



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
SANTÉ MENTALE ET
COMMUNAUTÉS**

136 rue louis becker
69100 VILLEURBANNE
AVRIL 2017

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	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	19
DOSSIER PATIENT	24
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	28
ANNEXE	32

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

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

ALP ACCUEIL LIAISON PSYCHOTHERAPIE - SMC	
Adresse	136 rue louis becker 69100 VILLEURBANNE
Département / région	RHONE / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	690782172	ASSOC. SANTE MENTALE ET COMMUNAUTES	136 rue louis becker C.m.s. roland lattoni 69100 Villeurbanne
Etablissement de santé	690000567	MAISON D'ACCUEIL PSYCHOTHERAPIQUE - SMC	8/10 rue florian 69100 Villeurbanne
Etablissement de santé	690036587	CATTP POLE JEUNES ADULTES	136 rue louis becker 69100 VILLEURBANNE
Etablissement de santé	690034418	APPARTEMENT THERAPEUTIQUE LA BAÏSSE - SMC	46 rue de la baisse 69100 VILLEURBANNE
Etablissement de santé	690034426	APPARTEMENT THERAPEUTIQUE LE CERISIER - SMC	53 rue des charmettes 69100 VILLEURBANNE
Etablissement de santé	690036579	CMP LOUIS-BECKER	136 rue louis becker 69100 VILLEURBANNE
Etablissement de santé	690036595	CMP LAPS	1 rue pascal 69100 VILLEURBANNE
Etablissement de santé	690035142	ALP ACCUEIL LIAISON PSYCHOTHERAPIE - SMC	136 rue louis becker 69100 VILLEURBANNE

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	22	12

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<p>Conventions de coopération : avec le centre hospitalier Le Vinatier/l'UMA (unité médicale d'accueil), avec l'établissement Saint-Jean-de-Dieu/l'UPUL (unité de psychiatrie d'urgence et de liaison), avec les hospices civils de Lyon.</p> <p>Accord-cadre de coopération signé le 5 novembre 2010 avec le centre hospitalier Le Vinatier. Le centre hospitalier Le Vinatier et SMC ont décidé un rapprochement institutionnel avec la volonté de s'associer pour mieux répondre aux besoins de santé de la population et d'accompagnement social et médico-social des personnes en souffrance ou en situation de handicap psychique.</p> <p>Membre du réseau de prévention des conduites suicidaires du département du Rhône.</p> <p>Membre de la communauté d'établissement COOPSYRHONE : formaliser les complémentarités et développer les coopérations existantes, mutualiser des moyens techniques et humains avec la mise en place d'un DIM commun, améliorer et rationaliser la prise en charge des patients, proposer aux patients et à leur entourage une filière de soin cohérente.</p> <p>Conventions avec le conseil général/2 MDR, la PMI de Bron et de Sainte-Foy-les-Lyon.</p> <p>Convention avec l'hôpital de Sainte-Foy-les-Lyon (maternité) : dispositif relais rapide d'accueil et de suivi pour les patientes.</p> <p>Convention avec le CCAS de Bron : temps d'intervention d'une psychologue au multi accueil Louise-Michel (structure d'accueil petite enfance).</p> <p>Membre du réseau Aurore.</p> <p>Réorganisation de l'offre de soins</p> <p>Membre du réseau Maison des adolescents du Rhône.</p> <p>Membre de l'association Coordination 69 Soins psychiques et réinsertions.</p>
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	Département Offre de soins : Arrêt de l'expérimentation HAD en décembre 2014.
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

L'établissement n'est pas assujéti au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé.

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	MAISON D'ACCUEIL PSYCHOTHERAPIQUE - SMC	A préciser	Programmé	Hospitalisation complète	Santé mentale
2	Jeune adulte	CATTP POLE JEUNES	A préciser	Programmé	Hospitalisation partielle	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

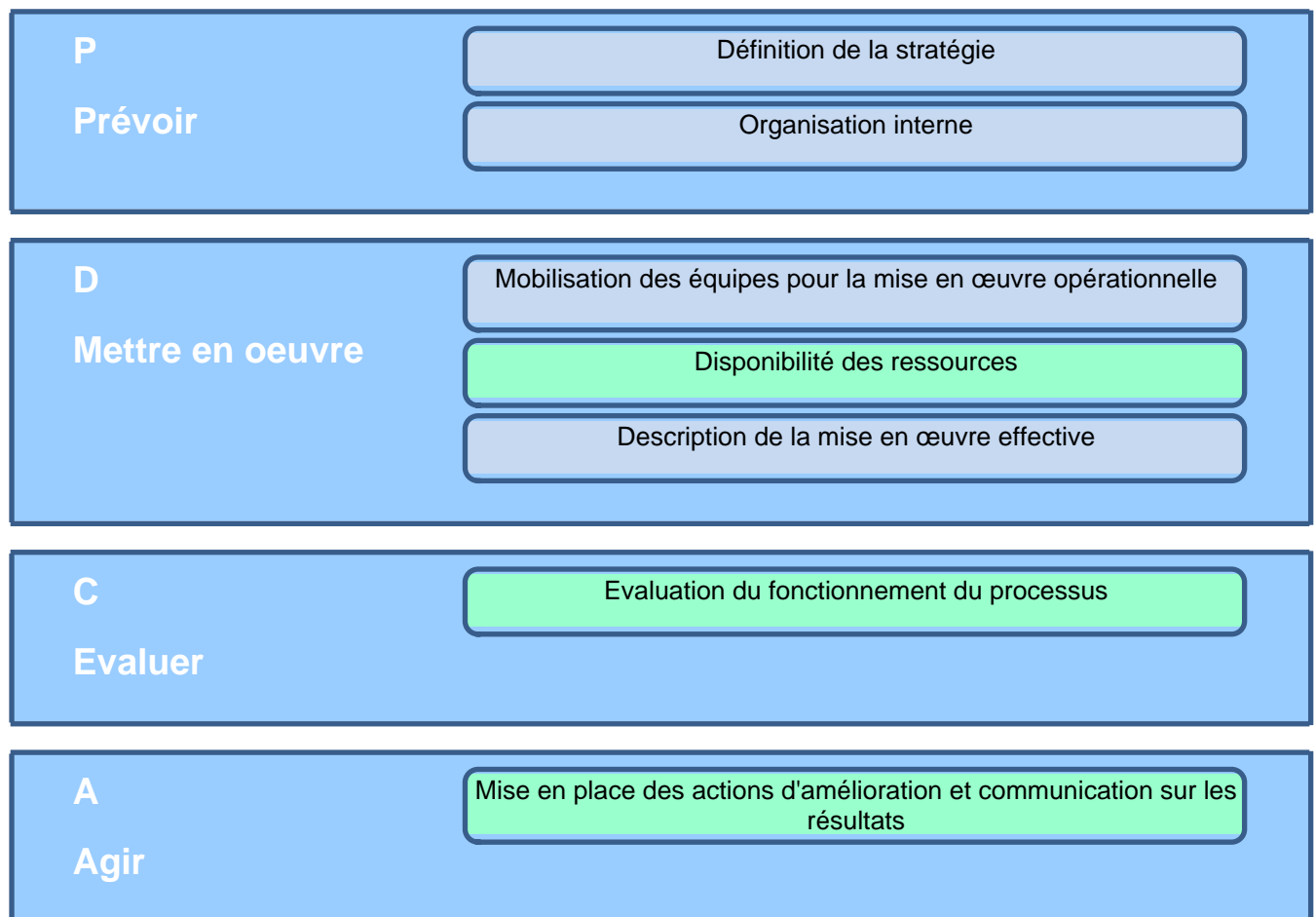
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique Qualité Gestion des risques est formalisée. Elle s'articule autour de plusieurs axes stratégiques prioritaires concernant l'ensemble des dispositifs de l'Association : la poursuite de la formalisation des organisations, le développement des évaluations de pratiques et d'organisation, la poursuite de la mise en place d'une gestion des risques au plus près des prises en charge, en mettant également l'accent sur l'écoute de la personne accueillie et sur la qualité de vie au travail. Une politique EPP est également formalisée ; elle porte sur des thèmes en lien avec les orientations stratégiques et les enjeux des prises en charge. La politique est déclinée dans le PAQSS de l'établissement. Les actions prioritaires sont présentes dans le Compte qualité. Les modalités de mise en œuvre du PAQSS sont définies (actions d'amélioration, pilotes, échéances, état d'avancement, moyens d'évaluation et indicateurs associés). Il est unique et recense l'ensemble des actions relevant de la réglementation, de l'analyse de risques, des instances. Il est validé annuellement en COPIL Qualité Gestion des risques. L'analyse a priori des risques s'appuie sur l'élaboration de cartographies pour chacun des processus. Les risques sont hiérarchisés selon la méthodologie de la HAS, largement explicitée aux professionnels de manière pédagogique. Les risques prioritaires sont développés dans le Compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

