



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER  
SPÉCIALISÉ DE  
SARREGUEMINES**

**1 rue Calmette  
57212 SARREGUEMINES**

**JANVIER 2019**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	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
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	12
QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL	13
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	17
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	33
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	37

# 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"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>
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"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>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).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul>
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

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

# PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE SARREGUEMINES	
Adresse	1 rue calmette 57212 SARREGUEMINES
Département / région	MOSELLE / GRAND-EST
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	570026583	GCS DES HOPITAUX DE SARREGUEMINES	1 rue calmette Bp 80027 57212 SARREGUEMINES
Entité juridique	570000141	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE SARREGUEMINES	1 rue calmette Bp 80027 57212 SARREGUEMINES
Etablissement de santé	570013235	CMP ENFANTS	69 rue saint augustin 57230 Bitche
Etablissement de santé	570013276	CMP/CATTP/HOPITAL DE JOUR ADULTES	1 rue de lebach 57230 Bitche
Etablissement de santé	570000893	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE SARREGUEMINES	1 rue calmette Bp 80027 57212 SARREGUEMINES
Etablissement de santé	570002469	HOPITAL DE JOUR ENFANTS VILLA LES PINS	9 a rue de graefinthal 57200 Sarreguemines
Etablissement de santé	570013250	CMP/CATTP/HOPITAL DE JOUR POUR ENFANTS	2 rue de la cartonnerie adt 57600 Forbach
Etablissement de santé	570014563	HOPITAL DE JOUR POUR ENFANTS LES LUCIOLES	49 route de bitche 57200 Sarreguemines

Etablissement de santé	570024463	CENTRE D'ACCUEIL ET DE SOINS POUR TOXICOMANES	18 ruelle holz 57200 SARREGUEMINES
Etablissement de santé	570013268	CMP/CATTP POUR ENFANT	10 rue marechal foch 57200 Sarreguemines
Etablissement de santé	570013243	CMP/CATTP ADULTES	16 rue des houilleres 57800 Freyming-Merlebach
Etablissement de santé	570002899	CMP/CATTP/HOPITAL DE JOUR POUR ADULTES	7 avenue de la blies 57200 SARREGUEMINES
Etablissement de santé	570014571	CMP/HOPITAL DE JOUR POUR ENFANTS	28 avenue spicheren 57600 Forbach
Etablissement de santé	570013367	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE - CHS DE SARREGUEMINES	1 rue calmette Bp 10629 57206 Sarreguemines

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	481	37
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	6	25
SLD	SLD	30	/

**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

### Obligations d'amélioration

Droits des patients  
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

### Recommandation d'amélioration

Parcours 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 3 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
Qualité de vie au travail
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	Service d'hospitalisation complète	/syndrome dépressif comorbidité somatique	Programmé	Complexe	Santé mentale
2	Adulte	Service d'hospitalisation complète polyhandicapés	/polyhandicapé	Programmé	Complexe	Santé mentale
3	Adulte	Service d'hospitalisation complète sans consent	/Schizophrénie psychopathie	Programmé	Complexe	Santé mentale
4	Adulte	HDJ extra hospitalier	/schizophrénie	Programmé	Complexe	Santé mentale
5	Enfant	HDJ infanto juvénile extra hospitalier	/trouble du comportement	Programmé	Complexe	Santé mentale
6	Personne âgée	SLD	/mélancolie stuporeuse	Si possible transfert ou mutation	Complexe	SLD



## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

# QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

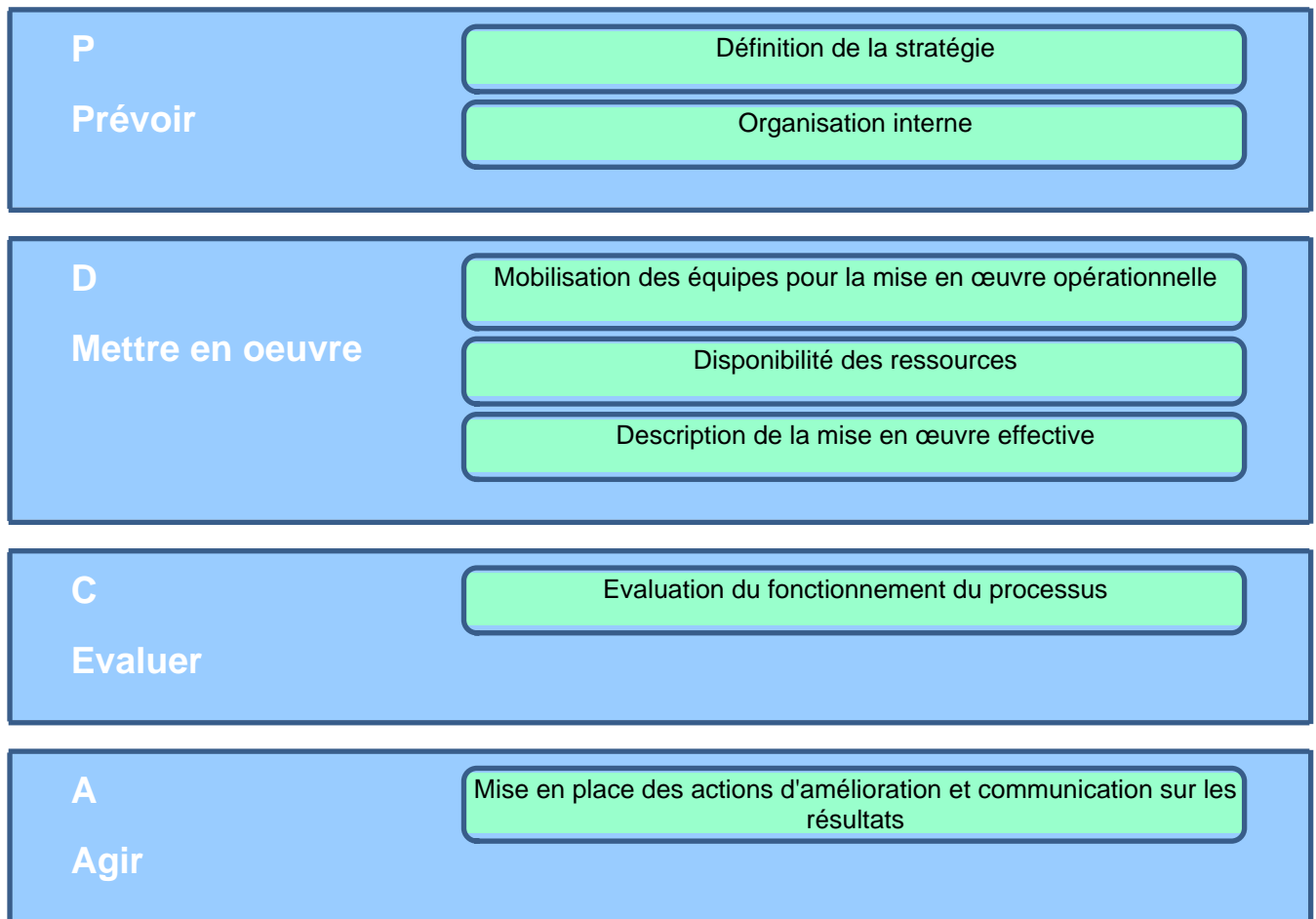
## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à mesurer la stratégie et le mode de management mis en place par l'établissement pour le développement de l'approche qualité de vie au travail. Il s'agit notamment de démarches qui contribuent

