



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
DEPARTEMENTAL GEORGES
DAUMEZON**

**1 route de chateau
Bp 62016
45402 Fleury Les Aubrais**

OCTOBRE 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	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	21
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	27
DOSSIER PATIENT	31
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	36

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL GEORGES DAUMEZON	
Adresse	1 route de chateau 45402 Fleury Les Aubrais
Département / région	LOIRET / CENTRE
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	450002423	CTRE HOSP. DEPART.G.DAUMEZON	1 rte de chateau 45400 Fleury-Les-Aubrais
Etablissement de santé	450011952	CENTRE DE JOUR ET CENTRE DE SEJOUR	69 r neuve 45400 Chateau
Etablissement de santé	450012620	HOPITAL DE JOUR	98 fg madeleine 3 eme secteur adultes 45000 Orleans
Etablissement de santé	450011861	CENTE MEDICO-PSYCHO, PABLO PICASSO	8 r pablo picasso 1 er secteur adultes 45400 Fleury-Les-Aubrais
Etablissement de santé	450008230	CENTRE MEDICO- PSYCHOLOGIQUE	33 qu de nice Secteur g 07 45500 Gien
Etablissement de santé	450008263	CENTRE MEDICO- PSYCHOLOGIQUE	All jacques brel 1 er secteur adultes 45000 Orleans
Etablissement de santé	450000518	CENTRE DE POST-CURE POUR MALADES MENTAUX MAURICE PARIENTE	9 fg saint vincent 45000 Orleans
Etablissement de santé	450011713	CENTRE MEDICO- PSYCHOLOGIQUE	4 r du sanitas Secteur g 08 45300 Pithiviers

Etablissement de santé	450011705	CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE	Mairie 45170 Neuville-Aux-Bois
Etablissement de santé	450010863	CENTRE DE JOUR ET CMP	16 chemin des boulat 45110 CHATEAUNEUF SUR LOIRE
Etablissement de santé	450011937	CENTRE DE JOUR DU CHENE MAILLARD	All jacques brel 45770 Saran
Etablissement de santé	450008248	CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE	5 r de la grille du chateau Secteur 2 45130 Meung-Sur-Loire
Etablissement de santé	450012638	CENTRE DE JOUR SAINT MARCEAU	2 r monseigneur von galen 45100 Orleans
Etablissement de santé	450000930	CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL GEORGES DAUMEZON	1 route de chanteau Bp 62016 45402 Fleury Les Aubrais
Etablissement de santé	450011671	CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE	7 pl de la halle 1er secteur adultes 45310 Patay
Etablissement de santé	450011796	CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE	24 r du capitaine giry Secteur g 08 45300 Pithiviers

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	241	194
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	6	43

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 avec obligation d'amélioration (C).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligation d'amélioration

Droits des patients

Recommandations d'amélioration

Parcours du patient

Dossier patient

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

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
Prise en charge de la douleur
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	Extra hospitalier	addiction	programmé	simple	Santé mentale
2	Adolescent	Dispositif de soins pour adolescents (HTC)	crise suicidaire	programmé	simple	Santé mentale
3	Adulte	Unité de crise	trouble délirant	urgence	simple	Santé mentale
4	Adulte	appartement thérapeutique	schizophrénie stabilisée	programmé	simple	Santé mentale
5	Adulte	UHSA	schizophrénie	sous contrainte	simple	
6	Enfant	Hôpital de jour	troubles envahissants du développement	programmé	simple	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

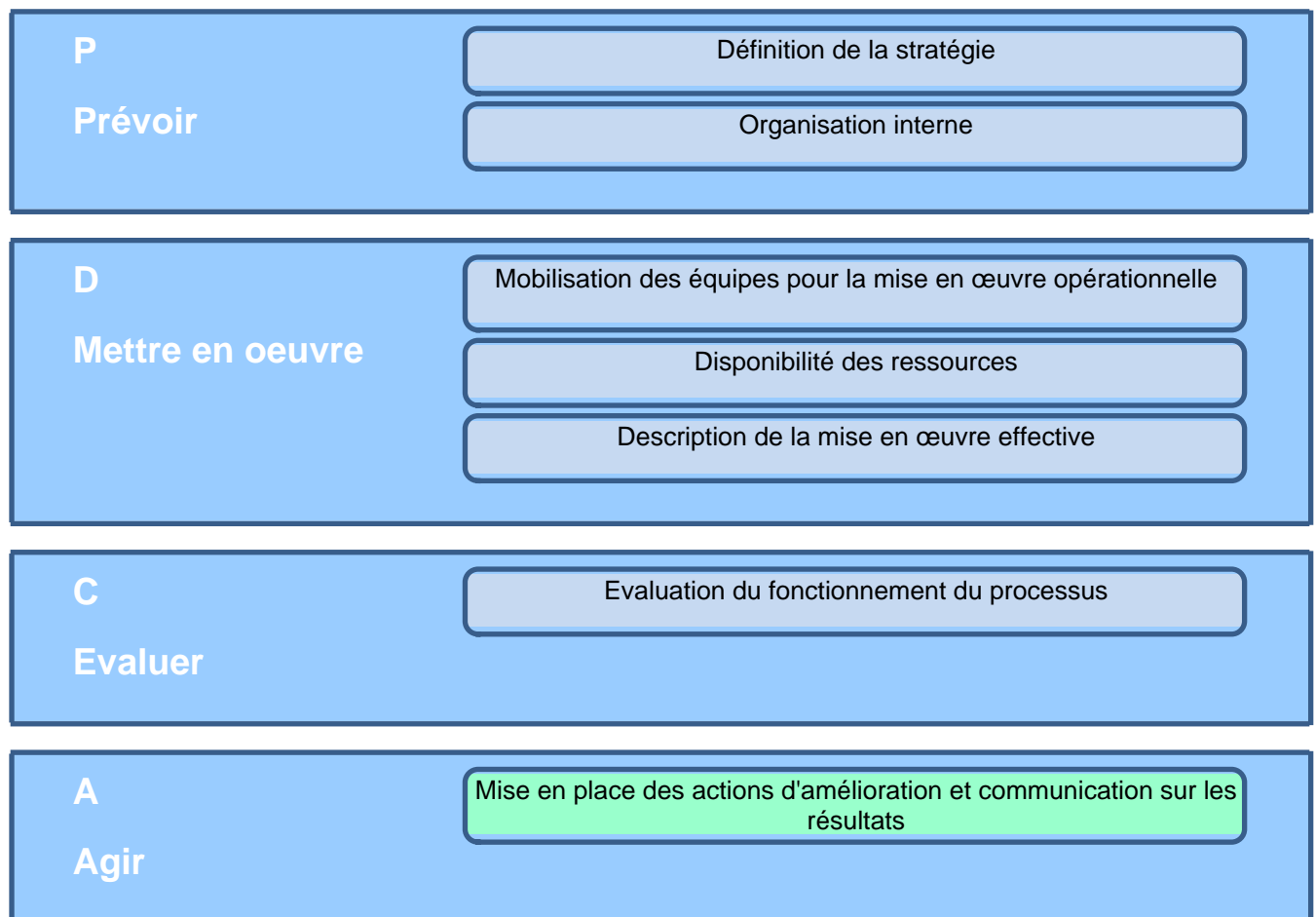
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique qualité rédigée en 2015, définit la stratégie et les objectifs qualité et sécurité des soins du centre hospitalier Daumezon. Cette politique, déclinée en 8 axes, s'appuie sur les orientations inscrites dans le CPOM (2012-2016), sur l'identification des besoins et des risques faite par l'établissement, à partir de l'analyse des risques propres à l'établissement. La stratégie EPP y est définie, ainsi que, les obligations légales et réglementaires, les vigilances et la gestion de crise (plan blanc). La politique qualité est validée par le COPIL qualité, instance de pilotage stratégique, en lien avec le Directoire, la CME et la CSIRMT. Cette politique se décline en objectifs et indicateurs au niveau des pôles, avec l'appui des responsables de pôle et des cadres référents de risques. Les représentants des usagers se sont impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique qualité, de par leur participation à la CRU et à des groupes de travail tels que le groupe parcours du patient, comité éthique. Les risques sont identifiés à partir de l'analyse de risque faite dans l'établissement par les différents groupes et commissions travaillant sur les différents processus de management, de prise en charge et de support. Pour l'identification des risques, les professionnels se sont appuyés sur les éléments issus de leur propre auto évaluation, des résultats d'indicateurs (nationaux et locaux), des analyses d'évènements indésirables, des retours des patients traceurs, ainsi que des résultats des EPP. Les risques sont hiérarchisés selon une méthode et des échelles validées. Les actions à mettre en place suite à l'étude de risque sont inscrites dans le programme institutionnel de la qualité et de la sécurité des soins, et déclinées dans le compte qualité par risque. Le PAQSS comprend les thématiques traitées, les objectifs à atteindre, les pilotes, les éléments de suivi et les échéances. Le PAQSS et le CQ sont tous deux validés par le COPIL Qualité, le Directoire, la CME, le conseil de surveillance et la CSIRMT.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour assurer le pilotage opérationnel du processus d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques, décrit dans la Politique qualité. Un pilote médical est nommé pour chaque groupe de travail. Ses missions sont formalisées. Les groupes qu'il pilote sont pluri professionnels et multipolaires pour assurer la représentativité de toutes les spécificités de l'établissement. Les professionnels qui participent à ces groupes, (Commission parcours de soins, CLUD, groupe plan blanc, COPIL violence, Copil ETP, Commission EPP, CIV, groupe d'Analyse des Risques a Posteriori, CLAN, EOH, Commission DPC, CHSCT, Comité de suivi du dossier, CRUQPC, Comité éthique, Comité SIH) ont été sensibilisés à la démarche d'identification des risques. Les travaux de ces différents groupes sont présentés et validés en COPIL qualité, Directoire, CME et CSIRMT. Deux référents qualité et gestion des risques ont été désignés dans chaque pôle afin de coordonner les actions qualités et gestion des risques en lien avec la direction qualité, les pilotes des groupes de travail et les professionnels de leur pôle. Leurs missions sont formalisées. L'ingénieur qualité occupe la fonction de coordination des risques associés aux soins dans l'esprit du décret du 12 novembre 2010, ses missions sont intégrées à sa fiche de poste. La commission EPP s'appuie sur la politique EPP validée en novembre 2015. De nouvelles EPP sont décidées afin d'apporter une réponse soit à un risque identifié, soit à des dysfonctionnements, soit à des besoins. La méthodologie EPP telle qu'elle a été conduite permet de mobiliser des professionnels de différents pôles et de décider, de manière pluridisciplinaire des actions les plus pertinentes à mettre en œuvre. Des actions d'information sont planifiées par la direction qualité, et des formations spécifiques à la qualité et gestion des risques sont intégrées aux plans de formation 2015 et 2016. L'établissement a développé une GED structurée qui permet de centraliser les ressources documentaires (procédures, protocoles, plans d'action, FEI, guides, formulaires...) et d'avoir accès à des informations de la vie institutionnelle. La procédure des procédures définit les règles de la gestion documentaire. Le dispositif de gestion et de traitement des évènements indésirables, est organisé. Une charte de signalement des EI précise que l'établissement s'engage dans une charte de non punition en cas de signalement spontané d'un manquement. Cette charte, signée par le Président de la CME et le directeur a été diffusée auprès des professionnels. Le dispositif de gestion des plaintes et réclamations est organisé, une CRU est en place, le fonctionnement est formalisé et les responsabilités définies.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La politique Qualité gestion des risques est déployée sur les différents pôles. Elle repose sur le management de pôle, les cadres référents risques du pôle et les cadres de proximité. Ceux-ci s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues en mobilisant le personnel pour la participation à des audits, à des groupes de travail. Les équipes d'encadrement de pôle organisent le reporting des plans d'action opérationnels, définis à partir de la déclinaison des actions institutionnelles et des risques identifiés. Ils informent et sensibilisent les professionnels en utilisant différentes modalités de communication et divers supports tels que la messagerie électronique pour informer de la publication d'un compte rendu de groupe de travail ou de comité, ou de résultats d'audits, ils font des points d'information qualité lors des staffs, et mettent en place des affichages.