La thématique Qualité Gestion des risques est co-pilotée par le Directeur, la Présidente de la CME et le RAQ, sous contrôle du COPIL QGDR qui regroupe la Qualité, les Risques et les Vigilances. Un organigramme formalise le fonctionnement de la Qualité Gestion des risques en relation avec la CME et le CA. Les rôles et responsabilités des pilotes de processus sont formalisés dans des fiches de missions. Les personnes ressources de la Qualité Gestion des risques ont été formées (Directeur et RAQ qui est le gestionnaire des risques). La présidente de la CME est le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. La documentation (procédures, protocoles, fiches techniques) est informatisée dans l'intranet organisant la recherche des documents par thématique. Les procédures sur la gestion des plaintes et réclamations, ainsi que l'analyse de la satisfaction des usagers sont intégrées dans une procédure. La procédure de gestion des Événements indésirables (EI) est formalisée, et la déclaration est informatisée. La procédure indique les modalités de traitement des EI Graves, des EI Récurrents, et mentionne le retour au déclarant. Les plans de crises sont le plan blanc (dernière mise à jour en 2015), et le plan canicule.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison du PAQSS général de l'établissement est faite sous forme de plans d'actions par processus et par prise en charge (HDJ, HC, HAD, Pôle jeunes adultes). Des réunions organisées par le RAQ ont permis de sensibiliser les professionnels à l'approche processus et aux patients traceurs. Ils ont été informés et invités à participer aux analyses a priori des risques. La déclaration des EI est confortée par une charte d'incitation au signalement, et par le retour au déclarant. Les services (dispositifs) mettent en place des EPP, avec une participation des personnels soignants. En cas d'EIG, l'analyse des causes profondes est intégrée dans la culture de gestion des risques. La structure met en œuvre la méthode de l'arbre des causes (analyse des causes racines) pour certains EI sentinelles. Les résultats des audits et des indicateurs sont commentés en réunion hebdomadaire des différents dispositifs, ou lors des réunions inter-dispositifs, ou bien dans le cadre du COPIL QGDR. Des mesures correctives sont abordées et les réunions font l'objet d'un compte-rendu mis à disposition sur l'intranet. La mobilisation des professionnels est importante.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les acteurs de la Qualité Gestion des risques (responsables de thématiques) ont été formés par le RAQ aux cartographies avec analyse des risques a priori, à l'approche processus, aux patients traceurs. Un tableau de bord permet au RAQ de suivre l'évolution de la gestion documentaire, et de sa mise à jour selon les critères définis par l'établissement (5 ans pour les politiques, 2 ans pour les autres documents). Les personnels savent utiliser la GED qui leur permet d'accéder aux protocoles, procédures, et aussi aux comptes-rendus des instances. Le parc informatique des dispositifs de soins permet à tous les agents d'accéder aux systèmes d'information : DPI, GED, FEI, en temps voulu. En cas de panne, il existe des procédures dégradées connues des professionnels, une Hotline est accessible aux horaires ouvrés, et un serveur de secours est disponible.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les événements indésirables (EI) sont relativement peu déclarés en nombre, ce qui a déclenché d'une part la rédaction et la diffusion de la charte d'incitation, et d'autre part, un gros travail d'appropriation de cette démarche a été réalisé afin de faire la distinction entre un EI lié à la PEC et un événement lié à l'histoire du patient. De nombreux débats ont eu lieu dans l'Association pour définir ce qui devait être signalé ou pas. Les professionnels utilisent la FEI informatisée ; ils cotent la fréquence et la gravité. Les actions correctives font l'objet d'un retour au déclarant. Les FEI sont automatiquement routées vers le RAQ et le directeur ; une réunion hebdomadaire entre le RAQ et la Direction permet de passer en revue toutes les déclarations, de corriger la criticité et d'organiser le suivi avec les secteurs d'activité et le retour aux déclarants. Les EIG font l'objet d'une analyse des causes profondes avec rapport à la clé. Les plaintes et réclamations (écrites et orales) sont extrêmement rares (0 en 2015), gérées par la direction avec tenue d'un tableau les référençant et permettant de gérer les délais de réponse aux plaignants. Elles sont instruites avec les professionnels concernés. Elles sont systématiquement présentées en CRUQ. Les questionnaires de sortie sont adaptés à chaque prise en charge, avec suivi des taux de retour par le RAQ. Les analyses sont effectuées par dispositif de soin et diffusées sur l'intranet. Le PAQSS est mis à jour régulièrement suite aux avancées des plans d'actions des instances et des services. Il est présenté lors des COPIL QGDR.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un tableau de bord des EPP. Divers indicateurs sont disponibles, semestriellement, par prise en charge. Ils recensent : les EI par catégories, le taux de retour des questionnaires de sortie, les niveaux de satisfaction. Un tableau de bord des indicateurs de chacun des processus (intitulé de l'indicateur, valeur par mois ou par trimestre) est en place. Des bilans ou rapports d'activité sont réalisés pour chaque thématique.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en place suite à l'analyse des EI ou suite au plan d'actions recensées dans le PAQSS. La communication aux professionnels utilise divers médias : affichages, gestion documentaire (procédures et comptes-rendus d'instances), réunions d'informations.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