- à mieux accompagner l'encadrement pour promouvoir la qualité de vie au travail,
- à mieux favoriser et soutenir l'expression des professionnels,
- à mieux soutenir les professionnels, dans leur engagement au quotidien dans le travail,
- à mieux concilier la vie privée et la vie professionnelle.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Les orientations stratégiques de l'établissement sur la qualité de vie au travail sont actuellement inscrit dans la politique qualité - sécurité des soins et gestion des risques 2016-2020. Cependant, si les orientations stratégiques sont énoncées et si un "Bilan social" est établi annuellement, il n'existe pas de réel projet social dans l'établissement. L'absence de directeur des ressources humaines depuis plusieurs mois n'a pas permis la formalisation d'un projet social. L'établissement a formulé 4 objectifs QVT dans la politique qualité, sécurité des soins et gestion des risques 2016-2020 : formaliser les orientations (moyens, fonctionnement...) en matière de qualité de vie au travail, améliorer la circulation des informations sur les projets QVT, identifier les principales sources de risques psychosociaux et intervenir rapidement, optimiser la gestion des risques psychosociaux dans l'établissement. L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés. Les sources de données pour identifier les besoins pour la qualité de vie au travail sont : les bilans sociaux annuels, les indicateurs RH, les enquêtes de satisfaction des professionnels (QVT, self), le bilan des événements indésirables. La prise en compte des besoins et les risques sont hiérarchisés selon la méthodologie HAS. La thématique qualité de vie au travail (QVT) a fait l'objet d'une recommandation en V2010. Un plan d'actions "améliorer la qualité de vie au travail" a été formalisé pour répondre à cette recommandation. Des axes de travail en matière de ressources humaines et de qualité de vie au travail ont été définis. Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est formalisé dans le PAQSS de l'établissement. Il est le reflet de la participation de l'ensemble des acteurs : instances représentatives du personnel, professionnels soignants, administratifs, logistiques... Ce programme précise les modalités de suivi : pilotes pour chacune des actions, planification des actions dans des délais fixés, suivi des actions, clôture et communication des résultats. Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique de qualité de vie au travail. Le directeur de l'établissement pilote le processus. Le service de santé au travail et le service des ressources humaines sont les copilotes, associés à la direction des soins et au gestionnaire des risques. Les missions sont définies sur le management des ressources et la qualité de vie au travail :

- assurer le maintien et le développement des compétences (plans de formation, entretiens annuels des agents, promotions professionnelles, gestion des carrières...)
- garantir le bien-être au travail (psychologue du travail, service de santé au travail, référent handicap...)
- organiser et suivre les groupes de travail associant les représentants du personnel (risques psychosociaux, handicap, etc...)
- élaborer les données statistiques, comme le bilan social, le suivi de l'absentéisme, les accidents du travail...)
- définir et suivre le programme d'amélioration des conditions de travail avec le CHSCT.

Le gestionnaire des risques et la direction qualité s'assurent de la coordination et du suivi des actions ainsi que de l'analyse des résultats et de leur communication. Les actions sont réalisées de manière concertée avec les professionnels et avec les instances notamment les instances représentatives du personnel. Les rôles et responsabilités sont définis. Le rôle des professionnels et de l'encadrement est précisé à tous les niveaux hiérarchiques de la structure. La circulation des informations est organisée.

Les ressources humaines nécessaires (effectifs, compétences) sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Les besoins en formation sont identifiés : formation aux thématiques en lien avec la QVT, avec notamment la formation OMEGA dont a bénéficié une grande partie des professionnels, les formations estime de soi, gestion du stress... Le plan de formation est établi en concertation avec les professionnels et les instances représentatives du personnel. Il est en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement, les besoins et les risques liés aux activités. Une gestion des emplois et des compétences est réalisée. Un état des effectifs cibles est réalisé par grade et par poste. La direction des soins a une vision précise des besoins à moyen terme sur l'encadrement, les métiers sensibles (ergothérapie, kiné...) et une visibilité sur 2 années des besoins en infirmiers notamment en terme de mixité des équipes.

L'établissement a identifié ses besoins en aménagement des locaux : l'organisation des locaux et des

projets architecturaux est réfléchi pour alléger la charge de travail. Les locaux sont clairs et lumineux. Des lieux d'échange et de réunions sont prévus. Les postes de travail sont équipés. Des équipements sont mis à disposition des équipes : lits à hauteur variable, lève-malade, équipement spécifique patient obèse...