Le PAQSS institutionnel qui se décline dans les pôles, en fonction des spécificités des secteurs, et des types de prise en charge, est suivi par l'encadrement du pôle avec des retours réguliers à la direction qualité.

L'élaboration du compte qualité a été menée à partir des constats faits par les différents groupes de travail et par les comités. Pour cette première version, c'est l'ingénieure qualité qui a intégré les données d'identification des risques et les plans d'action dans le compte qualité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des ressources en compétences sont à disposition des professionnels, comme par exemple l'accompagnement méthodologique qui est assuré par la direction qualité, 100% des référents risques de pôle sont formés à la gestion des risques et à l'analyse des causes profondes, des référents dans les services sont formés à diverses thématiques en lien avec la qualité et gestion des risques (douleur, informatique, hygiène).

Les nouveaux arrivants sont formés à la qualité et gestion des risques lors de journées d'accueil prévues de manière institutionnelle, mais aussi dans les services, par leurs pairs et les cadres. La direction qualité intervient régulièrement dans les unités intra et extra hospitalières pour informer et former les équipes de soins à la qualité et gestion des risques (information sur l'identification des risques, bilan des FEI), et à la démarche de certification.

La documentation professionnelle exclusivement électronique est structurée et disponible à tous les professionnels. Le renouvellement et la mise à jour des procédures et documents sont coordonnés par la direction qualité. Les professionnels ont également à leur disposition des fichiers partagés, collaboratifs qui leur permettent de suivre l'avancée des différents travaux et d'avoir accès à des documents propres à leur pôle.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différentes structures de soins mettent en œuvre les organisations définies pour le fonctionnement et le management interne des processus qualité (signalement des événements indésirables, gestion documentaire partagée, EPP, audits). Des EPP sont mises en œuvre pour apporter une réponse à des risques identifiés (suicide, violence, isolement-contention), aux risques liés au processus de prise en charge du patient, identifiés lors des patients traceurs, ou l'émergence de nouveaux besoins (prise en charge de l'autisme chez les enfants). Les EPP sont travaillées en pluridisciplinarité et en pluri polarité.

L'exploitation des plaintes et réclamations est faite avec par la direction qualité, avec les professionnels des services concernés et le suivi des dossiers est présenté en CRU. Les services sont informés des conclusions du traitement en direct lorsqu'une action particulière est mise en œuvre. Toutes les réclamations sont inscrites dans un tableau anonymisé et disponible sur l'intranet.

Le Groupe d'analyse des risques a posteriori (GARP) constitué par la direction qualité, les gestionnaires de risques, les référents risques de pôle et les vigilants, se réunit toutes les deux semaines et décide de l'analyse des EI qui entrent dans le cadre de la définition EIG faite par l'établissement. Quatre personnes ressources, et 100% des référents risques de pôle, qui participent au GARP sont formés à la gestion des risques et à l'analyse des causes. En cas d'EIG, l'ingénieure qualité fait l'analyse des causes profondes, selon une méthodologie validée, en y associant les professionnels concernés dans l'identification des causes et la définition du plan d'action. Un retour est fait au GARP.

La coordination des vigilances, de la veille sanitaire, et de la gestion globale des risques est assurée par la direction qualité qui participe à tous les groupes de travail mis en œuvre.

Des formations à la certification V 2014 ont été organisées afin d'apporter aux pilotes et personnes ressources les connaissances nécessaires à la réalisation de leurs missions et au déploiement de la démarche. Un accompagnement méthodologique est assuré par la direction qualité. Les plans de formation 2015 et 2016 intègrent des actions de formation dans le domaine de la qualité et gestion des risques.

La communication est faite sur les différents travaux en cours (groupes, EPP, instances...) par différents canaux tels que reporting en réunion, mise à disposition des compte rendus, affichage, réunions à thème, envoi de messages électroniques.

Le dispositif de gestion documentaire est connu des professionnels et utilisé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le système de management et de la qualité et de la gestion des risques est évalué à partir des bilans de fonctionnement des instances (bilan de fonctionnement de la commission EPP, du dispositif de gestion des risques, de la CRU, évaluation du fonctionnement de la GED, rapport d'activité du coordonnateur des risques associés aux soins), ainsi que sur la base d'indicateurs issus des audits, de l'activité de fonctionnement et des indicateurs obligatoires.

Chaque groupe de travail et chaque pôle révise en continu son propre PAQSS et le transmet à la direction qualité pour mise à jour du PAQSS institutionnel.

Un bilan qualité est fait annuellement à chaque pôle, à partir d'indicateurs qualité, d'indicateurs gestion des risques et indicateurs généralisés pour la psychiatrie générale en temps complet. Les résultats des bilans sont diffusés aux professionnels soit au cours de réunions de pôle, soit par messagerie électronique, soit au cours de réunions animées par l'encadrement ou la direction qualité.

L'évaluation périodique est donc réalisée afin d'identifier des actions correctives.

La satisfaction des usagers est évaluée, en continu, à partir du questionnaire de satisfaction. Pour avoir une évaluation plus précise de la satisfaction des usagers car le taux de retour du questionnaire de sortie étant faible, une enquête annuelle est faite un jour donné dans 2 pôles, y compris pour les structures extra hospitalières. Une évaluation de la satisfaction des usagers est faite, par pôle, au moins tous les deux ans. Les résultats sont présentés à la CRU et aux professionnels concernés.

A / AGIR

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

La politique qualité et gestion des risques est révisée annuellement à partir des résultats des évaluations internes (audits) ou externes (travail sur le recueil de l'IMC à partir des résultats d'IPAQSS), des résultats et préconisations des groupes de travail sur les différentes thématiques, notamment de la CRU (par exemple la modification de la méthodologie de recueil de la satisfaction des usagers), à partir des analyses d'évènements indésirables, de l'avancée des EPP, et de l'atteinte des objectifs du PAQSS. Des retours de ces ajustements sont faits en instances et dans les pôles.

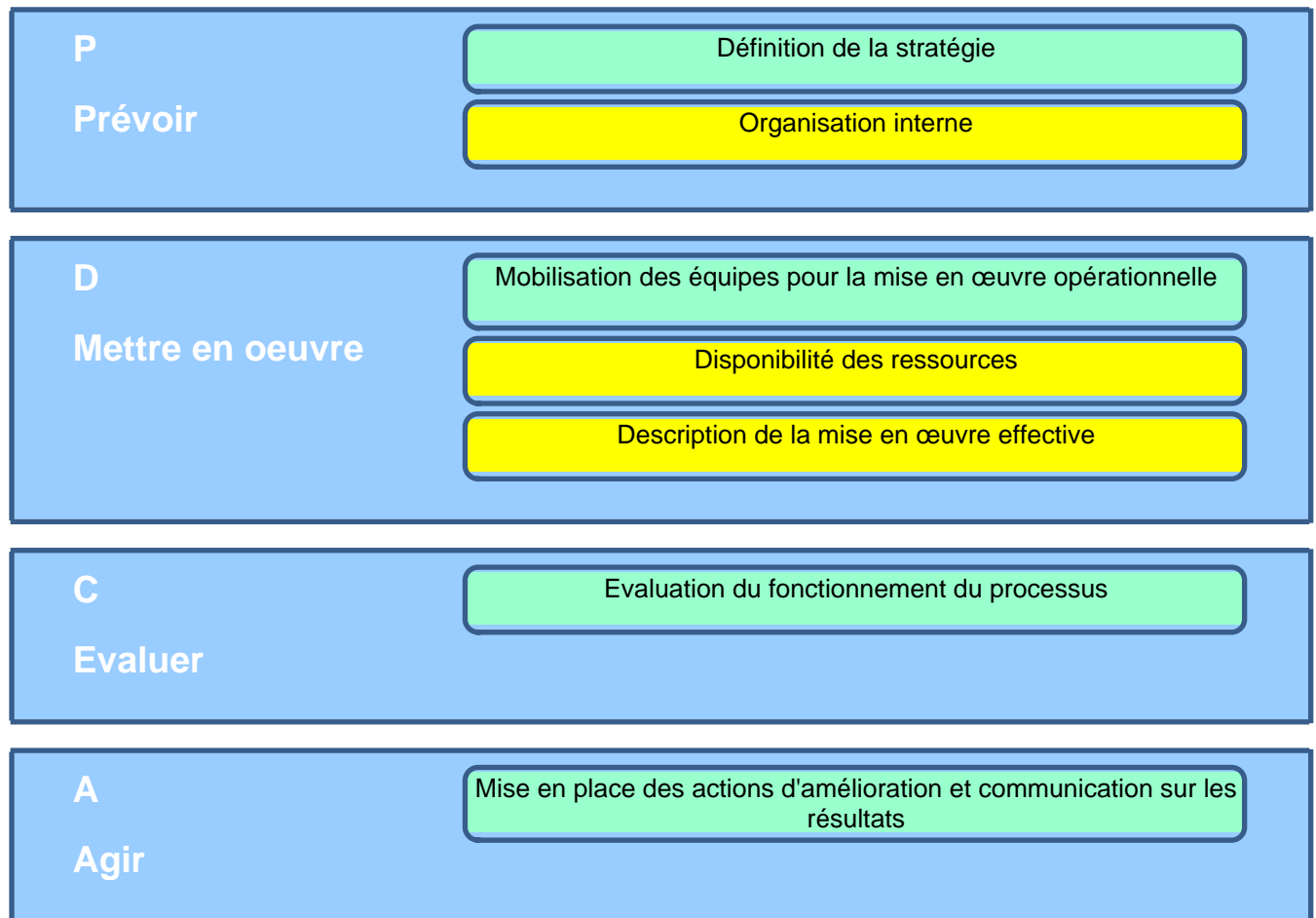
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques et les projets de l'établissement ; la CRUQPC est associée, ou a minima informée, aux réflexions engagées sur ces questions.