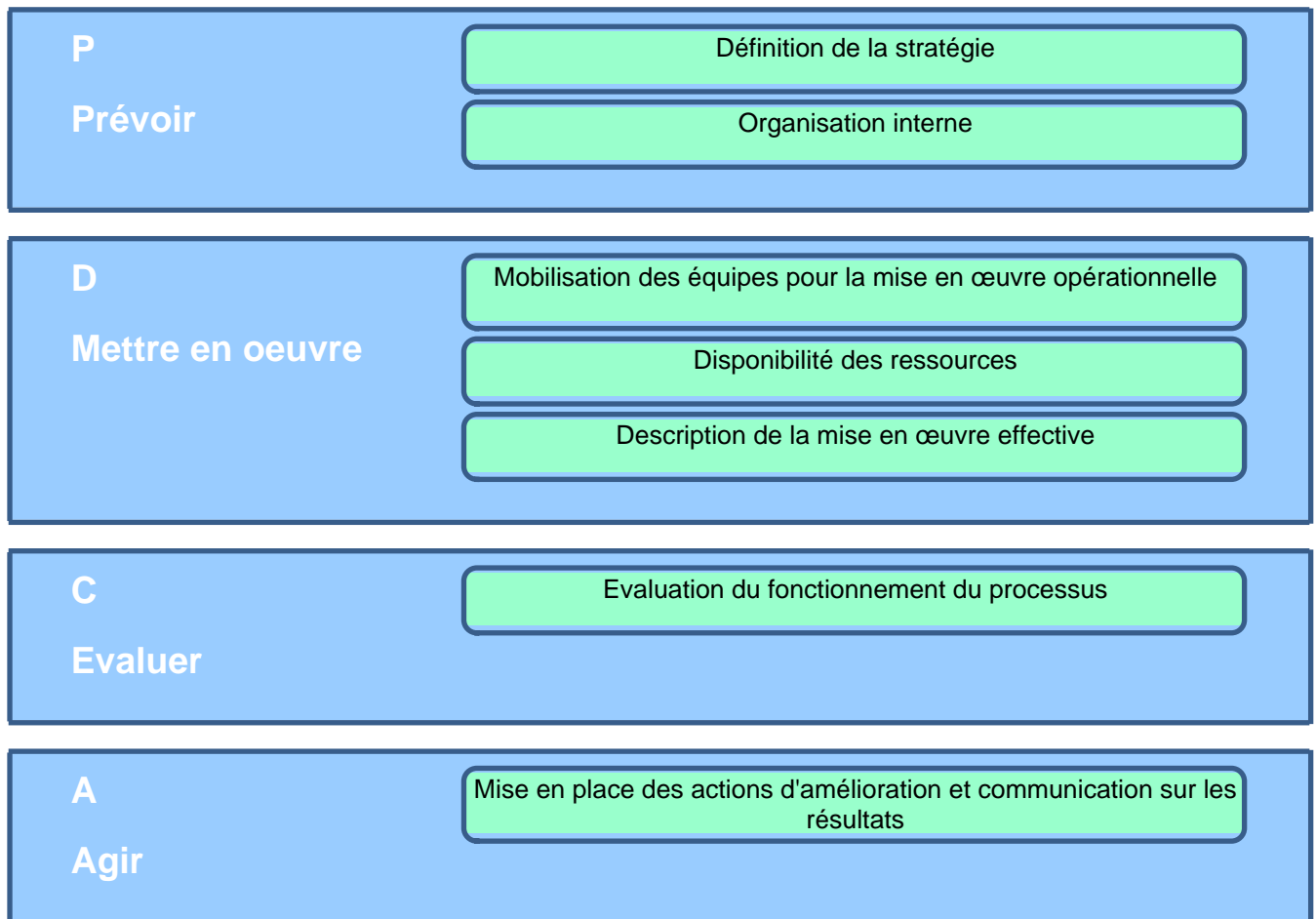
DROITS DES PATIENTS

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

La stratégie de « Santé Mentale Communautés » concernant les droits des patients est formalisée dans les orientations stratégiques, ainsi que dans la politique de bientraitance. L'implication du patient dans son parcours de soins, la promotion de la bientraitance, les missions de la CRUQ, le travail sur la satisfaction du patient et de son entourage font partie des priorités énoncées. Ces priorités ont été définies suite à l'analyse des risques couplée à l'identification des besoins propres aux modalités de prise en charge mises en œuvre dans l'établissement. Les sources de données utilisées par l'établissement pour identifier ses besoins et analyser ses risques sont une cartographie des risques avec une analyse a priori des risques, les fiches des événements Indésirables, les résultats des questionnaires de satisfaction du patient et des proches. Ces risques identifiés ont été hiérarchisés avec les professionnels concernés selon une méthodologie définie ; les priorités reportées dans le Compte qualité sont le risque de défaut d'information du patient et de ses proches, le risque de maltraitance, le risque d'atteinte aux droits des patients, le risque de méconnaissance de la CRUQPC par les patients. Les axes stratégiques et les priorités sont déclinés dans un plan d'actions validé et suivi en CRUQPC et intégré dans le PAQSS de la structure. Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter cette thématique : un psychiatre et deux infirmières sont pilotes. L'organisation prévisionnelle dispose que les professionnels s'impliquent de manière tournante dans les groupes de travail et les instances, ce qui permet à chacun de s'investir à tour de rôle, selon le rythme des certifications. Un groupe de travail composé de professionnels a été mobilisé, pour travailler sur les risques liés aux droits des patients. La CRUQ est organisée depuis 2006 ; ses missions et sa composition sont formalisées. Elle se réunit 2 fois par an. Elle édite des comptes rendus, des recommandations et un bilan annuel. La responsabilité du suivi des plaintes et réclamations incombe à la Direction ; le suivi des questionnaires de satisfaction et autres enquêtes de satisfaction relève des missions du RAQ. Le plan de formation prévoit régulièrement des formations en rapport avec les droits du patient et la bientraitance. La représentante des usagers assiste au Conseil d'Administration, elle a également visité les différentes structures et rencontré les professionnels. Elle a rédigé un article sur l'activité d'HAD de l'établissement, dans la revue de l'UNAFAM "Regards". Cependant, l'établissement ne dispose que d'un seul RU, donc la représentativité est assez faible, du fait de l'absence du suppléant, et de la difficulté à trouver une deuxième association, malgré la recherche active. Les membres du Conseil d'Administration sont également très impliqués dans d'autres structures de Santé Mentale.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les plans d'action en déclinaison des priorités institutionnelles sont en place dans les différents dispositifs de soin. Ils prennent en compte le type de prise en charge (hospitalisation complète, HAD, HDJ) et le type de patientèle : adultes ou jeunes adultes, parents/bébés. Le processus "droit des patients" travaillé en groupe de travail, a fait l'objet d'une information auprès des soignants, sur les risques prioritaires et sur les plans d'actions. Les résultats des questionnaires de satisfaction et les taux de retour par service sont sur l'intranet de l'établissement. Les résultats sont commentés avec les représentants des usagers. Les professionnels participent à l'identification des actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les soignants sont formés à la bientraitance dans le cadre de sessions de formation annuelles. Les nouveaux arrivants reçoivent un livret d'accueil qui comporte une sensibilisation aux droits des patients (confidentialité, respect de l'intimité^o). L'ensemble des procédures et formulaires relevant du droit des patients est intégré dans le système de gestion documentaire informatisé. La procédure de restriction de liberté n'est pas formalisée, compte tenu des conditions d'hospitalisation dans cet établissement. Les patients en hospitalisation complète rentrent à leur domicile le week-end et sortent dans la journée faire les courses pour préparer les repas.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le respect de la confidentialité est assuré (noms des patients non visibles du couloir, dossiers rangés au secrétariat médical). Les soins (psychothérapie) respectent la dignité du patient. L'information du patient est assurée lors de la remise du livret d'accueil, avec une insistance particulière sur la personne de confiance. Il comporte des informations sur la prise en charge de la douleur, la charte