L'établissement a mis en place une commission permanente CHSCT, une commission de maintien dans l'emploi des professionnels, une commission handicap.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'équipe d'encadrement des secteurs d'activité s'est saisie des enjeux de la qualité de vie au travail, en lien avec les orientations de l'établissement. Des réunions de fonctionnement sont organisées régulièrement dans les unités de soins pour permettre des échanges sur le travail. Le cadre impulse une démarche au sein de son secteur en termes de besoins et de risques spécifiques. Des objectifs opérationnels sont définis. Il réalise des actions de vérification des pratiques au regard des règles et procédures liées à la sécurité du travail. Il évalue régulièrement les démarches mises en place et réajuste si besoin. Il met en place des entretiens d'évaluation annuels permettant l'expression des professionnels sur leurs conditions de travail et sur leurs besoins en formation. Les équipes sont associées et impliquées. Elles ont accès aux résultats des évaluations sur la qualité de vie au travail, notamment le retour des enquêtes de satisfaction du personnel sur le self.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les différents secteurs d'activité ont défini leurs besoins en emploi et compétence liés à leur activité et en fonction de l'évolution des projets de soins. Des compétences spécifiques sont mobilisables facilement et rapidement en cas d'urgence pour apporter un soutien et de l'aide aux équipes sur appel de la structure de coordination des soins. Les services de santé au travail, le psychologue du travail, le référent handicap, le CHSCT, des temps d'assistante sociale pour le personnel sont mobilisables en cas de besoin. Des groupes de paroles et des entretiens individuels sont proposés par le psychologue du travail. Le CHSCT bénéficie des compétences nécessaires à son fonctionnement dans le cadre prévu par les dispositions légales et réglementaires. En ce qui concerne les ressources matérielles, les locaux sont organisés pour faciliter les échanges entre professionnels au sein des équipes : salles de réunion, bureaux infirmiers... En ce qui concerne la gestion documentaire, la fiche de déclaration de risques professionnels est à disposition des équipes si nécessaire dans le logiciel de gestion des risques.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Il existe un engagement collectif impliquant la direction, l'équipe d'encadrement, les professionnels et les partenaires sociaux. Au niveau des secteurs d'activité, une autonomie dans l'organisation et la réalisation du travail est favorisée afin d'identifier et d'optimiser les marges de manœuvre, essentiellement sur les plannings de travail. Les professionnels réalisent leur planification du travail en fonction de critères de fonctionnement de la structure sous le contrôle des cadres des unités. Les unités disposent ainsi d'une autonomie suffisante dans le cadre de l'organisation du travail et également dans la gestion des temps partiels. L'environnement physique de travail est discuté collectivement, son adaptation et son organisation font l'objet d'actions d'amélioration. Pour exemples, des séances d'activité physique sont proposées aux professionnels 2 fois par semaine, également des séances de manutention des patients... L'organisation du travail et du temps de travail est discutée collectivement, ces discussions sont ancrées sur les difficultés rencontrées ou améliorations souhaitées. Un recours au médecin du travail et au psychologue du travail est possible. La présence de l'encadrement sur le terrain au plus près des équipes a été observée lors des visites de terrain. Les déclarations des EI relatifs à l'organisation du travail font l'objet d'un recueil, d'une analyse concertée et d'un retour aux équipes. En cas de problème, l'équipe est soutenue par son environnement professionnel. Les EI sont discutés en équipe et font l'objet d'un REX si besoin avec les professionnels concernés. Des actions d'amélioration sont recherchées : formations, entretien avec le psychologue du travail, rencontre avec le médecin du travail... Au niveau du CHSCT, sa participation à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de promotion de la qualité de vie au travail est effective. Le CHSCT est saisi de toutes les questions relatives à l'organisation du travail, de la réalisation d'enquêtes, des résultats des indicateurs RH... Il existe également une commission CHSCT qui se réunit 1 fois par mois. Cette commission permet d'assurer la continuité et le suivi des décisions prises en CHSCT, de traiter les petits sujets rapides ou urgents : parking, éclairage... et de préparer les séances trimestrielles du CHSCT. Un CLACT est mis en place chaque année avec plans d'améliorations suivis : en 2017, achat de 20 lits équipés, 4 chaises douches, soulèvements-malades, 110 portatifs protection travailleur isolé, mise en place d'une politique d'amélioration des stationnements, rénovation du parc automobile avec achat de véhicules spécifiques handicapés..., soit un investissement de 152 837 euros. Une politique active de l'Amicale du Personnel est mise en œuvre, subventionnée par l'établissement, avec de nombreuses propositions d'activité : événements annuels comme le lunch de Noël, l'attribution de médailles du travail, l'utilisation des installations sportives : cours de tennis, terrain de sport, gymnase... En terme de qualité de vie au travail, il est également mis à disposition 50 logements pour le personnel



recruté lors de son installation dans la région ainsi qu'une possibilité d'accès à la crèche de la communauté de communes sur des places réservées en partenariat avec le CHS.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

Le processus global d'amélioration de la qualité de vie au travail est évalué à fréquence définie, à l'échelle de l'établissement, notamment par le bilan social annuel, l'évaluation et la révision du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Des indicateurs sont suivis : satisfaction des agents au travail, nombre d'agents ayant bénéficié de leur entretien annuel... L'organisation du travail et du temps de travail est évaluée alors collectivement. La satisfaction des personnes a été recueillie en 2010 lors d'une enquête sur les risques psychosociaux réalisée par la CRAM à la demande du CHSCT. L'établissement a mis en place des mesures de suivi de l'absentéisme et les a analysées notamment au regard de l'organisation du travail, de la démographie et de la pénibilité. Les modalités d'évaluation reposent sur l'implication des professionnels et sont discutées avec les partenaires sociaux.

## **A / AGIR**

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

La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi des indicateurs et de l'évaluation qualitative de la dynamique qualité de vie au travail. Un tableau de bord des indicateurs est suivi : bilan social, accidents du travail, absentéisme... Le programme d'amélioration est réajusté en fonction des résultats des évaluations. De nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont définis. Les résultats des évaluations et des actions conduites à l'échelle de l'établissement sont diffusés aux professionnels dans des publications spécifiques du service qualité, sur le logiciel qualité ou dans les réunions de service avec l'équipe d'encadrement. Des actions d'amélioration ont été identifiées et sont suivies : suivi du Document Unique et des plans d'actions associés par exemple.