Le thème est développé au sein du Projet d'Etablissement 2010-2014. Il est également exposé à l'Axe 4 de la Politique Qualité et Gestion des Risques formalisée en juillet 2015.

Il est fait mention de la Promotion de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance au CPOM 2012-2016. La politique et les engagements stratégiques d'action de l'établissement, sur cette question, sont repris dans un document validé par la Commission Médicale.

Ce travail s'inscrit dans le prolongement de la psychiatrie institutionnelle qui a marqué l'histoire de l'établissement et dans la complémentarité des réflexions du Comité Local d'Ethique extrêmement actif.

Les différents documents- supports de la stratégie relative au respect du droit des patients ont été soumis aux instances compétentes et validés par celles-ci.

Les actions sont mises en œuvre dans le cadre de programmes formalisés, notamment celui exposé au compte qualité qui, dans le contexte de l'établissement, fait émerger 4 priorités associées à des risques perçus comme majeurs (isolement-contention, protection des biens et valeurs, liberté d'aller et venir, respect du libre choix) et dont les contenus ont été intégrés au PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation établie par l'établissement pour piloter le processus repose sur un triumvirat composé du Directeur des Soins, du Directeur administratif Qualité et du Médecin responsable du processus « parcours du patient ». Leurs rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans leurs fiches de poste respectives et dans la fiche de mission des porteurs de processus.

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. En effet, des sessions relatives aux droits des patients et à la bientraitance sont régulièrement inscrites aux plans de formation des personnels.

Dans le cadre de ses programmes de travaux, l'établissement porte attention aux conditions hôtelières et il existe un Plan de mise à niveau des bâtiments en vue de l'accueil des personnes à mobilité réduite.

L'information des patients sur leurs droits et sur les missions de la CRU est assurée par le Livret d'Accueil qui propose également une rubrique « Droits et devoirs des patients sous contrainte ».

Outre la Charte de la Personne hospitalisée, l'établissement affiche dans toutes ses structures une Charte de la bientraitance des personnes soignées. Celle-ci a été rédigée au niveau local.

Il existe une procédure, en date d'application du 1er janvier 2016, qui rappelle l'obligation d'informer le patient sur son état de santé et les soins qui lui sont proposés ; elle structure les modalités de délivrance de cette information et expose les démarches particulières d'information en cas de dommage lié aux soins.

Différents documents institutionnels formalisent :

- les modalités d'admission et de séjour des personnes hospitalisées sans consentement (une série de conduites à tenir en date du 14 Janvier 2016 structure les éléments à prendre en compte : procédures, information et recherche d'adhésion des patients, formation des professionnels, etc...).
- les voies de recours pour les hospitalisations sans consentement (note du 12 mai 2015)
- le cadrage des mises en chambre d'isolement (protocole en version 2 du 19 avril 2007)
- les modalités de gestion des biens et valeurs des patients
- l'offre de services qui leur sont proposés (lieux de détente, cafétéria, services religieux...).

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Elle repose sur la mise en place de différents groupes de travail (réunions de coordination, commission parcours de soins comité local d'éthique, comité des usagers,...) et sur la structuration du réseau d'encadrement.

Toutefois, des points d'organisation interne restent à préciser en ce qui concerne le signalement des

suspensions de maltraitance et le dispositif d'hospitalisation sans consentement.

Des modalités spécifiques de signalement des cas de maltraitance n'ont pas été définies et diffusées. Lors des visites d'unités, les experts visiteurs ont pu constater de façon récurrente qu'aucune modalité spécifique de signalement des cas de maltraitance n'avait été proposée et demandée aux professionnels.

Certes une fiche de réclamation a été mise en place pour les patients, leurs familles et leurs proches et les professionnels disposent d'un dispositif de signalement des événements indésirables.

Mais il n'y pas, à l'instar de ce qui est prévu pour le médicament ou les situations de violence de fiche d'événement indésirable spécifique et la fiche générale de signalement est conçue sans aucun item propre à la maltraitance.

Le dispositif d'hospitalisation sans consentement ne répond pas en totalité aux exigences de bonnes pratiques voire à toutes les obligations légales. Les experts-visiteurs ont pu constater qu'il n'y avait à la date de la visite ni registre des mises en isolement, (l'établissement trace celles-ci dans son progiciel « dossier patient » et dans une fiche de prescription médicale, de surveillance et de soin), ni registre des contentions.

Les responsables leur ont indiqué avoir programmé l'engagement d'une réflexion en vue de la mise à plat de toutes les obligations réglementaires sur cette question.

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. Ceci est particulièrement développé du fait de la venue à des périodicités régulières de représentants du service qualité dans toutes les unités, y compris dans celles qui sont les plus éloignées du site principal.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur(s) secteur(s) ou sur le processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats et des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

A ce titre, il est possible d'évoquer :

-l'enquête réalisée à partir d'un double questionnaire d'auto-évaluation (questionnaire d'équipe et questionnaires individualisés) réalisé sur les questions de maltraitance visant à prévenir celle-ci.

-L'audit réalisé en octobre et novembre 2015 dans toutes les unités d'hospitalisation sur les pratiques d'isolement, de confinement et de contention des patients qui a débouché sur une note de service rappelant différentes recommandations relatives à l'isolement.

- L'audit de traçabilité qui a permis de révéler que le recueil du consentement éclairé du patient, le cas échéant, du refus de soin est assuré dans une majorité de situation sur la base d'une organisation connue des professionnels bien qu'elle ne soit pas formalisée.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels participent en nombre à des formations aux droits des patients (tout particulièrement sur les thèmes de la bientraitance et de l'accueil familial). Les nouveaux arrivants bénéficient d'un stage sur leurs obligations professionnelles en santé mentale (droits des patients y compris sous contrainte, secret et discrétion professionnelles...)

Des organisations et des moyens sont en place pour permettre le respect de la confidentialité des informations relatives au patient : il y a des bureaux dédiés aux entretiens médicaux et soignants dans les unités. Le système d'information électronique est l'objet de multiples sécurisations.

L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent sont favorisés. Des locaux spécifiques agréables sont prévus pour recevoir les familles dans les unités pour adolescents et/ou de construction récente. L'équipe de soins palliatifs du CHR d'Orléans intervient chaque fois que nécessaire.

Il y a des possibilités de trouver un interprète sur une liste ad-hoc ou bien de faire appel à une compétence particulière dans ce domaine par la diffusion d'un mail général, de recourir enfin à la CADA pour une traduction téléphonique.

La dignité et l'intimité des patients lors des soins, notamment pour les soins d'hygiène est prise en compte par les professionnels y compris dans les chambres à deux lits.

Toutefois, les conditions d'hébergement ne correspondent pas toujours aux attendus actuels.

Les infrastructures ne permettent pas d'offrir es conditions d'hébergement garantissant dans toutes les unités le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins. Il subsiste des chambres à deux lits y compris dans des unités récentes (Corbaz, Van Gogh, Séglas) où les chambres à 1 lit sont pourtant majoritaires. Les chambres à deux lits ne permettent pas le respect des conditions de dignité et d'intimité du patient du fait de l'absence de protocoles ou de guide de bonnes pratiques concernant les soins prodigués aux patients dans ces chambres, il est simplement demandé à l'autre patient de se tourner pour ne pas regarder les soins. On constate également

- des locaux vétustes (Hospitalisation à temps plein à l'Unité Maurice Parienté)
- des chambres d'isolement dépourvues de toilettes accessibles ou ne disposant pas de boutons d'appel (Chaslin).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

D'une façon générale, 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.

Ceci est favorisé par la régularité de fonctionnement des groupes de travail, la qualité des comptes-rendus, l'organisation d'une réunion hebdomadaire de tout l'encadrement supérieur soignant et le retour systématique qui est fait aux responsables et aux équipes quant aux résultats des audits réalisés.

Le patient participe à la construction et à la mise en œuvre du projet personnalisé de soins notamment par la signature d'un contrat de soins fixant les modalités de sa prise en charge (en particulier en Hôpital de Jour et en CMP...).

En revanche, le respect des libertés individuelles n'est pas toujours effectif.

L'organisation et les pratiques ne permettent pas toujours le respect des libertés individuelles. A l'unité Mézie, les experts-visiteurs ont pu constater que des patients en hospitalisation libre voyaient leur liberté entravée dans la mesure où l'unité était fermée en raison de la présence majoritaire de patients sous contrainte.

Par ailleurs, les « Règles de vie » de certaines structures (Falret, Mézie, ...) génèrent souvent pour la totalité des patients pris en charge des mesures restrictives à leurs droits et libertés dans qu'aucune prescription individualisée ne soit établie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs est en place et un temps lui est consacré par l'institution et les professionnels.

Il combine des éléments d'évaluation transversaux et des éléments d'évaluations par Pôle.

L'établissement met en place également des audits selon la méthodologie « Patient traceur » ou « EPP » (gestion des biens et valeurs des patients / Mise en isolement ou contention).

Il est procédé à une évaluation périodique du respect des droits des patients et de leur satisfaction ainsi que de celle de leur entourage.

Dans ce domaine et afin de pallier des retours faibles des questionnaires de sortie, l'établissement réalise chaque année une enquête satisfaction un jour donné des patients en hospitalisation à temps plein (deux pôles par an).

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration du dispositif sont mises en place au regard des résultats obtenus lors des différentes démarches évaluatives.

Sur le thème du Droit des patients, le projet « Accueil des usagers » a été évalué et les conclusions ont généré la mise en place de différentes mesures (élargissement d'un Comité des Usagers création des Enquêtes un jour donné, refonte du Livret d'accueil et création d'un Livret complémentaire des Associations,...).