du patient hospitalisé, l'accès du patient à son dossier, la loi informatique et liberté, la CRU et les représentants des usagers.

L'analyse des plaintes orales et écrites est effectuée en CRUQPC, mais depuis quelques années sans objet, ainsi que les résultats des enquêtes de satisfaction, et des demandes de dossiers. Les patients sont associés à l'élaboration de leur projet de soins personnalisés. Il existe une procédure sur la déclaration de maltraitance ; elle est connue des professionnels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi du respect des droits des patients au moyen d'audits et d'indicateurs découlant des questionnaires de satisfaction adaptés à chaque prise en charge. Un bilan annuel est produit par la CRUQPC.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont suivies par la CRU. Elles sont en lien avec les résultats des évaluations et sont articulées avec le programme d'action institutionnel. La communication des résultats d'audits, enquêtes, est effectuée auprès des professionnels via l'intranet. La communication à l'attention des patients est effectuée au moyen du livret d'accueil, du site internet.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	Cependant, l'établissement ne dispose que d'un seul RU, donc la représentativité est assez faible, du fait de l'absence du suppléant, et de la difficulté à trouver une deuxième association, malgré la recherche active. Les membres du Conseil d'Administration sont également très impliqués dans d'autres structures de Santé Mentale.	1d

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

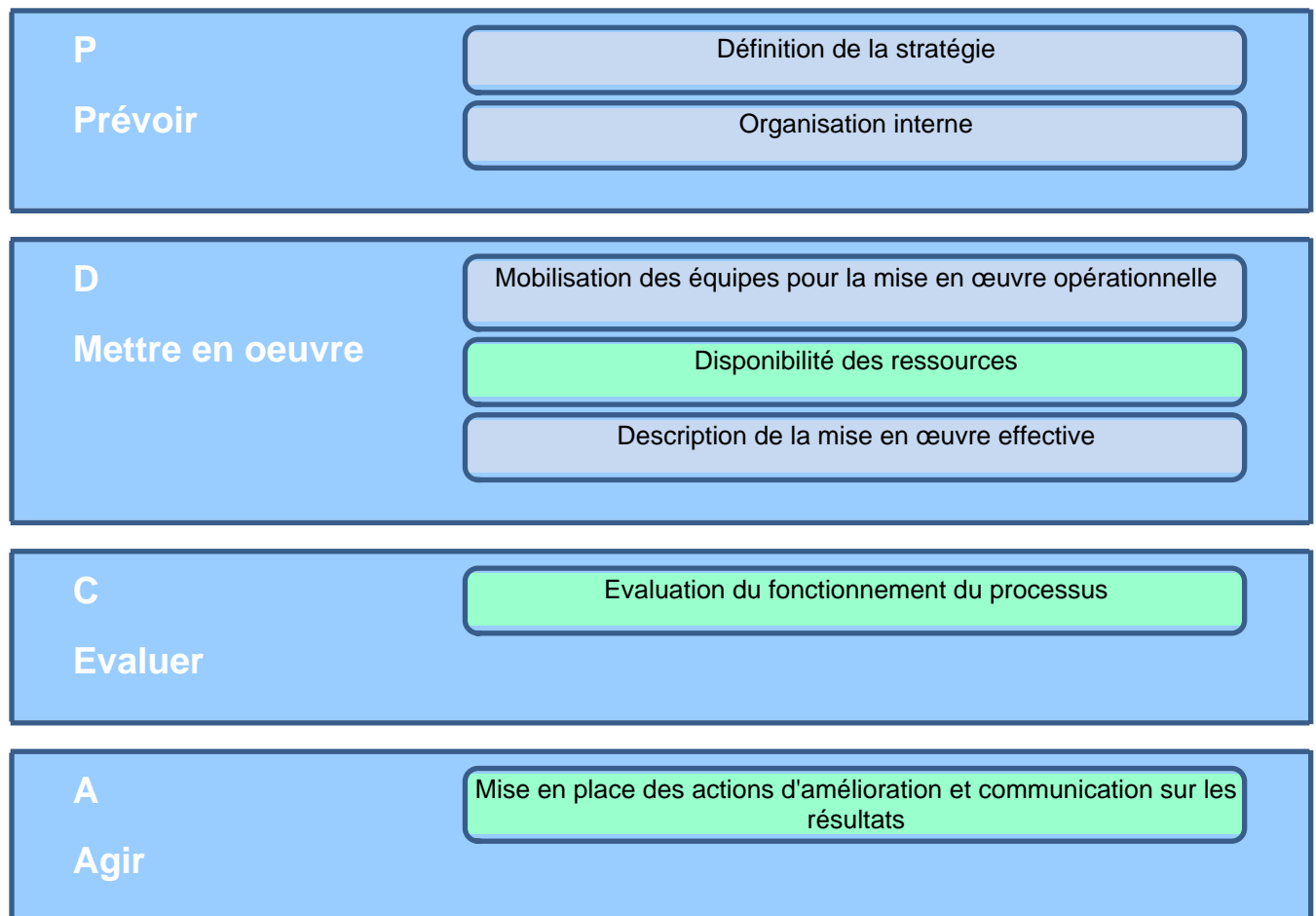
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a identifié ses besoins spécifiques au regard de ses missions, du contexte, des orientations territoriales et des activités pratiquées. Les orientations stratégiques du CPOM signé en 2013, sont déclinées dans un document « orientations stratégiques » validées par la CME et le CA. L'établissement a développé des modalités de prise en charge originales en santé mentale. L'HAD en psychiatrie, la MAP (Centre de crise), ALP (HDJ) dispositif d'immédiate post urgence, le LAPS (Lien Accompagnement Parentalité Soins), les appartements thérapeutiques, le PJA, accueillant des jeunes de 18 à 25 ans. Il a identifié et analysé des risques propres. Les risques prioritaires sont reportés dans le compte qualité. Les résultats de la V2010, des indicateurs internes, les résultats de démarches d'évaluation, des questionnaires de satisfaction et les événements indésirables sont les sources utilisées par l'établissement. Une cartographie avec analyse a priori des risques a été élaborée. Les risques sont hiérarchisés selon une méthodologie définie. Les objectifs sont déclinés dans un programme d'action formalisé, priorisé. Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies. Le programme est intégré au PAQSS institutionnel. Les instances sont informées.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter la thématique du parcours du patient, déclinaison des axes des orientations stratégiques et du projet de soins. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de postes des professionnels. Le pilotage opérationnel est assuré par des professionnels de santé appartenant au pôle crise et pôle jeunes adultes. L'avantage de l'organisation ainsi prévue est d'impliquer le maximum de professionnels dans la démarche de certification, a fortiori parce que cette implication est tournante et que les pilotes et copilotes seront remplacés par d'autres professionnels dès l'année prochaine. L'identification des ressources humaines et compétences nécessaires à la permanence des soins et à la mise en œuvre du parcours patient, ainsi que des besoins liés à l'évolution de l'activité ou des pratiques est réalisée par le responsable des RH en collaboration avec le directeur. Un plan de formation annuel est élaboré en concertation avec les professionnels des dispositifs de soins, au regard des besoins identifiés. Les professionnels rencontrés signalent que la participation à des colloques de formation représente une chance institutionnelle. Le parcours d'intégration des nouveaux arrivants est organisé. Il existe un dispositif structuré de gestion documentaire informatisé intégrant les procédures définies, actualisées et formalisées en lien avec le parcours patient. Au regard des activités et des risques, les besoins en locaux et ressources matérielles ont été identifiés. Les circuits et les interfaces entre les dispositifs, et avec les services administratifs sont définis. Il n'y a ni plateau technique, ni services logistiques. Les modalités de concertation entre professionnels, dans et entre les dispositifs, sont organisées (astreintes, transmissions, communication des documents antérieurs). L'organisation concerne principalement les échanges entre les intervenants (psychologue, infirmières, psychiatres), et les conventions partenariales très denses, établies avec les partenaires extérieurs, notamment le pavillon N de l'Hôpital Edouard Herriot, le CHS du Vinatier, les médecins généralistes et les psychiatres libéraux.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le projet de soins, formalisé dans des plaquettes décrivant la prise en charge dans chaque dispositif de soin, porte une attention à la qualité et la sécurité des soins, aux dispositifs d'accompagnement des patients et des proches, à la spécialisation des équipes, aux enjeux de formation et de développement des compétences, à la satisfaction des patients, à l'évaluation et la pertinence des soins. Des projets spécifiques avec des objectifs opérationnels sont présents dans les différents dispositifs. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Les professionnels sont sensibilisés régulièrement par la direction sur les objectifs de leur secteur (réunions). Des évaluations périodiques sont mises en œuvre. Les professionnels déclarent les EI en lien avec le parcours du patient. Ils sont associés à leur analyse et à l'identification des actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans chaque dispositif de soins. Les professionnels affectés dans les différents services répondent aux besoins spécifiques liés à l'activité. Les activités sont assurées par des professionnels qualifiés et compétents. Des actions de formation sont mises en œuvre en interne. La gestion des remplacements en cas d'absentéisme est assurée. Les locaux dans les différents services sont adaptés aux activités réalisées. L'unité d'hospitalisation complète (MAP) dispose