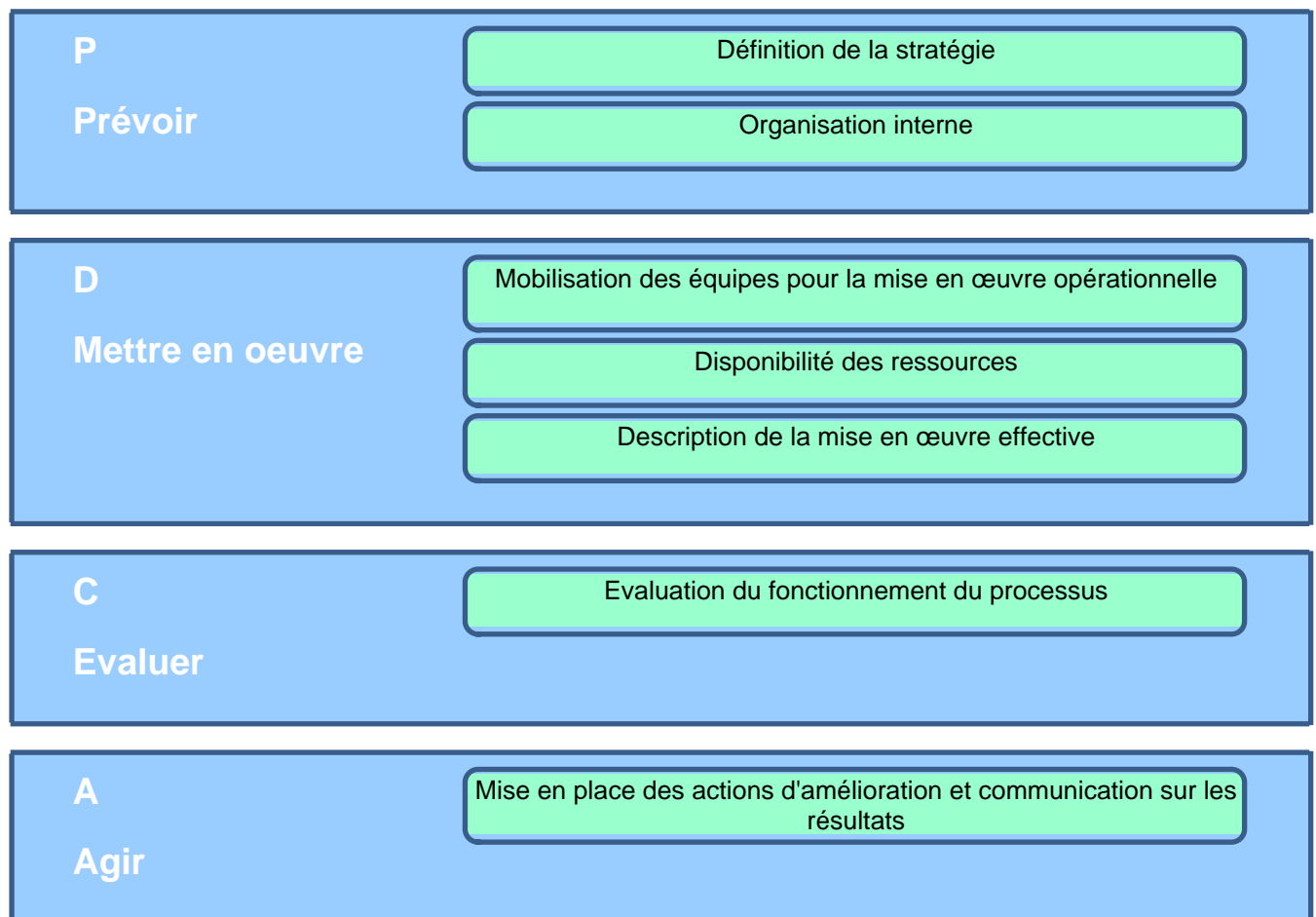
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Dans l'attente de la finalisation du projet d'établissement, la politique qualité gestion des risques a été formalisée dans un projet 2016-2020. La stratégie de l'EPP fait l'objet d'un document complémentaire : politique EPP 2016-2020. La gestion de crise est définie et le plan blanc actualisé. Pour l'élaboration de sa stratégie Qualité Gestion des Risques (QGDR), l'établissement a identifié ses besoins au regard de ses missions et des risques priorités. Il a procédé à un bilan de l'existant, et il a intégré la veille réglementaire, les résultats de la certification V2010, l'analyse de ses indicateurs et bilan de son PAQSS. Ce travail a été organisé avec la participation des professionnels et des représentants des usagers, puis validé dans les instances : CME, CDU, COPIL stratégique QGDR, CSIRMT. Les risques ont été identifiés par processus et hiérarchisés avec les professionnels, selon une méthodologie définie, une cartographie des risques a été réalisée. Elle est articulée avec le PAQSS. La stratégie qualité gestion des risques est déclinée dans un programme d'action unique, classé par thématiques. Pour chaque thématique et/ou risque, il précise les objectifs, les actions d'amélioration, le responsable de l'action, les échéances et modalités de suivi. Le PAQSS est présenté aux instances : COPIL stratégique QGDR, CME, CDU. Son suivi est organisé par le service qualité avec les pilotes, pour les thématiques qui les concernent. Le COPIL stratégique QGDR a défini les modalités d'articulation PAQSS/CQ, le CQ reprend les risques prioritaires qui sont intégrés et suivis dans le PAQSS, après validation par les instances concernées.

**ORGANISATION INTERNE**

Le management global de la démarche QGDR est assuré par le COPIL stratégique QGDR, sa composition et son fonctionnement sont définis. La mise en œuvre de la démarche est conduite par la direction et le service qualité. Ils gèrent les commissions suivantes : le comité de gestion des risques et revue des EI, qui se réunit une fois par semaine, le comité VIGIRISK qui se réunit 2 fois par an et assure la coordination des risques et vigilances. Ils coordonnent le fonctionnement de la sous commission EPP, en lien avec la CME. La directrice qualité est aussi la présidente de la CDU, elle organise son fonctionnement et l'articulation QGDR - CDU. Un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins a été désigné et il est membre de l'équipe QGDR. Ses missions sont formalisées. Un responsable des relations avec les usagers est identifiés. Il assure la gestion des plaintes et des réclamations en lien avec la CDU et le service QGDR. Il est présent aux comités VIGIRISK. Des pilotes du processus ont été désignés, au niveau stratégique : le directeur et la directrice qualité, au niveau opérationnel, les professionnels du service qualité en lien avec les pilotes des processus. Une fiche de mission définit leur rôle et responsabilités pour la conduite de la démarche. Pour atteindre ses objectifs l'établissement identifie ses besoins et met en œuvre les ressources nécessaires. Les besoins en formation sont identifiés, un plan de formation annuel est en place. La gestion documentaire est informatisée, une procédure de gestion documentaire intitulée "maîtrise des documents du système de management de la qualité" en décrit les modalités de gestion. Les besoins d'information à l'attention des usagers sont identifiés avec la CDU et des supports sont à leur disposition. La maintenance des locaux et équipements est organisée et opérationnelle. Le système d'information est structuré. La veille réglementaire est structurée. La gestion de crise : plan blanc, plan bleu, risque attentat est organisée et actualisée. Le circuit et la réponse aux alertes sanitaires est organisé. La gestion des interfaces et des circuits entre les différents partenaires internes et externes sont organisés, des conventions sont formalisées. Les organisations et les outils mis en place facilitent la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

**D / METTRE EN ŒUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

La mise en œuvre du PAQSS institutionnel est assurée par les pilotes des thématiques, qui sont souvent les cadres supérieurs de santé. Ils assurent ainsi le lien avec les secteurs d'activité et la sensibilisation des professionnels. L'information et sensibilisation des professionnels de chacun des secteurs d'activité se fait via les réunions de services, le site intranet de l'établissement qui comporte un espace QGDR, la lettre qualité et l'affichage. Cependant, le PAQSS n'est pas décliné dans les secteurs d'activité. La gouvernance des secteurs d'activité, n'est pas structurée en pôle. Ils n'ont pas formalisé de projet de pôle avec un volet qualité gestion des risques, ni de contrat de pôle. Les secteurs d'activité ne disposent pas d'un PAQSS incluant à la fois, les actions institutionnelles sur les thèmes transversaux et les actions spécifiques qui leur sont propres. Cela entraîne une méconnaissance par les professionnels de terrain des risques propres à leur secteur et des actions d'amélioration conduites. Lors des rencontres de services, il a été constaté une faible appropriation de la démarche par les professionnels de terrain. Des actions d'évaluation sont conduites, les résultats obtenus sont communiqués aux professionnels et aux instances dont la CDU. Le dispositif de déclaration des EI est connu. Des CREX sont conduits, en cas d'EIG et suite à