Des études de cas de patients (Corbaz B, Chaslin,...) ont généré des actions d'amélioration (sécurisation

de placards contenant des dossiers, formations ciblées au progiciel « dossier du patient », identito-vigilance...). La communication des résultats et des actions est organisée auprès des professionnels et des usagers.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

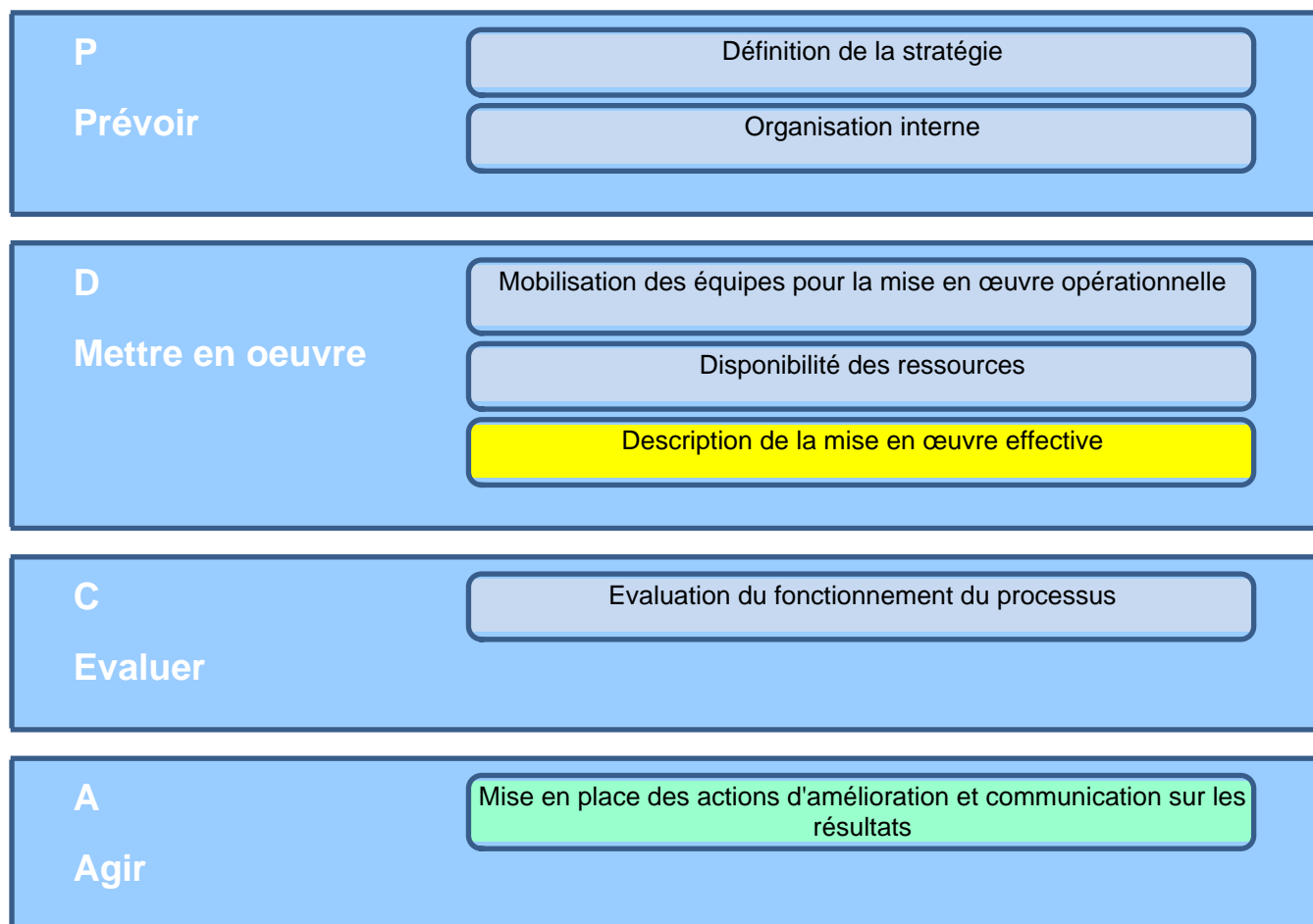
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Le Centre Hospitalier départemental Daumézou prend en charge la population de 500.000 habitants pour la psychiatrie adulte, la psychiatrie infanto-juvénile ainsi que pour la psychiatrie en milieu pénitentiaire. L'établissement est organisé en trois pôles, deux pôles de psychiatrie adulte et un pôle mixte enfants adolescents et adultes et une filière de soins aux patients détenus.

L'offre de soins s'articule autour d'une offre d'hospitalisation à temps complet, d'hospitalisation de jour et de centres de consultations répartis sur l'ensemble du territoire de santé couvert.

D'autres dispositifs complètent cette organisation : activités de liaison (Equipe de liaison adulte aux urgences du CHRO et en UHTCD / Equipe de liaison au CH de Pithiviers/ Equipe de liaison pédopsychiatrique en pédiatrie), filière de niveau 2 en addictologie, un centre d'insertion (Résidence M.PARIENTE), un centre de Remédiation cognitive, le Centre de Diagnostic précoce et d'Accompagnement de l'Autisme du Loiret.

La stratégie d'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans le SROS.

Afin d'évaluer son offre de soins l'établissement s'appuie sur le SROS, le CPOM 2012-2016 et les données d'activité (files actives, journées, actes externes).

Les risques relatifs au parcours du patient sont identifiés au regard des IQSS, des remarques émises lors des CRU et de l'analyse des fiches d'événements indésirables ainsi que des résultats des évaluations des pratiques professionnelles.

Une évaluation du projet d'établissement 2010-2014 a été réalisée et une note d'orientation stratégique a été rédigée pour définir les axes du futur projet d'établissement, à savoir réorganisation de la filières des urgences, le dispositif de prise en charge spécifique de réhabilitation psycho sociale thérapeutique, l'aval de la prise en charge, l'addictologie, les TED, la gérontopsychiatrie, la prise en charge somatique, l'éducation thérapeutique.

Les principaux risques identifiés ont été inscrits au compte qualité. Les risques ont été hiérarchisés par la commission "parcours de soins" en utilisant la grille de criticité et de maîtrise du risque élaborée par l'HAS. Les professionnels des services ont participé à l'identification des risques.

Les plans d'amélioration de la prise en charge du patient sont validés par la CME, la CSIRMT et le directoire. Ils sont présentés en CRU. Le périmètre des actions est soit l'établissement soit un pôle ou service selon la thématique. Pour chaque action, un pilote est défini, la planification est établie et les modalités de suivis sont édictées dont des tableaux de bord.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation interne assure l'adéquation des ressources aux besoins de la prise en charge.

La politique d'établissement relative à la prise en charge du patient est conduite par le directeur de l'établissement et la présidente de la CME.

Pour piloter la thématique "parcours du patient", le CH Daumézou a mis en place une commission "parcours de soins". Cette commission est présidée par un membre de la CME.

Un règlement intérieur a été établi qui stipule que ses missions sont "l'analyse et réflexion pluriprofessionnelle et interpolaire sur le parcours de soin du patient ", "la définition de la politique qualité et sécurité des soins", "l'évaluation de la qualité de la prise en charge du patient" et "la promotion et le déploiement/mise en œuvre de la démarche qualité et la sécurité des soins à au sein des pôles".

La direction qualité assure le soutien et la méthodologie de l'élaboration et de la mise en œuvre des actions d'amélioration.

Pour répondre aux missions qui lui sont confiées et pour sécuriser la prise en charge des patients, l'établissement a identifié ses besoins en personnels : le dimensionnement des équipes et les compétences nécessaires ont été identifiés en fonction des différentes modalités de prise en charge (hospitalisation temps plein, temps partiel, consultation) mais aussi des populations accueillies (spécificités des enfants et adolescents, des personnes âgées, des détenus, des patients ayant des troubles anciens, ...). Les différentes catégories retrouvées sont entre autres, des soignants, des médecins, des éducateurs, des psychologues, des assistants sociaux et des personnels administratifs.

Des formations spécifiques en fonction de techniques de prise en charge particulière à des unités mais aussi des formations générales sur l'établissement sont prévues pour répondre à la sécurisation de la prise en charge.

La continuité des soins est organisée avec un tableau de garde de premier niveau et un tableau de garde et astreinte de deuxième niveau pour les troubles urgences psychiques et somatiques. Une garde est assurée par l'équipe d'encadrement de l'établissement ainsi que par les différents membres des directions.

Les procédures relatives à la prise en charge ou les guidelines sont disponibles sur le logiciel de gestion électronique documentaire. Ce logiciel propre à l'établissement est accessible à tous les agents dans tous les lieux de prise en charge y compris les CMP extérieurs à l'établissement. Des documents d'information sont mis à la disposition des patients tant dans les unités ouvertes que fermées et dans les lieux extra-

hospitaliers. Ces documents ont été élaborés par les différentes commissions de l'établissement (CLUD, CLAN, ...).

Les locaux ont été calibrés en fonction de leur destination en tenant compte de l'évolution de l'offre de soins. Les cahiers des charges architecturaux ont été établis en s'appuyant sur les besoins exprimés par les professionnels, en particulier pour l'UHSA et les nouveaux CMP (Saint Jean de Braye par exemple). Un schéma directeur architectural détermine le phasage des nouvelles constructions et rénovations. L'entretien des locaux est assuré par des agents hospitaliers.

Les équipements matériels sont disponibles (en particulier pour les ateliers thérapeutiques).

Le système d'information est en place dans toutes les unités avec des postes informatiques dans les différents bureaux de consultation et les salles de soins ou les postes infirmiers.

La maintenance est assurée. Des bons de commandes électroniques sont en place et sont accessibles aux différents professionnels.

Les interfaces entre les différents services cliniques (service d'accueil et d'orientation, services de soins) sont organisés. Les interfaces avec les services médico-techniques sont organisées en particulier pour les demandes d'examen de laboratoire. Les liens entre les services soignants et les services logistiques (blanchisserie, garage, informatique, ...) sont organisés et s'appuie sur un échange de bons de commandes informatisés. De même les interfaces avec le service qualité est organisé par un relais via les cadres et des réunions régulière entre la direction de la qualité et les services soignants.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

En fonction de la population accueillie, de sa mission propre, chaque unité ou service de soins a établi ses propres risques (violence, utilisation de toxiques, pertes de données sur le patient). Des actions d'amélioration sont mises en place.

Les différents professionnels sont intégrés dans les groupes de travail thématiques de l'établissement. La représentativité dans les groupes recouvre les différents pôles et les différentes catégories professionnelles. Les groupes participent à l'élaboration des procédures relatives à leur domaine.

Les différents services et secteurs sont associés à l'évaluation des thématiques relatives à la prise en charge du patient (accueil et prise en charge du patient, continuité des soins, urgences vitales, état nutritionnel, risque suicidaire, éducation thérapeutique). Les professionnels participent à l'évaluation des thématiques les concernant ainsi qu'à la définition des actions et de leur mise en place.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les différents services disposent des ressources en personnels et en compétences en adéquation avec leurs besoins. Les tableaux de présences des personnels soignants permettent de s'assurer que le nombre de personnes effectivement présentes répond aux besoins des unités. Le niveau de compétence est garanti par des formations régulières généralistes sur la psychiatrie (entretien infirmier par exemple) et par des formations spécifiques sur des techniques de prises en charge (en addictologie, en remédiation cognitive, ...).

Les soignants sont formés aux urgences vitales (AFGSU).

Une formation interne est réalisée par le service de médecine générale sur l'utilisation des chariots d'urgence, sur l'utilisation du MEOPA, sur la réalisation d'ECG à l'entrée du patient.