uniquement de chambres particulières permettant de répondre aux attentes des patients et facilitant le respect de la confidentialité, le respect de l'intimité. Il n'y a pas de salle de soins, mais différentes salles pour des entretiens psychothérapeutiques de groupe ou individuels. Le service dispose d'une trousse permettant de faire face à la prise en charge d'une urgence. Une organisation est prévue et connue des professionnels pour appeler les pompiers ou SOS médecins si nécessaire. Les professionnels sont formés régulièrement aux gestes d'urgence (AFGSU). Cependant, cette organisation n'est pas formalisée dans une procédure pour tous les dispositifs. La procédure n'existe que pour la partie médico-sociale de l'Association.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge dans les différents parcours du patient est en adéquation avec les organisations mises en place et avec les dispositions prévues. Aucun patient ne peut se présenter pour une urgence, les dispositifs installés dans la ville ne ressemblant pas du tout à des établissements standards de santé. La pré admission est mise en œuvre systématiquement par plusieurs entretiens pour s'assurer que le patient est d'accord avec les principes de la prise en charge qui lui est proposée. Cette prise en charge est réalisée en fonction de l'évaluation de l'état initial du patient documentée dans le logiciel du dossier patient informatisé, constitué dès le premier entretien. Le dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est mis en œuvre lors de la première consultation notamment s'agissant de patients hospitalisés suite à une tentative de suicide (pôle crise) et lors de l'évaluation initiale pour les autres patients inclus dans les différents dispositifs. Il est tracé. La désignation de la personne de confiance est enregistrée dans le dossier du patient informatisé. Les règles d'identitovigilance sont respectées. Les règles de présence médicale, paramédicale et administrative sont définies pour garantir la permanence et la continuité des soins et reposent sur des astreintes téléphoniques des professionnels paramédicaux, pour l'HAD et les « Communautés Thérapeutiques ». Une organisation est en place, via des fiches comportant des consignes et des numéros de téléphone, pour les patients en hospitalisation de semaine ou de l'HDJ, afin de leur permettre de se présenter aux urgences psychiatriques s'ils en ressentent le besoin le weekend. Des réunions quotidiennes entre professionnels assurent la transmission des informations nécessaires à la continuité des soins. En ambulatoire le dispositif de PEC s'articule autour d'un planning ambulatoire remis aux patients, mentionnant les horaires des différents groupes, et ceux des entretiens individuels. Un projet de soins personnalisé intégrant la réflexion bénéfique risque est mis en œuvre pour tous les patients. Il fait l'objet d'une réévaluation et il est tracé dans le DPI. Le dépistage des troubles nutritionnels est assuré par les médecins adresseurs ou par les urgences, et transmis sur les documents de liaison, ces données sont scannées dans le dossier patient informatisé. La prise en charge de la douleur est tracée dans le dossier. Il n'y a pas de programme d'éducation thérapeutique labellisé, l'établissement étant plutôt orienté sur la psycho-éducation, qui est la base de sa prise en charge avec la psychothérapie, et sur l'observance du traitement. Des staffs hebdomadaires sont organisés dans tous les dispositifs. Les réunions de concertation pluri disciplinaires sont en place avec les partenaires des hôpitaux publics lyonnais. La sortie du patient est organisée en concertation avec l'équipe paramédicale, le médecin, le patient et son entourage ; les professionnels s'assurent de la transmission des informations nécessaires à la continuité des soins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation régulière et le suivi de la mise en œuvre du fonctionnement de ses parcours par des EPP (prévention du risque suicidaire, suivi des délais de consultation en post urgence, pertinence des séjours à la MAP). Des indicateurs sont en place (indicateurs propres, tels que la prescription de benzodiazépines, ou de neuroleptiques), l'établissement n'étant pas soumis au recueil des IQSS. Les EI sont déclarés et traités. Des actions d'évaluation (enquêtes de satisfaction, réclamations relatives au parcours du patient) sont menées. L'activité de chaque dispositif donne lieu à un rapport annuel de suivi (suivi annuel des EI, suivi des plaintes/réclamations) en rapport avec le parcours.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec les résultats d'évaluation. Plusieurs plans d'actions dans différents parcours (MAP, ALP, HAD, PJA ...) sont développés dans le Compte Qualité. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis (Revue interne, plaquettes, site internet, intranet).