l'analyse en revue des EI. La conduite des EPP est accompagnée sur le plan méthodologique par un cadre de santé intégré au service qualité. Elle assure la coordination avec la commission EPP, dont les travaux viennent d'être relancés. Les actions correctives sont identifiées et conduites en associant les professionnels.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources matérielles nécessaires à la conduite de la démarche, sont en place : informatisation de la cartographie des risques, du PAQSS, des plans d'actions, de la GED et du dispositif de déclaration et gestion des EI et des vigilances. Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs d'activité, elles sont adaptées au type de structure et aux projets de soins : UMD, USIP, USLD, unités sectorielles adultes et structures de pédopsychiatrie. Des équipes pluriprofessionnelles développent des activités thérapeutiques, ergothérapeutiques et rééducatives. Le CLIN établit son programme annuel, mis en œuvre par l'EOH. Les sous commissions de la CME comme le CLAN et le CLUD mettent en œuvre leur programme d'action en s'appuyant sur des référents et l'encadrement soignant. Des vigilants sont désignés, ils sont membres du VIGIRISK. Les pilotes des processus ont bénéficié d'une formation adaptée à leurs missions. L'accompagnement méthodologique à la conduite de la démarche QGDR, des pilotes, des groupes de travail et des responsables de service est assuré par le service qualité. Un plan de formation intégrant des formations externes et des formations internes est mis en œuvre annuellement. Un tableau de bord permet de suivre son exécution avec le nombre de participants par action. Le service QGDR forme les nouveaux arrivants à la démarche QGDR et plus particulièrement à la déclaration des EI et utilisation de la GED. La cadre de santé intégrée au service qualité est formée aux méthodes EPP. Un protocole d'organisation des démarches EPP est formalisé. L'équipe QGDR dispose d'un questionnaire des risques, ainsi que de qualitiens formés au traitement des risques et aux méthodes d'analyse des causes profondes des EIG, comme la méthode CREX. Les documents nécessaires à la prise en charge du patient et à la conduite de la démarche QGDR, ainsi que des documents de traçabilité, sont disponibles dans la GED sur l'intranet. Le dispositif de déclaration des EI informatisé est accessible via le même support. Une procédure de gestion des EI incluant les vigilances est intégrée à la GED. Les compte rendus des instances et sous commission sont diffusés, l'encadrement est chargé de la transmission des informations aux professionnels de terrain. L'établissement est engagé dans un programme de rénovation de ses bâtiments et lieux de soins. Les locaux sont adaptés aux activités conduites. Les pratiques soignantes prennent en compte les contraintes architecturales et mettent en œuvre les adaptations nécessaires. L'accès handicapé est organisé. Les équipements et le matériel nécessaire sont mis à disposition des équipes et des usagers.

### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Les pilotes des thématiques s'appuient sur les instances concernées pour valider et accompagner la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la démarche. Les représentants des usagers sont associés à ce pilotage et plus particulièrement à la thématique droits des patients. Un règlement intérieur du COPIL stratégique QGDR, précise sa composition et son fonctionnement. Il définit la politique et assure le pilotage de la démarche. Les responsables du management institutionnel et du service QGDR, les représentants des usagers et les pilotes des processus, en sont membres. Les vigilances sont coordonnées et les instances concernées en assurent le suivi et l'articulation au sein du VIGIRISK, un règlement intérieur en précise la composition et le fonctionnement. La gestion des risques est organisée. Les risques à priori sont identifiés par processus, ils sont analysés et hiérarchisés. Une cartographie des risques est établie. Les modalités de leur traitement sont définies au travers de plans d'actions, articulés avec le PAQSS. Les risques prioritaires ont intégré le compte qualité. La gestion des plaintes et réclamations est structurée, leur circuit est identifié, les professionnels sont associés à leur traitement. La CDU en est informée régulièrement et un bilan est formalisé dans son rapport d'activité annuel. Un dispositif d'évaluation de la satisfaction des usagers est opérationnel, des points réguliers sont effectués, les résultats sont examinés en CDU et communiqués aux professionnels au travers d'un tableau de bord. La gestion des événements indésirables est informatisée, une procédure est à disposition des professionnels dans la GED

L'analyse et le traitement des EI est hebdomadaire, en comité de gestion des risques et de suivi des EI. Un tableau de bord de suivi des EI est formalisé, il rend compte des actions correctives immédiates engagées, de l'analyse effectuée et de l'organisation des actions restant à conduire. Les comptes rendus des CREX y sont aussi présentés avec les plans d'actions éventuels à intégrer au PAQSS. Les EI récurrents font l'objet d'un suivi et les actions de traitement intégrées et suivies dans le PAQSS. Les EIG font l'objet d'une analyse de causes profondes CREX et de déclaration externe en cas de besoin, une procédure de signalement à été formalisée. Les professionnels sont informés des suites données à leur déclaration et sont associés à leur traitement. La CDU est informée des EI et de l'ensemble des EIG déclarés, elle est associée à leur traitement. Le croisement de l'ensemble de ces données, ainsi que le suivi des vigilances est effectué et analysé en VIGIRISK.

Des actions d'amélioration y sont proposées, validées et intégrées au PAQSS institutionnel. L'organisation de leur mise en œuvre est suivie. Les responsables de la conduite des actions peuvent être les instances, des groupes de travail dédiés, les pilotes de processus ou des responsables identifiés en fonction de la thématique à traiter. Le service QGDR assure l'assistance méthodologique et le suivi des différents plans d'action. Il relance les responsables, saisit les instances ou sous commission, en cas de besoin. La procédure de gestion documentaire "maîtrise des documents du système de management de la qualité",

précise les modalités de rédaction, d'actualisation et de révision des documents qualité. Cependant, le système d'actualisation et de révision de la GED n'est pas totalement opérationnel. Le logiciel utilisé permet un suivi des échéances. Des alertes signalent la date butoir de révision, dont la fréquence a été fixée à 5 ans. La procédure prévoit alors un envoi au rédacteur afin qu'il révise et amende la procédure, en cas de besoin. Une fois le document révisé, ses références sont actualisées, puis il est remis dans le circuit GED. Le service qualité est confronté à l'absence de réponses de la part de certains rédacteurs, et ce, malgré les relances effectuées. Ce qui explique que l'on retrouve dans la GED des documents non révisés, tel que : des procédures relatives à des restrictions de liberté datant de 2011. Cela représente un risque de défaut d'actualisation des recommandations de bonnes pratiques comme constaté pour ces documents se rapportant à des pratiques à risque. Ce risque a été identifié dans le PAQSS CQ et des actions mises en œuvre. La mise en œuvre des EPP est suivie au sein de la commission EPP en lien avec la CME. Les plans d'actions sont intégrés au PAQSS. Une formation à la méthode patient traceur est proposée et la conduite d'audits est en cours de déploiement.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'établissement procède au recueil des indicateurs IQSS, HN. Il évalue la satisfaction des usagers et procède à des bilans et rapport d'activité tels que : CDU, CLIN, service qualité... Il évalue la réalisation du PAQSS annuellement. Il procède à des requêtes ponctuelles ou à périodicité régulière des données du DPI ou base PMSI. Il suit les données telles que : le nombre d'EI, d'EIG, de plaintes, de réclamations, de demande d'accès du patient à son dossier, de délais de réponse. Il établit un tableau de suivi de ses EPP, incluant les audits patients traceurs.