L'établissement a un service de médecine somatique qui permet une prise en charge des patients sous forme d'examen somatiques mais aussi d'examen de prévention (gynécologie) et de prise en charge des urgences vitales.

Dans toutes les unités, tant infra-hospitalière qu'extra-hospitalière, les procédures sont disponibles sur la Gestion Électronique des Documents. Les documents papiers constitutifs du dossier sont disponibles dans toutes les salles de soins.

Des documents d'information sont à la disposition des patients.

Le système d'information est en place avec un dossier patient informatisé et partagé par toutes les structures du Centre Hospitalier Daumézou.

Un chariot d'urgences vitales est présent dans toutes les unités, il est contrôlé régulièrement par les soignants.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge prévue est mise en place au niveau de chaque unité de l'établissement. Le dispositif d'accueil est adapté tant au lieu de la première demande, qu'à la pathologie ou au mode d'entrée du patient.

Pour les patients se présentant en urgence, une structure dédiée est en place (CPAU) qui permet de faire le relais avec les différents lieux de prises en charge du CH Daumézou à savoir les services d'hospitalisation temps plein, les CMP.

Les CMP ont mis en place un accueil téléphonique qui permet de répondre à toutes les demandes leur arrivant.

L'établissement assure une présence médicale et soignante aux urgences du Centre Hospitalier Régional

d'Orléans.

Quel que soit le lieu de premier contact avec le Centre Hospitalier Daumézon, un premier entretien infirmier est effectué. Cet entretien donne lieu à la saisie des informations administratives et d'anamnèse. En fonction de la pathologie, du degré d'urgence, un entretien par un psychiatre est mis en place. En cas de besoin, les patients sont adressés au CPAU ou bien sont hospitalisés directement dans les unités d'hospitalisation temps plein.

Une évaluation initiale est faite par les infirmiers et par les psychiatres. Cette évaluation initiale est consignée dans le dossier du patient soit dans sa partie informatisée soit dans sa partie papier. Une réévaluation de l'état de santé est assurée de façon régulière tant dans les services temps plein, que dans les structures de jour ou dans les lieux de consultations externes. Cette réévaluation donne lieu à un écrit dans le dossier du patient. Un projet de soins personnalisé, concerté est réalisé, intégrant la réflexion bénéfices/risque est mis en place.

Une évaluation de l'état somatique est faite par le dispositif de soins somatiques de l'établissement. Pour les patients pris en charge en ambulatoire, l'équipe s'assure que le patient a un médecin traitant et qu'il s'y rend régulièrement. Néanmoins, l'évaluation initiale du patient ne comporte pas systématiquement de volet somatique : lors des audits des patients traceurs (un patient adulte en unité de crise et un adolescent dans le dispositif d'accueil des adolescents) il n'a pas été retrouvé d'évaluation somatique initiale, les soignants et le médecin confirmant que ces examens ne sont pas programmés pour tous les patients.

La continuité de la prise en charge est assurée par des réunions de synthèse hebdomadaire dans toutes les structures en présence du psychiatre référent et de l'équipe de soignants. Lors des relais, une synthèse en présence de l'équipe où sera pris en charge le patient est faite. De plus, une fiche de transmission fait un relevé des principaux axes du séjour et des objectifs pour la prise en charge. Pour les données médicales, un courrier de sortie est fait pour tous les séjours et le lien entre les structures intra et extra hospitalières est assuré par le dossier du patient informatisé.

La prise en charge des urgences vitales est assurée par le service de médecine somatique de l'établissement. En dehors des heures d'ouverture de ce service, les urgences vitales sont assurées par les médecins non psychiatres séniors.

Les patients présentant des particularités (addiction, autisme adulte, adolescents, détenus) sont pris en charge par des équipes spécifiques avec des parcours de soins adaptés. Ainsi les patients en alcoologie sont pris en charge en hôpital de semaine sur deux types de séquences différentes, une séquence de sevrage (une semaine) et une séquence de cure (4 semaines). Cependant, la prise en charge des adultes souffrant d'autisme n'est pas toujours conforme aux bonnes pratiques : dans le Centre de Jour pour Personnes Autistes Adultes, des packings (enveloppements froids) peuvent être réalisés pour un patient en dehors de tout protocole de recherche comme le demandent les recommandations de bonnes pratiques.

Une attention est portée sur les troubles de l'état nutritionnel avec un recueil du poids et de la taille pour tous les patients et un nouveau recueil du poids le cas échéant. Ces constantes sont consignées dans le dossier informatisé et se retrouvent dans l'écran de prescription.

Le risque suicidaire a fait l'objet d'une EPP qui a débouché sur une première fiche de recueil. Cette fiche sert de guideline pour les entretiens infirmiers lors de la première rencontre avec les patients. L'EPP se poursuit avec la recherche d'une optimisation du recueil et en particulier l'utilisation d'échelles spécifiques.

Des programmes d'éducation thérapeutiques sont réalisés par le Centre Hospitalier Daumézon (pour les schizophrènes et pour les patients alcooliques). L'établissement a connaissance des autres programmes d'éducation thérapeutique sur le territoire de santé.

La sortie du patient est organisée avec une réunion de synthèse, la rédaction d'une fiche de liaison, d'un courrier de sortie et la prise en compte de la dimension sociale par les assistants des services sociaux.

Vis-à-vis de la prise en charge du patient, les circuits sont organisés et mis en œuvre entre les différents intervenants et les différents lieux de soins. Les interfaces avec les services techniques (bons de commande de travaux) mais aussi avec les services administratifs et la qualité sont opérationnels (passages dans les unités du service qualité, relais par les cadres de proximité, lettre d'information, mail pour les nouveautés).

Les instances qui gèrent la prise en charge du parcours du patient sont opérationnelles en particulier la "commission des soins" qui se réunit au moins quatre fois par an et qui édite ses comptes-rendus diffusés aux différents soignants. Il en est de même pour le CLUD, le CLAN. La CME et la CSIRMT intègrent dans leurs plannings la prise en charge du patient et valident les propositions faites par les différents groupes de travail.

Les différentes interventions des soignants médicaux et non médicaux sont inscrites dans le dossier du patient sous sa forme papier ou sa forme informatisée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue le parcours du patient à travers des indicateurs normalisés (dont le critère 5 de l'indicateur dossier patient : "Présence d'un suivi médical hebdomadaire psychiatrique du patient au cours du séjour", le critère 4 "Présence d'un examen psychiatrique fait par un médecin dans les 24 heures après l'admission avec un contenu minimum"), le suivi des fiches d'événements indésirables relatifs au parcours du patient comme le nombre de suicides de patients.

L'évaluation du dispositif est assurée par la commission "parcours de soin".

Un bilan de la mise en œuvre des actions d'amélioration est assuré et transmis aux instances de l'établissement (CMER, CSIRMT, directoire). Ce bilan est réalisé annuellement.

A / AGIR

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

La commission "parcours de soin" réajuste le programme d'amélioration et les plans d'actions relatifs au parcours du patient lors de chaque réunion.

Les modifications sont articulées avec le programme qualité gestion des risques institutionnel sous le contrôle du service qualité.

Les résultats sont communiqués aux professionnels par la lettre de la qualité interne mais aussi par une information personnelle via le mail de chaque agent et lors de réunions de fonctionnement de chaque unité par le cadre du service.

De plus le service qualité lors de ses rencontres avec les différents services met en avant les modifications apportées aux procédures en lien avec les évaluations et les plans d'actions.

Les résultats sont communiqués aux usagers via les réunions de la CRU.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

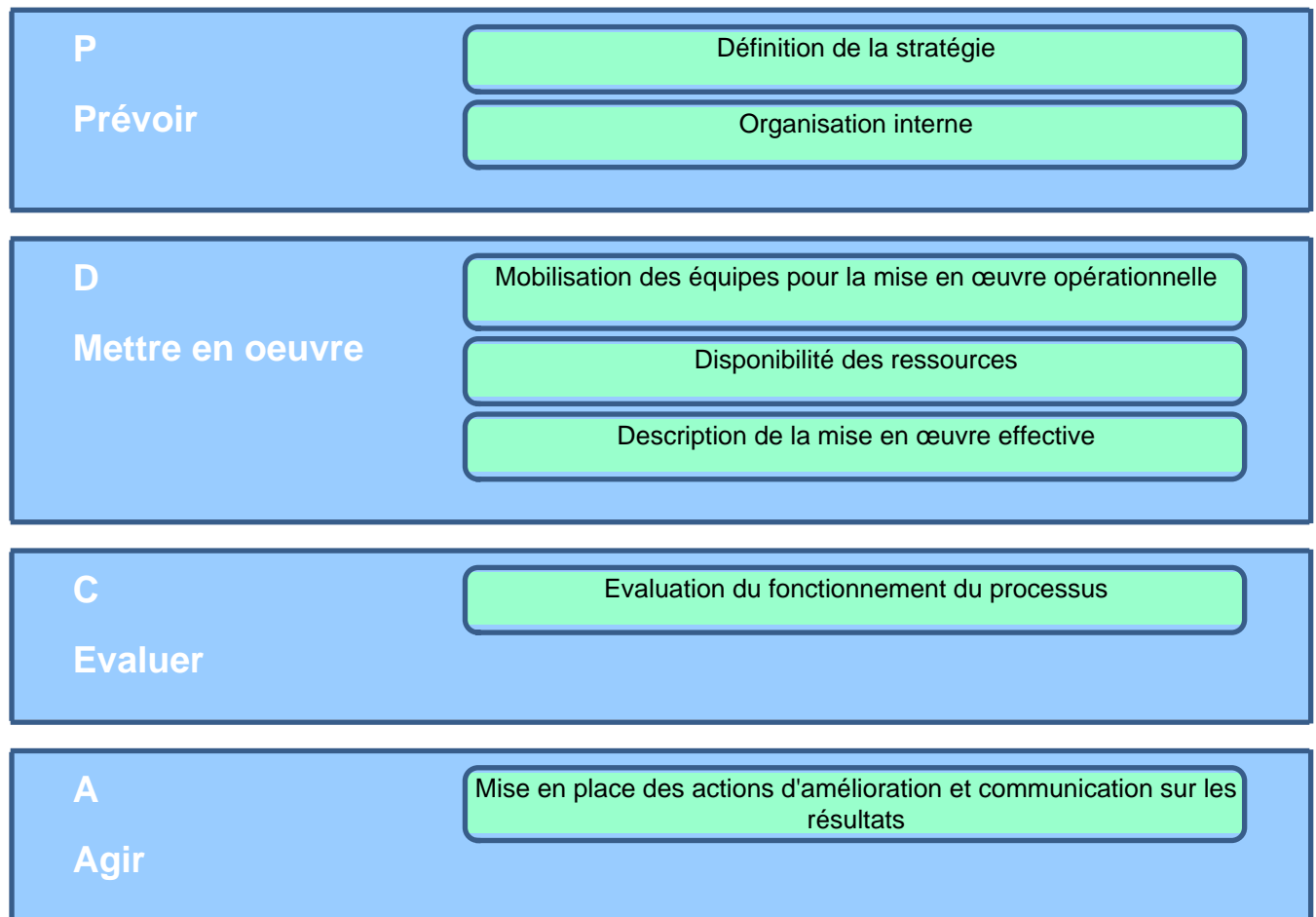
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à évaluer le niveau de maturité de l'établissement sur la mise en œuvre de sa politique de prise en charge de la douleur en fonction des besoins et des risques identifiés et des exigences de la loi du 4 mars 2002.