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	L'organisation pour la pris en charge des urgences n'est pas formalisée pour tous les dispositifs. La procédure n'existe que pour la partie médico-sociale de l'Association.	18b

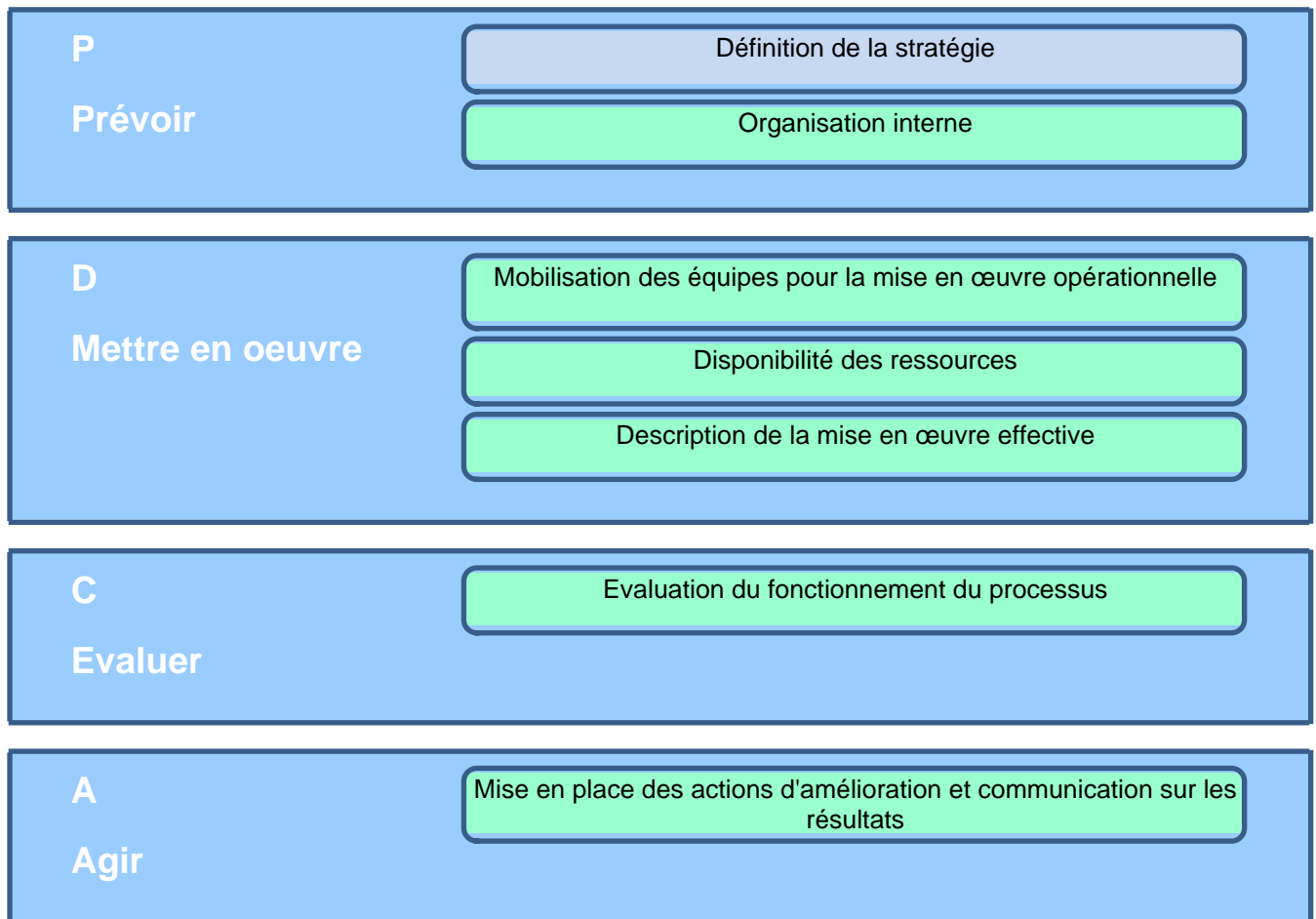
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La mission de Santé Mentale et Communautés est de promouvoir des alternatives à l'hospitalisation en complémentarité d'établissement et avec tous les partenaires concernés par la santé mentale. Le dispositif de soins de Santé Mentale et Communautés propose des soins individuels et/ou en groupe en ambulatoire et en résidentiel. Le dossier du patient est informatisé via un logiciel mis en place sur l'ensemble des dispositifs de soin depuis 2013. Le compte qualité validé par les instances comporte trois risques : un en matière de confidentialité, un concernant les droits à l'information et le dernier sur l'échange d'information. Des objectifs d'amélioration ont été définis en cohérence avec les risques identifiés et les plans d'actions sont prévus.

Cette stratégie, validée par la CME et CQGDR, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé, pour chaque dispositif, en lien avec les acteurs de terrain.

Au total, il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés .

Le pilotage de la mise en œuvre de cette politique et du suivi du programme d'actions est assuré par un trio pluriprofessionnel (médecin, infirmière et secrétaire médicale) en lien avec le responsable qualité et le Directeur. Le poste de DIM est mutualisé dans le cadre d'une convention de coopération avec la clinique Notre Dame à Villeurbanne.