## **A / AGIR**

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

Suite aux évaluations et résultats des indicateurs, des actions d'amélioration sont mises en œuvre et coordonnées dans le PAQSS. Les indicateurs qualité sont analysés en comité stratégique QGDR et dans les instances concernées. Suite à l'évaluation annuelle du PAQSS, il est procédé au réajustement des objectifs et de la stratégie. Le CQ est suivi par le service qualité, une version actualisée a été remise aux experts visiteurs lors de la visite de certification. Le bilan annuel du PAQSS est présenté et validé en COPIL stratégique QGDR, en CME en CSIRMT, au CHSCT et en CDU. Les résultats des indicateurs sont communiqués aux professionnels via le portail qualité, la lettre qualité, les réunions de service et l'affichage. Ils sont communiqués aux usagers via la CDU et un affichage dédié dans chacun des services.

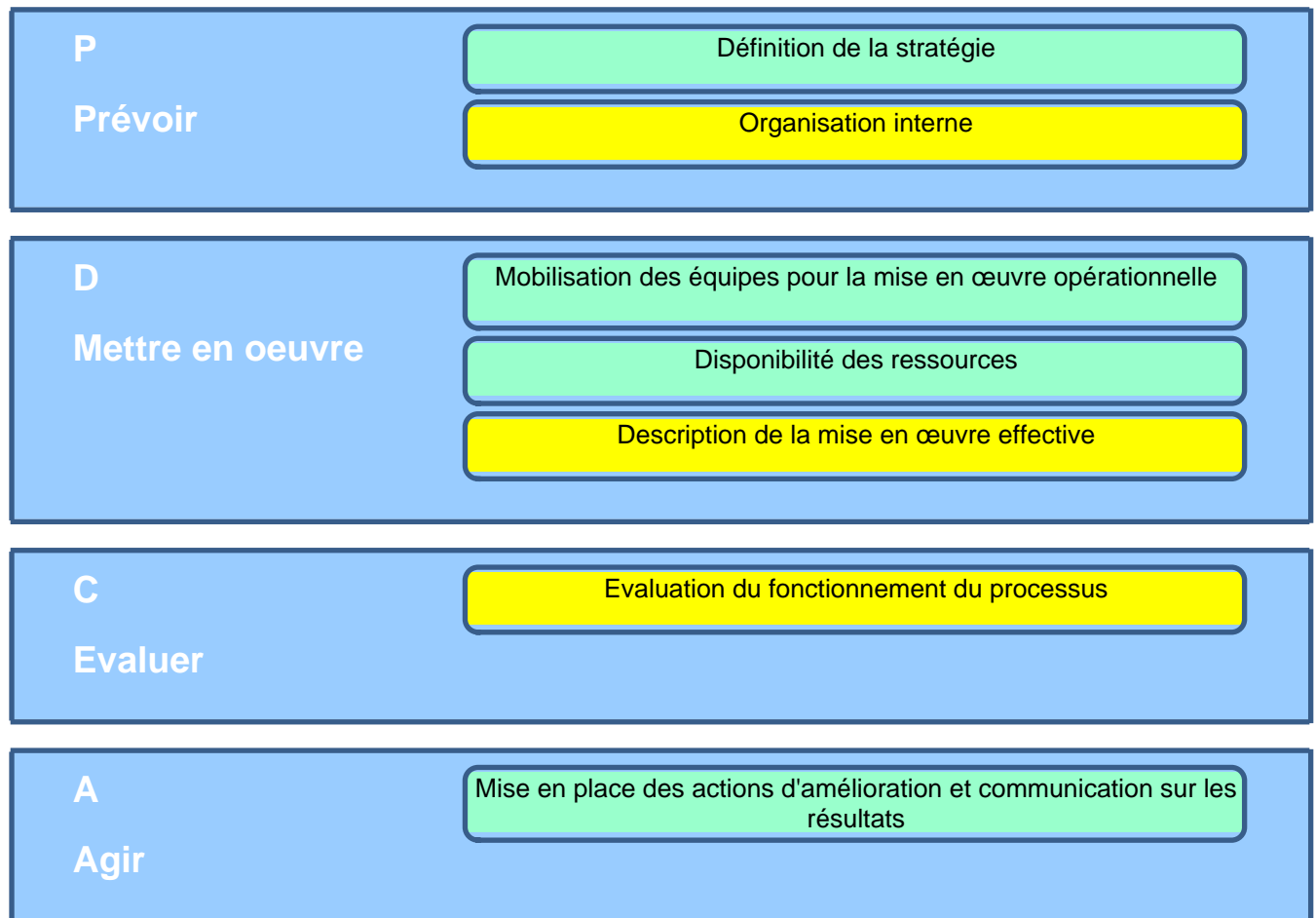
# DROITS DES PATIENTS

## 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**

Dans l'attente de la finalisation du projet d'établissement, la politique Droits des Patients a été formalisée dans un document 2017-2021, validé par la CDU en septembre 2017, puis en CME. Le respect des droits des patients et la prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance y sont précisés. Il a été élaboré sur la base de l'identification des besoins spécifiques, des exigences réglementaires et en mobilisant les données disponibles, telles que : les risques priorités, le rapport du contrôleur des lieux de privations de libertés sur les UMD et les bilans annuels de la CDU. Les droits des patients sont aussi intégrés au projet médical 2016-2020 et au projet de soins. Les objectifs sont déclinés dans le PAQSS institutionnel avec plan d'action unique. Les modalités de mise en œuvre sont précisées ainsi que les responsables, les échéances et les modalités de suivi. Les risques et plans d'actions priorités en associant les professionnels et les usagers, alimentent le Compte Qualité. Ces programme et Compte Qualité, ont été présentés et validés en instances : COPIL stratégique QGDR, CME, CSIRMT CDU.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a désigné un cadre supérieur de santé et un cadre de santé, pilotes de ce processus. Leurs rôles et responsabilités sont précisés dans une fiche de mission. Un groupe de travail relatif aux droits des patients : "démocratie sanitaire", réunit des professionnels de chaque secteur d'activité et les représentants des usagers, il se veut force de proposition dans ce domaine. Un comité d'éthique est en place. Des représentants des usagers siègent au CLAN, CLUD, CLIN. Au regard de ses missions et risques identifiés, l'établissement identifie les besoins et ressources nécessaires. Les besoins en compétences sont identifiés et des actions de formations internes d'adaptation à l'emploi sont conduites. L'intégration des nouveaux arrivants est organisée et des actions de sensibilisation au respect des droits des patients, conduites. Les besoins en formation sont recensés en matière de bientraitance, d'éthique et de droits des patients. Un plan de formation annuel est établi, dont l'exécution est suivie à l'aide d'un tableau de bord. Des formations régulières sont menées, chaque année, sur le thème de la bientraitance, lesquelles englobent l'isolement et la contention. Par ailleurs, des formations, que tous les agents ont suivi, participent à la prévention de la violence et à la réduction des mesures coercitives. Un dispositif structuré de gestion documentaire est en place, il intègre des documents relatifs aux droits des patients ainsi que des supports et modalités d'information des patients et de leur entourage, tout particulièrement pour ce qui concerne les hospitalisations sans consentement. Cependant, la gestion des mesures de restriction de liberté telles que l'isolement et la contention n'est pas complètement structurée. L'établissement ne dispose pas d'une politique d'encadrement et limitation du recours aux pratiques d'isolement et de contention, ni d'un rapport annuel rendant compte de ces pratiques et de l'évaluation de leur mise en œuvre, tel que préconisé par la loi du 26 janvier 2016. Il a conduit une EPP, sur cette thématique, qui a donné lieu à l'élaboration de protocoles, supports de surveillance et documents de réflexion. Cette EPP a été clôturée en 2013. Les pratiques d'isolement et de contention sont encadrées par 3 procédures : isolement strict et éventuelle contention stricte associée du patient hospitalisé, retrait séquentiel du patient en CHS et immobilisation séquentielle du patient. Ces trois procédures décrivent des pratiques d'isolement avec ou sans contention, soit dans la chambre d'isolement aménagée à cet effet, soit dans la chambre du patient. Elles précisent une mise en œuvre sur prescription médicale avec des modalités de surveillance infirmière. Un support synthétique d'information du praticien d'aide à la prescription intitulé "principes de prescription de l'isolement strict et du retrait séquentiel", est remis aux internes et aux nouveaux praticiens arrivants. Il précise les indications liées à chacune de ces mesures d'isolement avec obligation d'une prescription médicale dans les 2H. Pour l'isolement strict, il est précisé un renouvellement de la prescription toutes les 24H. Par contre, aucune indication n'est précisée pour le renouvellement de la mesure dite de retrait séquentiel. Seules les modalités de fin de cette mesure sont définies : fin du retrait à prononcer au plus tard une semaine après prescription en UMD et 6 mois après prescription, chez les patients polyhandicapés. Ces procédures intégrées à la GED, n'ont pas donné lieu à révision tous les 5 ans, comme prévu dans la procédure de gestion documentaire "maîtrise des documents du système de management de la qualité". Ces procédures n'intègrent pas l'ensemble les recommandations de bonnes pratiques actualisées, comme :