Elle évalue, au regard des objectifs fixés, la mise en œuvre des actions d'amélioration et les résultats obtenus. Elle s'assure de la mise à disposition des moyens (ressources affectées, formation des professionnels, mise à disposition des outils d'évaluation adaptés...) et des actions de surveillance pour s'assurer du respect de la mise en œuvre des protocoles, de la traçabilité de l'évaluation, de l'utilisation des différents outils...

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini des éléments de politique d'amélioration de la prise en charge de la douleur, dans un document appelé "règlement intérieur: Mission et fonctionnement du CLUD". Des axes de politiques sont mis en avant tels que : le renforcement du rôle du CLUD, le développement des protocoles dédiés, leurs diffusion, l'installation de correspondant douleur, l'évaluation régulière du dispositif. Néanmoins, la politique relative à la prise en charge de la douleur n'aborde pas l'ensemble des publics concernés : la politique de prise en charge de la douleur n'intègre pas les besoins spécifiques des personnes âgées.

La politique est validée par les instances (CME, CSIRMT, Directoire).

La politique et l'identification des risques se déclinent en plans d'actions. Un plan d'actions a été élaboré consécutivement à la visite de certification V2010. Puis, ce plan a été ré-évalué chaque année afin de le ré-ajuster pour l'année à venir. Ainsi, pour 2015/2016, quatre risques majeurs ont été identifiés et ont fait l'objet de 11 propositions d'actions.

Le projet d'informatisation du recueil de la traçabilité de l'évaluation de la douleur est complet, avec un déploiement défini sur l'ensemble des structures intra-hospitalières.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur s'appuie sur le CLUD fondé en 2008 associant psychiatres, médecin généraliste, pharmacien, Cadres supérieurs, médecin DIM, directeur des soins, représentant du service qualité, psychologue, infirmiers correspondants et représentant des usagers.

Des correspondants Douleurs sont nommés et leurs missions sont définies dans un document intitulé "Rôle et missions du correspondant douleur".

Les procédures relatives aux différentes modalités de prise en charge de la douleur sont rédigées, validées et diffusées. Ainsi sont définies:

- Evaluation systématique de la douleur à l'entrée du patient,
- Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë chez le patient adulte,
- Procédure de prise en charge de la douleur liée aux soins (chez les patients adultes et enfants >15 ans),
- Prise en charge non médicamenteuse de la douleur,
- Bon antalgique au bon moment,
- Évaluation de la douleur.

Les outils d'évaluation de la douleur sont choisis par le CLUD en lien avec les correspondants douleur, le service de médecine somatique et le pharmacien. Leur déploiement est coordonné par le CLUD en lien avec la direction des soins et l'encadrement.

Des journées de formation/information ont été prévues en 2015 :

- Formations des correspondants douleur au Centre d'évaluation du CHR d'Orléans,
- Informations/formation auprès des équipes d'encadrement,
- Information auprès des nouveaux arrivants.

Le CLUD élabore et coordonne la diffusion de la plaquette d'information destinée aux usagers "La douleur osez en parler". Mais, les actions d'éducation du patient à la prise en charge de la douleur ne sont pas programmées dans l'établissement : le programme d'actions du CLUD ne prévoit pas cette démarche.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, l'encadrement de chaque secteur d'activité s'assure de la diffusion de la démarche institutionnelle par des réunions sur les différentes unités de soins en lien avec les correspondants douleurs de leur pôle. Le management s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.) à l'aide des indicateurs dédiés (traçabilité de l'évaluation). Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Elles sont identifiées par l'encadrement avec la participation des professionnels et à l'aide du DIM. Les pilotes du processus, au nom du CLUD, interviennent régulièrement auprès des équipes soignantes et médicales au sein des unités de soins afin de promouvoir la prise en charge de la douleur.

Un portail collaboratif disponible sur l'intranet, et dédié à la prise en charge de la douleur, permet une communication inter active avec l'ensemble des professionnels de l'établissement en faisant la promotion de cette démarche.

Depuis début 2016, l'utilisation du MEOPA pour les patients hospitalisé est mis en œuvre afin de déployer son offre à l'ensemble.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La traçabilité de l'évaluation de la douleur est facilitée par le déploiement du dossier patient informatisé. Une page dédiée au recueil des constantes et l'évaluation de l'IMC permet également la saisie d'évaluation de la douleur et son suivi.

Les procédures, protocoles, fiches de bon usage des antalgiques, concernant la prise en charge de la douleur sont disponibles dans la gestion documentaire de l'intranet et éditées sur support papier par l'encadrement si besoin pour présentation.

Un "accès portail collaboratif prise en charge de la douleur" permet de retrouver toutes les informations diffusées par le CLUD notamment ses missions, actions et leur suivi, ainsi que celles des correspondants douleur, les diffusions d'articles relatives à cette thématique, l'organisation de journée de formation/ information hors établissement.

Les échelles d'évaluation de la douleur (EVA, EN, EVS, DOLOPLUS) sont disponibles dans toutes les unités de soins intra et extra hospitalières.

La plaquette "la douleur osez en parler" dédiée à l'information de la prise en charge de la douleur adressée aux usagers, est disponible auprès des soignants des unités de soins et dans les salles d'attente.

Les correspondants douleur sont identifiés dans chaque pôle et un temps dédié pour assurer leur mission est organisé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

En unité d'hospitalisation, l'évaluation de la douleur du patient est effectuée par l'infirmier, et parfois par le médecin somaticien, lors de l'admission ou dans les 24h qui suivent. Le suivi de sa réévaluation est facilité par la saisie dans le dossier patient informatisé.

En cas de repérage de la douleur le médecin somaticien de l'équipe dédiée est sollicité ainsi que le pharmacien, pour prescription ou ajustement de traitement antalgique. Si besoin le Centre d'évaluation du traitement de la douleur du CHR d'Orléans est sollicité pour avis et conseil.

Des prises en charge non médicamenteuses sont prescrites pour certains patients algiques.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la qualité de la prise en charge de la douleur en unités d'hospitalisation intra hospitalières est assurée par des indicateurs en lien avec les indicateurs IQSS, tel que l'audit réalisé en 2014 sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur.

Depuis le dernier trimestre de 2015, le DIM effectuée via le dossier patient informatisé, un suivi hebdomadaire par unité d'hospitalisation de la traçabilité de l'évaluation effectuée à l'entrée du patient. Les résultats sont ensuite communiqués au cadre de santé de l'unité par courriel.

Le CLUD procède à une évaluation annuelle du dispositif de prise en charge de la douleur mis en place au sein de l'établissement. Toutefois, il n'est pas organisé d'évaluation de la traçabilité de l'évaluation de la douleur sur les structures extra hospitalières : le dispositif d'évaluation de ce processus n'a pas programmé de mesure de cette pratique ni lors des précédentes démarches, ni lors des futures démarches.

A / AGIR

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

Lors de l'évaluation annuelle du dispositif de prise en charge de la douleur, le CLUD a redéfini son plan d'action en 7 points comme tel:

- Travailler sur la continuité de la prise en charge à la sortie du patient avec un résumé de la prise en charge somatique,
- Développer l'utilisation du MEOPA pour les patients hospitalisés,
- Améliorer la réévaluation de la douleur de la douleur en cours d'hospitalisation,
- Développer la prise en charge de la douleur chez les patients non communiquant,
- Développer la prise en charge de la douleur chez les enfants,
- Actualiser le portail informatique CLUD,
- Sensibiliser les praticiens hospitaliers à la prise en charge de la douleur en CME.

Le plan d'amélioration fait l'objet d'un suivi structuré et prévoit des actions de communication.

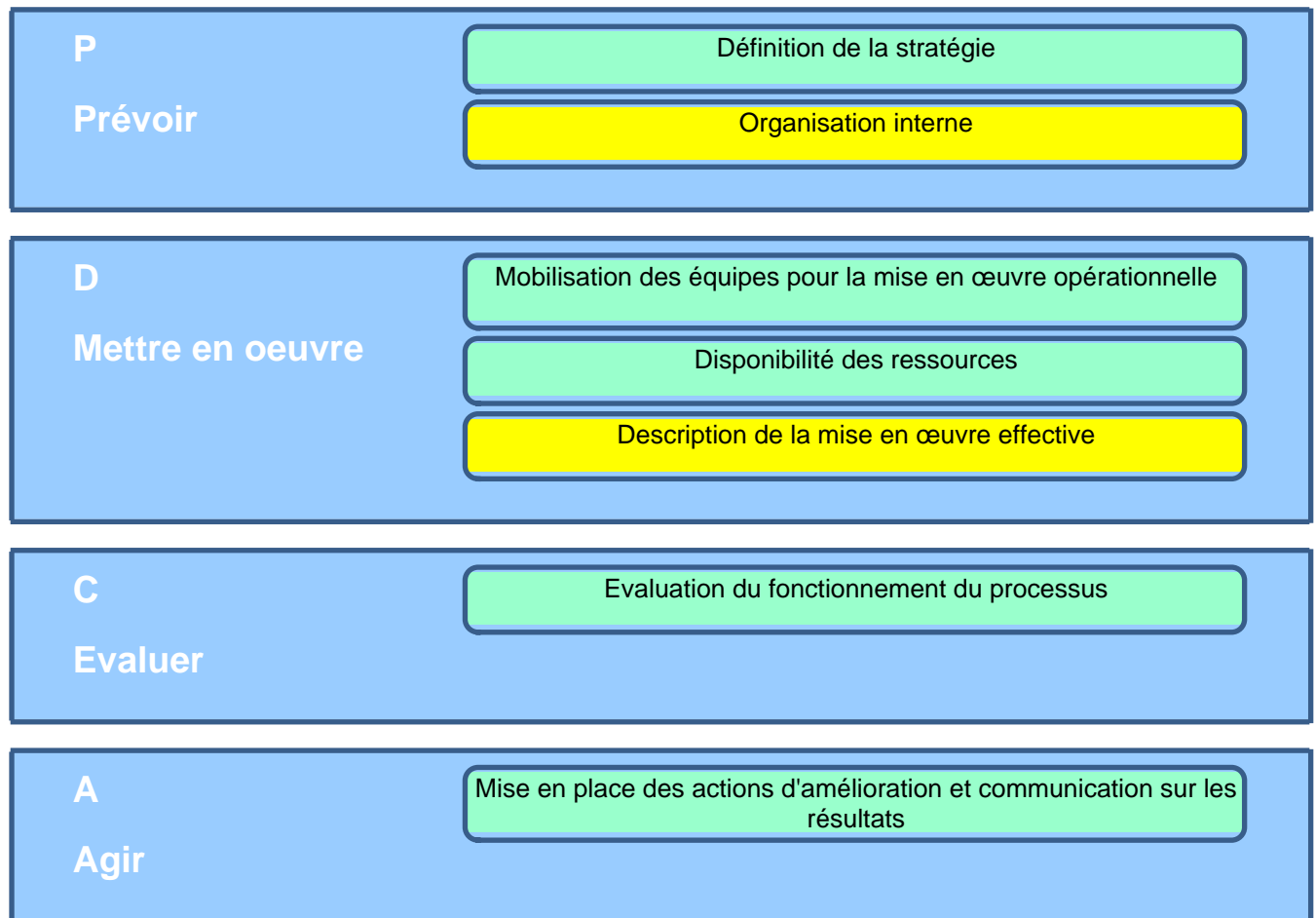
DOSSIER PATIENT

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

Le Schéma Directeur du Système d'Information constitue le chapitre 6 du Tome 2 du Projet d'Etablissement 2010-2014 (Projets associés au Projet Médical).