Les règles de gestion du dossier patient informatisé sont formalisées par métier dans un "Guide d'utilisation du Dossier du Patient Informatisé ». Les règles générales de tenue ainsi que d'utilisation y sont définies, les responsabilités de chaque intervenant y sont également mentionnées.

Des formations à l'utilisation du dossier informatisé ont été réalisées pour l'ensemble des professionnels de l'Association et la formation est prévue pour les nouveaux arrivants. L'organisation de l'accès du patient à son dossier fait l'objet d'une procédure. Le livret d'accueil remis au patient au moment de son admission lui permet d'être informé sur ce sujet.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Pour les réaliser, Santé Mentale et Communautés a associé les professionnels de chaque métier et représentant des différents dispositifs de soin dans des groupes de travail, et notamment dans le cadre des Commissions Qualité et gestion des risques qui ont lieu une fois par mois avec le responsable Qualité et le Directeur.

C'est dans ce cadre que les actions correctives sont aussi discutées et décidées. Des comptes-rendus de réunions sont réalisés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et les compétences répondent aux besoins.

Les nouveaux arrivants bénéficient d'une formation à l'utilisation du dossier.

Les guides du dossier patient informatisé sont disponibles sur l'Intranet de Santé Mentale et Communautés, de même que différentes procédures et protocole : "Protocole d'accès au dossier patient", "Procédure en cas de doublon du dossier patient" Procédure de vérification de l'identité à l'ouverture du dossier" par exemple.

Les postes informatiques sont en nombre suffisant.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des dispositifs de soin connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. La sécurisation du dossier patient est effective, avec l'accès par mots de passe.

Les sauvegardes informatiques sont quotidiennes, hebdomadaires puis mensuelles.

Il existe un serveur de secours en cas de panne.

Le dossier est accessible selon les délais fixés par la réglementation. Un bilan annuel de gestion des

demandes est transmis à la CRU. Le rapport annuel de cette instance traduit le respect des délais réglementaires en vigueur. Le suivi des demandes et du respect de la réglementation est assuré par le secrétariat médical sous la responsabilité du directeur de Santé Mentale et Communautés.

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier, la fréquence des écrits est adaptée aux types de prise en charge. Les rencontres avec les équipes pour l'audit des Patient traceurs en attestent.

Un bilan de fin d'hospitalisation est rédigé et communiqué aux professionnels impliqués dans la prise en charge ainsi qu'aux médecins traitants.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Santé Mentale et Communautés n'est pas tenue à l'exploitation de l'indicateur Qualité et Sécurité des Soins. Des audits de la tenue du dossier du patient ont été réalisés depuis plusieurs années. Le dernier a été organisé au cours de l'année 2015. Ces audits sont menés selon une méthodologie adaptée, sous la responsabilité du médecin DIM. Objectivés, les résultats font l'objet d'une analyse et permettent le suivi d'indicateurs sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur physique, l'information bénéfique/risque, les antécédents somatiques, etc... Une enquête de satisfaction du système d'information a été conduite auprès des professionnels en 2015.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée. A titre d'exemple, un compte-rendu de bilan d'hospitalisation intègre aujourd'hui le dossier patient.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

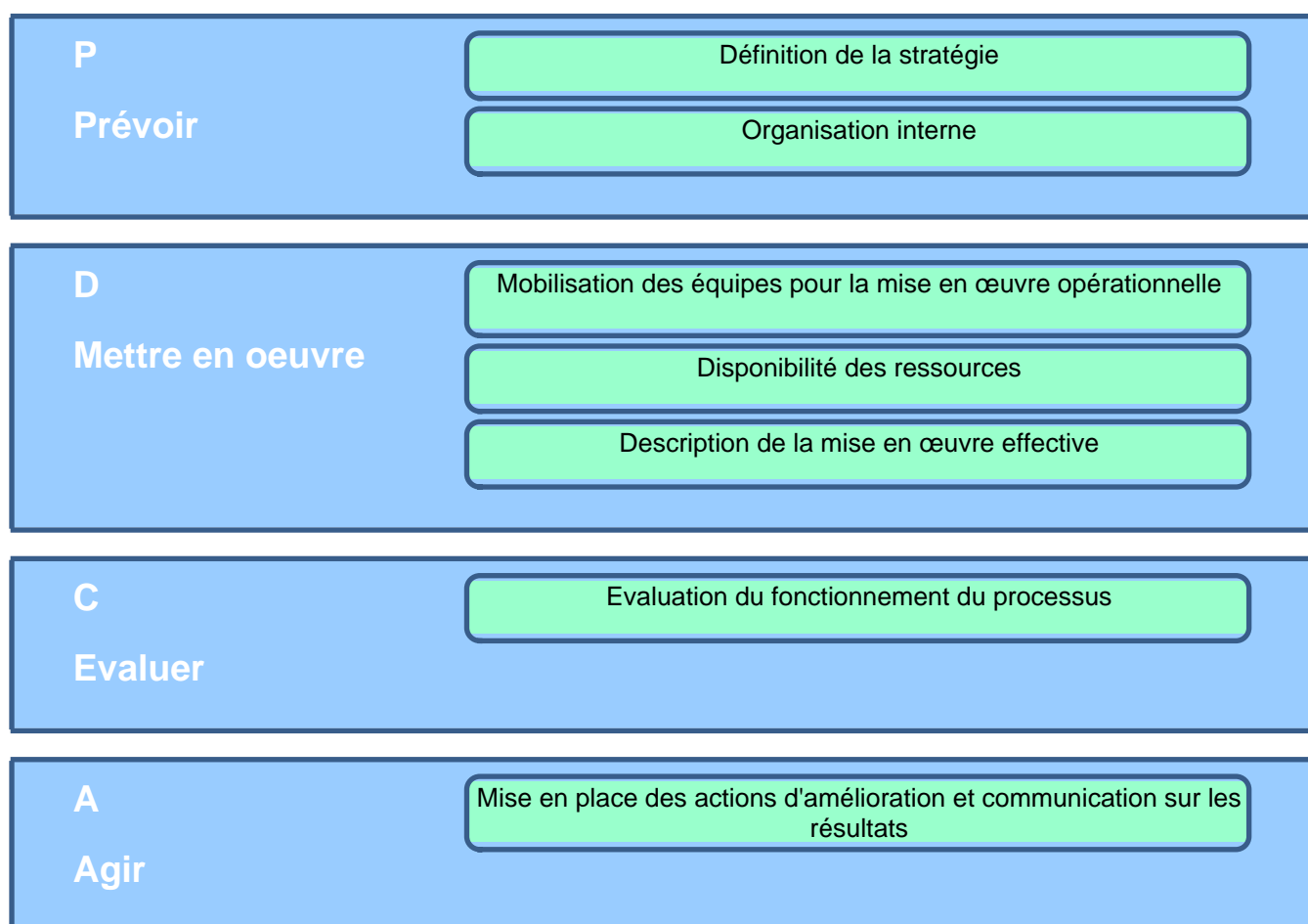
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La mission de Santé Mentale et Communautés est de promouvoir des alternatives à l'hospitalisation en complémentarité d'établissement et avec tous les partenaires concernés par la santé mentale.

Le dispositif de soins de Santé Mentale et Communautés propose des soins individuels et/ou en groupe, en ambulatoire et en résidentiel.

Le consentement du patient et un potentiel d'autonomie mobilisable sont requis pour une admission.

Santé Mentale et Communautés a formalisé sa politique de la prise en charge médicamenteuse à partir de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé et en prenant en compte ses besoins dans ce domaine.

Santé Mentale et Communautés limite l'organisation de sa prise en charge médicamenteuse à la prescription, traitement prescrit s'il y a lieu par le psychiatre référent/ou médecin traitant qui a adressé le patient.

Il n'y a pas de dispensation car il n'y a pas de PUI, il est attendu que le patient se rende dans l'officine de son choix.

De même, il n'y a pas d'administration, car il est attendu que le patient gère lui-même son traitement. Il n'y a pas de stockage de médicaments au sein des structures. Les professionnels des dispositifs restent attentifs au suivi de l'observance, et à la surveillance des effets attendus et indésirables.

De la même façon, il n'y a pas d'administration ni de dispensation pour les médicaments prescrits par les médecins de Santé Mentale et Communautés.

Les règles de prescription sont déclinées dans le document " politique de la prise en charge médicamenteuse".

Une évaluation à partir de l'outil Interdiag a été réalisée ; 3 risques ont été identifiés dans le Compte Qualité :

- Risque de défaut du système documentaire relatif à la prise en charge médicamenteuse,
- Risque de défaut de suivi des indicateurs de la prise en charge médicamenteuse,
- Risque d'une politique de prise en charge médicamenteuse inadaptée.

Ces risques sont hiérarchisés dans le Compte Qualité selon une méthode définie et sont analysés avec les professionnels concernés. Cette analyse intègre la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé

La prise en charge médicamenteuse est déclinée dans le programme qualité de l'établissement qui définit les modalités de sa mise en œuvre .

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la mise en œuvre de cette politique et du suivi du programme d'action est assuré par deux médecins psychiatres dont l'un est le référent qualité de la prise en charge médicamenteuse. Sa mission est inscrite dans le chapitre « Management, organisation » de la Politique de Prise en charge médicamenteuse.

L'Association propose à l'ensemble des médecins une formation annuelle concernant l'actualisation des prescriptions de psychotropes au vu des dernières avancées scientifiques.

Il existe une base documentaire sur l'Intranet de l'association donnant accès à différentes listes de médicaments :

- La liste LAROCHE aidant à la prescription de médicament pour les personnes âgées,
- Une liste d'équivalence thérapeutique de Benzodiazépines,
- Une liste de médicaments faisant l'objet de modalités particulières d'administration.

Divers documents d'évaluation en rapport avec la prise en charge médicamenteuse sont également à la disposition des professionnels sur l'Intranet.

Le dossier patient est informatisé et permet la prescription informatisée.

Les professionnels sont sensibilisés au risque d'erreur médicamenteuse.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Pour les réaliser, Santé Mentale Communautés a associé les professionnels de chaque métier et représentant des différents dispositifs de soin dans des groupes de travail, et notamment dans le cadre des Commissions Qualité et gestion des risques qui ont lieu une fois par mois avec le responsable Qualité et le Directeur.

C'est dans ce cadre que les actions correctives sont discutées et décidées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Santé Mentale et Communautés a identifié et défini les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la politique de la prise en charge médicamenteuse : les effectifs et les compétences répondent aux besoins exprimés dans ce domaine.

Des outils d'aide à la prescription, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels comme la revue PRESCRIRE. Le logiciel de prescription médicamenteuse intègre la base THESORIMED, outil d'aide à la prescription permettant au prescripteur une vérification de la sécurité de sa prescription.

La liste des médecins prescripteurs habilités est diffusée sur l'Intranet.

Les bureaux sont équipés d'un ordinateur et d'une imprimante dédiée à l'impression des ordonnances qui ont été choisies sécurisées par l'Association.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des dispositifs de soin connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre la politique de la prise en charge médicamenteuse du patient. L'informatisation de la prescription est déployée sur l'ensemble des dispositifs.

Les supports de prescription sont les ordonnances sécurisées nominatives avec numéro RPPS, numéro Finess de l'Etablissement et le numéro de téléphone, les ordonnances bizonne et le logiciel de prescription informatisée.

Les ordonnanciers sont situés dans le secrétariat sous clefs ainsi que les tampons nominatifs .

La prescription est validée par la signature manuelle du prescripteur.

Les ordonnances papier des patients admis et sortants sont scannées et intégrées dans le dossier du patient.

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses reposent sur le dispositif interne de signalement des événements indésirables et sur l'analyse pharmaceutique externe réalisée par le pharmacien d'officine. A ce jour, aucun signalement n'a été constaté. Le formulaire de déclaration des événements indésirables prévoit aujourd'hui un onglet « erreur médicamenteuse » et une charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables a été diffusée aux professionnels.

L'information du patient sur son traitement (effets secondaires, nécessité de l'observance, iatrogénie, risque en cas de surdosage) fait partie intégrante de la prise en charge du patient. Elle est donnée lors de la mise en place du traitement et reprise lors de la sortie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité,...).

Une démarche d'EPP est en cours sur le dispositif Accueil Liaison Psychothérapie, concernant le suivi d'indicateurs de prescription : nombre de prescriptions interne par rapport à la file active pondérée, nombre de prescriptions d'antidépresseurs et d'anxiolytiques par rapport au nombre total de prescriptions.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. La communication des résultats et des actions est réalisée auprès des professionnels.

"La politique de la prise en charge médicamenteuse" a été actualisée en insérant les informations concernant l'autonomie laissée aux patients dans la gestion de son traitement, l'information concernant l'absence de stockage, ainsi que des informations relatives aux responsabilités et délégations de responsabilité du personnel. Un casier "revue" au sein de la structure permet une meilleure diffusion de la revue "Prescrire".

Un onglet « erreur médicamenteuse » a été inséré dans le formulaire de déclaration des événements indésirables.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Droits des patients	P / Organisation interne	NC	Cependant, l'établissement ne dispose que d'un seul RU, donc la représentativité est assez faible, du fait de l'absence du suppléant, et de la difficulté à trouver une deuxième association, malgré la recherche active. Les membres du Conseil d'Administration sont également très impliqués dans d'autres structures de Santé Mentale.	1d
Parcours du patient	D / Disponibilité des ressources	NC	L'organisation pour la pris en charge des urgences n'est pas formalisée pour tous les dispositifs. La procédure n'existe que pour la partie médico-sociale de l'Association.	18b