- l'initiation de la mesure d'isolement limitée à 12H
- 2 visites médicales par 24H
- l'isolement doit se faire dans un espace dédié à cet effet et sécurisé.
- isolement et contention ne peuvent être mis en place que pour les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement, avec nécessité de régularisation du mode de placement dans les 12H si confirmation de l'isolement pour un patient en HL
- indication de contention uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement
- initiation de la mesure de contention limitée à 6H

Ces procédures ne prennent pas en compte l'ensemble des pratiques de contention utilisées dans l'établissement comme : les ceintures ventrales et les barrières de lits. L'établissement a identifié le risque

d'atteinte à la libre circulation du patient et risque de privation de liberté, dans son PAQSS et CQ . Il a posé comme objectif, d'améliorer le recours à l'isolement et à la contention dans le respect des recommandations et instructions existantes. Au jour de la visite il a mis en place les 2 actions prévues à son plan d'action : mise en place du registre de suivi des mesures d'isolement et l'intégration des indicateurs de mesures d'isolement et de contentions prescrites, dans le cadre du recueil PMSI. La CME a identifié la nécessité de mettre en œuvre les recommandations de bonnes pratiques concernant l'isolement et la contention en psychiatrie dans sa séance d'octobre 2017. Le compte rendu précise que la décision a été prise de ne pas modifier les procédures en vigueur, pour l'instant. Les besoins en matériel, équipement et maintenance sont organisés et font l'objet d'un suivi. Le système d'information est structuré et opérationnel. La gestion des interfaces et des circuits est organisée et formalisée, pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité de l'établissement ainsi qu'avec les partenaires externes.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme d'action institutionnel relatif au processus droit des patients est décliné dans l'établissement par les pilotes, accompagnés par le service QGDR. Ils s'appuient sur la direction des soins, l'encadrement de proximité et les instances tels que : la CME, la CSIRMT, la CDU. Les professionnels sont informés des actions conduites, de leur évaluation et des résultats obtenus via les compte rendus les réunions de service et l'affichage dédié. Ils sont associés à l'identification des actions correctives et à leur mise en œuvre. Ils sont sensibilisés à la déclaration des EI, et associés à leur traitement. Les cadres de santé et les responsables de services, s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences sont adaptés aux besoins de chaque secteur d'activité et aux projets de prise en charge. La spécificité des soins en USIP et en UMD est prise en compte pour l'attribution des moyens en effectifs. La sécurisation des soins est organisée. Une équipe d'agents de sécurité formés peut intervenir à tout moment sur déclenchement du dispositif d'appel d'urgence: PTI. Les besoins en réadaptation et resocialisation du patient sont pris en compte. Un service d'ergothérapie est en place. Des compétences en ergothérapie sont aussi disponibles dans les services. Une cafeteria au centre social permet également de répondre à ces besoins. L'hospitalisation sans consentement est organisée conformément aux dispositions réglementaires. Un psychologue du personnel est à disposition en cas de besoin. Des réunions de régulation d'équipe sont en place en pédopsychiatrie. Un plan de formation est établi suivi et évalué annuellement. Des formations sont proposées telles que : droit des patients, éthique et bientraitance, ou projet d'accompagnement personnalisé et bientraitance en long séjour. Des actions de sensibilisation sont menées par l'encadrement sur : l'information du patient et de son entourage, les modalités d'hospitalisation sans consentement et les voies de recours. Un guide de bonnes pratiques de prise en charge des patients polyhandicapés est formalisé. Les besoins en formation relative à l'éducation thérapeutique sont identifiés au niveau institutionnel et des actions de formation sont mises en œuvre. L'information du patient sur le dommage lié aux soins fait l'objet d'une procédure.

La gestion documentaire est accessible via le portail qualité, connue des professionnels et actualisée. Une procédure de signalement des cas de maltraitance et une autre de "circuit de signalement des comportements inadaptes dans le cadre du soins", y sont présentes.

Un livret d'accueil du patient, actualisé est remis à l'admission du patient. Il est complété par des documents spécifiques en fonction de la structure d'accueil et du mode de placement du patient. L'accueil est organisé 24/24H. Le partage des rôles et responsabilités en matière d'information du patient à son arrivée est organisé.

Un affichage dédié aux patients, dans les espaces d'accueil et dans les services, regroupe les informations telles que : charte du patient hospitalisé, charte de droits des patients, charte de bientraitance élaborée avec les représentants des usagers, composition et rôle des RU et de la CDU. Ces informations sont aussi présentes dans le livret d'accueil.

Le nouveau règlement intérieur de l'établissement est en attente de validation. Il est décliné par secteur d'activité, qui y précise les spécificités de son fonctionnement.

L'établissement organise des actions d'information et de sensibilisation sur les droits des patients pendant la semaine de sécurité des patients, avec la contribution des représentants des usagers.

L'établissement est engagé dans un programme de rénovation de ses services d'hospitalisation. Cependant, les conditions d'hébergement dans quelques services, ne permettent pas le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Il reste encore deux unités avec des dortoirs de 3 ou 4 lits. Dans ces



services, des salles de bain communes sont utilisées. Le programme de rénovation e cours de réalisation verra, d'ici 18 mois, la disparition des deux unités. Dans l'intervalle, des cloisons de séparation pour les douches et WC, ont été installées, mais elles ne permettent pas toujours l'habillage et le déshabillage dans la douche. Par ailleurs, l'établissement dit limiter à 2 le nombre de patients installés dans les chambres à 3 ou 4 lits. Les professionnels intègrent ces contraintes dans leurs pratiques et sont attentifs à en limiter les effets. Une réflexion a été réalisée au Comité d'Ethique en novembre 2017. Les questionnaires de satisfaction font état de près 96% de satisfaction sur la question du respect de l'intimité et de 90% dans les unités précitées.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La question des droits du patient est intégrée à toutes les étapes de sa prise en charge. Il est informé, dès l'accueil dans le service, des modalités de son hospitalisation et de ses droits. Un livret d'accueil et un règlement intérieur lui sont remis. Ils précisent les règles de vie collective, le fonctionnement du service, les horaires de visite et les modalités d'aller et venir. Pour les patients hospitalisés sans consentement, une information est donnée sur le mode de placement et sur les voies de recours possibles. Cette information est adaptée en fonction de la situation clinique de la personne. Ces informations sont reprises lors de l'entretien médical puis l'entretien infirmier d'accueil.

La désignation de la personne de confiance est recueillie selon les modalités précisées dans une procédure disponible dans la GED. Le patient est informé sur la possibilité et les modalités d'accès à son dossier. Les pratiques soignantes permettent de garantir le respect de la confidentialité des informations. Les restrictions de liberté, font l'objet d'une prescription médicale et de réévaluations en équipe pluriprofessionnelle. Toutefois, la mise en œuvre de la liberté d'aller et venir n'est pas organisée conformément aux recommandations de bonnes pratiques dans certains secteurs d'activité. Des patients en hospitalisation libre sont hospitalisés dans des unités et/ou des espaces fermés à clé. En effet, dans certaines unités ouvertes, des espaces fermés ont été aménagés. Ils permettent d'y installer des patients en placement sans consentement, dont l'évaluation clinique impose une prise en charge dans un espace sécurisé. Des patients en hospitalisation libre peuvent aussi y être placés, dans l'objectif de les protéger : personnes âgées déambulantes, patients mineurs, patients polyhandicapés. L'établissement indique que cette décision est prescrite, réalisée de manière temporaire, pour une courte durée et après avoir mené une réflexion bénéfices/risques. D'autre part, des chambres de patients en hospitalisation libre peuvent se trouver dans cet espace fermé. Le patient passe alors sa journée dans l'espace ouvert, dans ce cas il ne dispose plus de l'accès libre à sa chambre, elle même fermée à clé, dans l'espace fermé. S'il a besoin de se reposer, il se retrouve alors en espace fermé. Ces situations se retrouvent dans les unités d'admission accueillant l'ensemble des entrées du secteur géographique dont elle dépendent. D'autre part, des patients polyhandicapés, hospitalisés en hospitalisation libre sont admis dans des unités fermées à clés, dans les unités intersectorielles pour polyhandicapés. Les équipes mènent actuellement une réflexion pour permettre un plein exercice de la liberté d'aller et venir pour ces patients avec les restrictions que peuvent réclamer leur état de santé dans le cadre d'un projet d'accompagnement personnalisé. L'établissement a identifié le risques d'atteinte à la libre circulation du patient et risque de privation de liberté, dans son PAQSS et CQ.

La réadaptation - réinsertion- sociale est organisée. Les projets de soins intègrent ce besoin y compris en UMD. Des activités sont organisées et mise en œuvre sur prescription médicale, soit en interne par le service d'ergothérapie, ou de rééducation, soit dans les services de soins. Des sorties thérapeutiques et accompagnement à l'extérieur de l'établissement sont effectués pour tous les services. Elles sont planifiées et organisées dans le respect des procédures réglementaires pour les personnes hospitalisées sans consentement. Des actions éducatives sont aussi menées dans un objectif de socialisation.

Le consentement et l'adhésion aux soins est recherché, afin de le rendre acteur de ses soins. La recherche de l'alliance thérapeutique est effective même lorsque le patient est hospitalisé contre son gré.

La réflexion bénéfice-risque est conduite, elle peut être discutée en équipe lors des réunions cliniques. Une organisation permettant le recueil du consentement éclairé ainsi que du refus de soins est opérationnelle, la traçabilité est assurée dans le dossier du patient et une procédure en précise les modalités.

L'établissement utilise un dispositif de vidéosurveillance sans enregistrement d'images, pour les accès extérieurs aux secteurs UMD et USIP. Les patients en sont informés lors de leur accueil.

La traçabilité de l'information en cas de dommages liées aux soins est définie.

Un dispositif est en place pour permettre le recueil de l'expression des patients : questionnaire de satisfaction, entretien individuel sur demande auprès des responsables de services et de la responsable des relations avec les usagers.

La CDU est opérationnelle, elle dispose d'un règlement intérieur précisant son fonctionnement. Un rapport d'activité annuel est établi et présenté aux instances dont la CME et la CSIRMT. La directrice

QGDR est aussi la présidente de la CDU, ce qui facilite les interfaces entre la conduite de la démarche QGDR et la CDU. Les représentants des usagers sont associés aux actions d'information et de sensibilisation des patients et des professionnels, lors de manifestations organisées au sein de l'établissement.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'établissement procède à des requêtes ponctuelles ou à périodicité régulière des données du DPI ou base PMSI pour le suivi des mises en chambre d'isolement. Ces évaluations sont conduites à fréquence régulière. Cependant, l'évaluation des droits des patients n'est pas entièrement structurée. L'établissement n'a pas défini de modalités d'évaluation à périodicité régulière, du respect des bonnes pratiques en matière de préservation des libertés individuelles, de restrictions de liberté, de la dignité et de l'intimité du patient. Par ailleurs, sur cette thématique, les secteurs d'activité ne conduisent pas d'actions d'évaluation de leurs pratiques, adaptées à leurs missions et populations accueillies. Le PAQSS, ne faisant pas l'objet de déclinaison par secteur d'activité, ils ne disposent pas de plans d'actions spécifiques, formalisés, permettant après mise en œuvre, la conduite d'évaluations ou le suivi d'indicateurs.

## **A / AGIR**

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

L'établissement met en place des actions d'amélioration intégrées au PAQSS. Les résultats des actions conduites sont communiqués en instances et aux professionnels, via les réunions de service et l'affichage. La communication vers les usagers se fait via un affichage dédié dans les unités d'hospitalisation et lieux d'accueil. