hypertonique.

Les infirmiers opèrent une dernière vérification de concordance du traitement avec la prescription avant administration du traitement et tracent extemporanément la prise sur la tablette informatisée. Le groupe "erreur médicamenteuse" réalise des Retours d'expériences sur les signalements des erreurs ou risque d'erreurs déclarés avec les professionnels concernés. Cependant, les erreurs médicamenteuses sont sous déclarées. En effet, les entretiens liés à l'audit de processus tant au niveau de la pharmacie que des unités de soins convergent vers une sous déclaration des erreurs ou risques d'erreurs médicamenteuses (4 fiches de déclaration en 2014).

Deux programmes d'éducation thérapeutique liés à la prise en charge médicamenteuse "Patient sous traitement anti-hormonal injectable" et "Prise en charge psycho-éducative en milieu carcéral des pathologies mentales chez les patients détenus sous traitement psychotrope associé", sont mis en œuvre au sein de l'établissement. L'information du patient sur le bon usage du médicament est délivrée par les équipes soignantes et en particulier par les praticiens référents de la prise en charge.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a réalisé la cartographie détaillée de ses points forts et vulnérabilités à l'aide de l'outil "inter diag" sur le risque structurel de l'unité et sur les 7 axes de sécurisation de Prévention, Pilotage, Entrée et Sortie du patient, Prescription et Dispensation, Préparation et Administration, Organisation de l'armoire et Gestion de l'armoire. Cette action est périodique. La pharmacie suit annuellement des indicateurs d'évaluation tels que le taux de lits bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète, le taux d'antibiotiques en délivrance nominative, le nombre de doses unitaires réétiquetées à la PUI, le taux de conformité des piluliers à la prescription... Le groupe erreurs médicamenteuses réalise des retours d'expériences sur les erreurs médicamenteuses déclarées.

A / AGIR

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

A la suite de la cartographie des risques a priori l'établissement a défini un programme d'actions d'amélioration relatives à différents domaines tels que protocoles et procédures, retour d'expérience, bon usage des médicaments, synergie PUI/unités de soins, analyse pharmaceutique, délivrance nominative, dotation, rangements... Ce programme d'action détermine échéances et pilotage. La PUI communique à la CME, à la CSIRMT et en réunions cadres les résultats obtenus et les actions d'amélioration à mettre en œuvre. Le tableau de suivi des indicateurs est annuellement intégré au rapport d'activité de l'établissement et diffusé au sein de l'établissement.