Son axe 1 prévoit, sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement, une extension de l'utilisation du Dossier Patient Informatisé introduit dans l'établissement en 2002 et dont seulement deux fonctions étaient développées en 2010 : la mesure de l'activité et le circuit du médicament.

Le document définit un programme d'actions à mettre en œuvre ; celui-ci est ordonné autour de 4 phases d'action successives et assorti d'un macro-planning sur 5 années.

Une note de service en date du 24 juillet 2012, cosignée par le Directeur et le Président de la CME et dont le contenu a été voté par cette instance, actualise les orientations politiques et stratégiques autour de deux thèmes : l'augmentation du niveau de l'informatisation du dossier patient d'une part, l'informatisation totale du dossier patient de l'UHSA.

Enfin le CPOM signé pour la période 2012-2016 à partir d'un diagnostic partagé faisant apparaître l'appropriation du dossier patient par les professionnels comme un point faible de l'établissement, fixe plusieurs objectifs opérationnels :

- analyse des indicateurs et mise en place d'un plan d'action permettant d'atteindre le score de 80% à terme.
- amélioration de la traçabilité du suivi médical et paramédical dans le dossier patient et prioritairement dans le dossier informatisé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Celui-ci est confié à un binôme constitué par le Médecin responsable du DIM et par un cadre supérieur de santé chargé d'une mission transversale de promotion du dossier en direction des pôles. Les rôles et responsabilités respectives confiées sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des intéressés et dans la fiche de mission des pilotes de processus.

L'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines au travers en particulier de plans de formation structurés mis en œuvre par le DIM, de la mise en place d'un réseau de référents et de l'affectation à temps plein d'un cadre de santé au DIM mais aussi en termes de ressources matérielles (équipements système et postes ordinateurs dans les unités).

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Elle repose tout particulièrement sur la mise en place d'un Comité de Suivi qui suit l'état d'avancement du DPA et propose les évolutions modulaires et d'un Comité Stratégique comprenant le DIM, les Chefs de Pôle, les Cadres Supérieurs de Santé, le Président de la CME et des représentants de la Direction. Celui-ci priorise les actions à conduire. Le logiciel de gestion administrative et le progiciel support du dossier patient sont par ailleurs interfaçables.

L'accès du patient à son dossier est organisée par un protocole « communication du dossier patient » en version 4 en date 26 mai 2014; l'information quant à ses droits d'accès est assurée par de multiples supports et notamment le Livret d'accueil. Par ailleurs, l'établissement a mis en place un formulaire d'accès au dossier pour favoriser les démarches de certains patients peu enclins à rédiger une lettre destinée à la Direction.

Le dossier patient comporte une partie informatisée et une partie constituée de pièces « papier ».

Les règles relatives à la gestion du dossier patient sont formalisées dans différents documents :

- guide d'utilisation et de gestion du dossier patient en date du 12 juillet 2007
- document non daté et non signé relatif à la responsabilité des intervenants dans la tenue du dossier patient
- plusieurs procédures ou protocole à dimension technique (accès étendu au DIP au Centre d'Urgences et dans le cadre de la garde, saisie des données dans le progiciel-vecteur, validation des données, demande d'accès au dossier....)
- multiplicité de fiches relatives au dossier de soins infirmiers.

Ces règles sont accessibles aux professionnels dans la mesure où elles sont diffusées via l'outil de gestion documentaire.

En revanche, elles ne sont pas exhaustives.

Les règles de gestion du dossier patient, accessibles aux professionnels via le logiciel de gestion documentaire, ne sont pas exhaustives. Aucune règle n'est établie et a fortiori formalisée en ce qui concerne les contenus respectifs des parties papier et informatique.

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'établissement met à disposition des professionnels différents outils favorisant la gestion du dossier patient ; ils bénéficient ainsi depuis 2003 d'une Charte d'utilisation du dossier patient informatisé dont ils attestent par écrit de façon individualisée avoir pris possession.

Un réseau de référents est en place afin de sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Ainsi un audit de tenue du dossier est réalisé chaque mois et les résultats en sont diffusés par messagerie en direction des Pôles.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des formations de 3 jours sont mises en place pour les nouveaux arrivants, des formations spécifiques par modules sont réalisées ainsi que des formations régulières de remise à niveau (10 % de l'effectif est concerné chaque année). Les professionnels rencontrés dans les unités évoquent les démarches de démultiplication conduites par les référents et plus largement de l'aide apportée par l'encadrement ou des collègues plus anciens. Certains rappellent qu'ils ont bénéficié de pré-formations lors de périodes de stages et formation des professionnels à la gestion du dossier patient préalables à leur recrutement.

D'une façon systématique les Pôles et Unités disposent d'ordinateurs en nombre suffisant pour la tenue de la partie informatisée du dossier et de rangements adaptés en termes d'ergonomie et de sécurisation pour la partie papier des dossiers.

Toute la documentation est accessible par voie électronique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

D'une façon générale, le secteur connaît l'organisation définie et met en oeuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

Les interfaces sont opérationnelles ; en particulier, celle relative à l'articulation des dossiers administratifs et patients est mise en oeuvre au travers d'un numéro identifiant unique. La transmission électronique des résultats des examens réalisés par le Centre Hospitalier Régional d'Orléans se fait par voie électronique. On observe que les professionnels savent utiliser au quotidien le progiciel Dossier patient dans leurs pratiques.

Afin de communiquer les éléments de la prise en charge entre les structures des résumés de sorties et des fiches de liaisons existent.

Les Comités de Suivi et de Gestion du Dossier Informatisé se réunissent régulièrement ; les réunions donnent lieu à comptes-rendus qui sont diffusés.

Toutefois,

-la traçabilité des activités réalisées n'est pas parfaitement assurée

-les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier ne sont pas systématiquement respectés.

-des risques et des situations de rupture se manifestent dans la communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes

La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps utile dans le

dossier du patient n'est pas parfaitement assurée. Au vu, d'une part des résultats de l'indicateur tenue du dossier patient (IPAQSS) et, d'autre part, des audits internes réalisés chaque mois et objets de tableaux de suivi diffusés aux services, on constate la persistance de défaillances dans la traçabilité de certains actes ou dans la tenue du dossier.

Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier ne sont pas systématiquement respectés. Le Rapport annuel d'activité de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge fait apparaître qu'en ce qui concerne les dossiers de moins de 5 ans sur 63 demandes effectuées en 2014, seulement 28 ont été réalisées dans les délais légaux. Le délai moyen de réponse tend toutefois à se réduire depuis 2012.

En ce qui concerne les dossiers de plus de 5 ans, sur 14 demandes, seules 17,5 % ont été satisfaites dans le délai légal.

Des risques et des situations de rupture se manifestent dans la communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge. Les personnes suivies en soin disposent d'un dossier papier particulier pour chacune des séquences de prise en charge et celui-ci étant archivé au terme de la séquence dans une archive de Pôle voire d'Unité (Unité Van Gogh par exemple), il est extrêmement difficile de retrouver des pièces clés comme le document support de la désignation de la personne de confiance ou l'historique détaillé de certaines examens médicaux (EEG).

Cette multiplicité des points d'archivage rend difficile la perception de la trajectoire exhaustive de prise en charge du patients dans le temps ; concrètement l'historique des séquences de prise en charge est quasi-exclusivement recherché avec les données de la partie informatisée.

Cette situation a généré par ailleurs la mise en place d'un protocole de circulation des éléments du dossier patients entre les différentes structures intra ou extra hospitalières.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Outre le suivi de différents indicateurs régionaux ou nationaux de type IPAQSS en lien avec le processus du dossier patient, l'Etablissement de Santé met en place des requêtes spécifiques permettant le suivi régulier de différents items (surveillance de de l'observance de la mesure de la douleur dans les unités d'Hospitalisation à temps complet, perception des risques liés à la rupture de la confidentialité...).

La satisfaction des usagers du système est réalisée lors des nombreuses formations dispensées par les professionnels du DIM.

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients est réalisée par le secrétariat de la direction qui enregistre les demandes et coordonne la préparation des réponses. Des indicateurs liés aux différents motifs de retards sont suivis indicateurs et la CRUQPC est associée à cette évaluation.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en place à partir du travail de sensibilisation aux résultats IPAQSS de la CME et de différentes autres instances qui sont informées des évaluations réalisées. Il est possible d'évoquer par exemple la mise en place d'un formulaire d'accès au dossier, la rédaction d'une procédure relative à la circulation du dossier patient ou le renforcement de la formation au progiciel support de la partie informatisée du dossier patient.

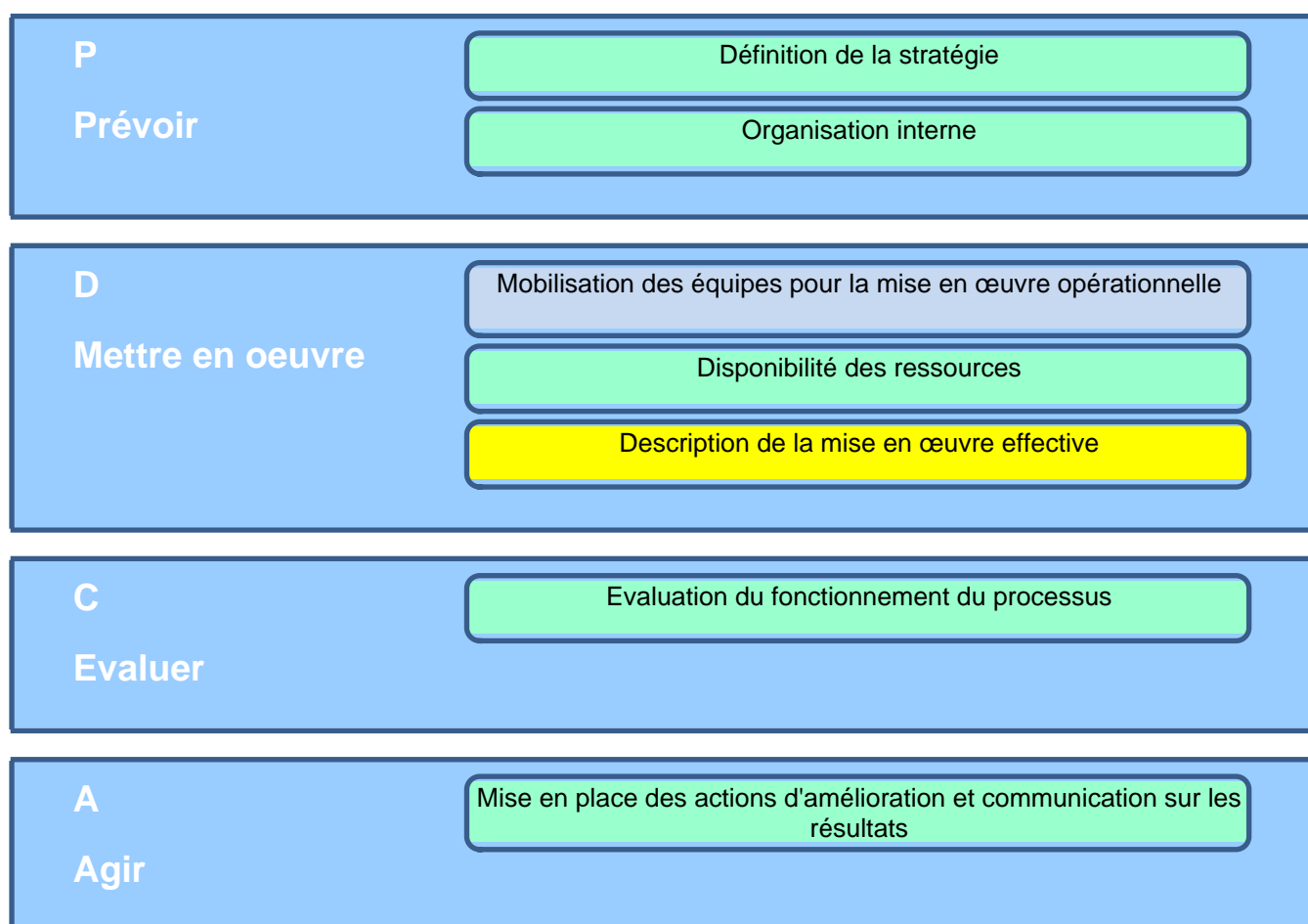
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

L'établissement a défini des éléments de politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse, dans un document "politique de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse au CHD G. Daumezon" couvrant la période 2013 à 2016 et qui reprend les axes réglementaires (arrêté du 6 avril 2011). Il s'appuie sur les audits internes relatifs au circuit du médicament. Des axes de politiques sont mis en avant, entre autres, formaliser et adapter l'organisation au regard de la réglementation, informatiser le circuit du médicament, accéder à une information fiable sur le processus du circuit du médicament, évaluer le niveau de conformité des pratiques à toutes les étapes à l'aide d'indicateur, former les professionnels aux pratiques garantissant la sécurité du processus, supprimer les facteurs de risques à toutes les étapes du processus. Néanmoins, l'établissement ne dispose pas d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en vue notamment de réduire la morbidité.

La politique est validée par les instances (CME, CSIRMT, Directoire).
Une cartographie est réalisée depuis 2013.

La politique et l'identification des risques se déclinent en plan d'actions. Le compte qualité reprend les risques identifiés et définit ses actions :

En l'absence des droits d'accès, impossibilité d'obtenir ou de vérifier la validité des prescriptions,
Remontée d'ordonnances en cas de ré-hospitalisation,
Erreur de traitement lors des permissions par les patients,
Inadaptation de la prescription en lien avec l'absence de politique de règles de prescription et de surveillance pour les sujets à risques (analyse pharmaceutique sur les sujets âges extrêmes),
Inadaptation de la prescription liée à la méconnaissance des Antécédants et du traitement en cours à l'entrée (Bilan d'entrée + préparation à la sortie),
Administration: erreur de médicament de pilulier.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse s'appuie sur un groupe pluri professionnel associant des psychiatres, les médecins somaticiens, le pharmacien, les préparatrices en pharmacie, la cadre de santé référente de la prise en charge du médicament, l'encadrement supérieur.

Les dotations pour besoins sont prévues dans les différentes unités.

Pour les situations d'urgence, un mode opératoire décrit les modalités d'approvisionnement en produits pharmaceutiques en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie grâce à la continuité de service assurée par l'astreinte du pharmacien 24h/24h.

Les procédures relatives aux différentes étapes du médicament sont rédigées, validées et diffusées. Elles concernent : Circuit du médicament prescription en hospitalisation, gestion des stupéfiants en hospitalisation complète, prescription, dispensation des antibiotiques à visée systémique, gestion du traitement personnel du patient, dispensation ponctuelle à la pharmacie, bonnes pratiques pour la préparation et l'administration du médicament, traçabilité de l'administration des médicaments, commande, dispensation, stockage des médicaments et dispositifs médicaux à l'UHSA, dispensation des médicaments aux unités d'hospitalisation à temps complet, gestion des clés salle de soins armoire à pharmacie, gestion des médicaments stupéfiants en hospitalisation complète, signalement et traitement des incidents et risques d'incidents liés au circuit du médicament et dispositifs médicaux.

Un certain nombre de formation sont organisées au sein du plan de formation : les étapes du circuit du médicament, circuit du médicament formation cadre exerçant en structure ambulatoire, formation des nouveaux arrivants, formation à l'utilisation du chariot d'urgence, les médicaments en psychiatrie, démarche de conduite de CREX. Les responsabilités des professionnels pour ce processus sont définies par métier dans le document: "responsabilités dans le cadre du circuit du médicament".

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, l'encadrement de chaque secteur d'activité s'assure de la diffusion de la démarche institutionnelle par des réunions sur les différentes unités de soins. Le management s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.). Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Elles sont identifiées par l'encadrement avec la participation des professionnels. Chaque pôle et unité de soins bénéficient de la disponibilité de

la cadre de santé référente de la prise en charge du médicament en mission d'appui, d'information et de formation.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'informatisation du circuit du médicament est complète depuis la prescription jusqu'à l'administration pour l'intégralité des unités de soins en intra et extra hospitalier. En cas d'urgence, si un médicament s'avérait nécessaire, les soignants peuvent s'approvisionner auprès des autres unités de soins ou directement à la PUI en appelant le pharmacien d'astreinte. Des stocks tampons sont mis en place dans toutes les unités ainsi qu'un stock à la pharmacie accessible en dehors des heures d'ouverture de celle-ci par le pharmacien d'astreinte.

La permanence pharmaceutique est assurée par la présence d'un pharmacien 6 jours par semaine et la continuité de service 24/24h par une organisation d'astreinte de celui-ci.

Pour chaque étape du circuit du médicament, les personnes habilités sont en nombre suffisant (préparateurs à la PUI, IDE pour assurer l'administration, pharmacien pour assurer l'analyse pharmaceutique).

Les règles et supports de prescriptions sont validés par la CME : les autorisations de prescriptions sont déterminées en fonction du grade du médecin (sénior ou interne).

Des outils d'aide à la prescription sont accessibles depuis le logiciel métier.

La liste des médicaments à risque est élaborée et ré actualisée si nécessaire. Elle permet d'effectuer un rappel de bonne utilisation de celui-ci lors de sa dispensation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La continuité de la prise en charge médicamenteuse est assurée à l'entrée où tous les médicaments sont repris si nécessaires dans la prescription informatisée.

Toutes les ordonnances sont analysées par le pharmacien qui a accès aux données du dossier médical dont les données de biologie. A l'accueil où la conciliation se réalise, les médicaments du patient sont recueillis et stockés dans un rangement dédié après marquage.

Puis, à la sortie, le patient se voit remettre ses médicaments personnels après validation du médecin et si besoin, après avis du pharmacien.

Les préparatrices assurent une dispensation nominative hebdomadaire ou "re globalisée" avec une double vérification des produits et des quantités délivrées.

Le transport est assuré dans des caisses sécurisées.

Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments (hygiène, sécurisation, chaîne du froid, etc.), particulièrement des médicaments à risque sont respectées.

L'administration des médicaments se fait par du personnel habilité. Mais, les règles de bonne pratique de préparation ne sont pas respectées : l'infirmier qui administre n'utilise pas le support numérique de la prescription mais aussi, et en première intention, une édition papier de celle ci compilée dans un classeur positionné sur le chariot à médicaments.

L'administration est faite en salle de soins. La traçabilité est assurée en temps réel sur le même outil informatique que celui qui permet la prescription.

Les armoires à pharmacie respectent un rangement défini par le COMEDIM et la PUI, par ordre alphabétique selon une répartition en rapport avec la dispensation soit nominative hebdomadaire, soit "re globalisée". Les infirmiers connaissent et respectent cette organisation.

Une information des patients sur le bon usage des médicaments est délivrée selon les compétences du patient à l'accueil par son médecin, lors de l'administration du médicament en salle de soins par l'infirmier. Un atelier du médicament est proposé dans les services de soins addictions ainsi qu'à l'UHSA.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les événements indésirables en lien avec la prise en charge médicamenteuse sont analysés par le groupe d'analyse des risques à posteriori.

L'évaluation de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est assurée par des indicateurs en lien avec les indicateurs IQSS, telle que la prescription informatisée.

L'établissement organise des audits de pratique tels que :

préparation des médicaments par voie orale en unité de soins, préparation et administration des médicaments, de la prescription à la surveillance des effets des médicaments par voie orale en unité de soins à temps plein. Cependant, l'établissement n'a pas organisé d'évaluation de la prise en charge médicamenteuse sur le dispositif de soins extra hospitalier. Les programmes d'actions jusqu' à 2015 et celui de l'année en cours n'inclut pas d'évaluation du circuit du médicament sur les structures extérieures.

Un CREX a été mis en place afin de traité une problématique de sécurisation de la prise en charge du médicament, en 2015.

L'établissement assure une analyse des consommations des psychotropes.

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont articulées avec le plan d'actions institutionnel sur le Compte Qualité. Le plan d'actions est réévalué en fonction du résultat des audits et de l'évaluation de l'efficacité des actions mises en place.

La communication est assurée auprès du personnel de l'établissement par le support intra net, la lettre de communication institutionnelle et par l'encadrement.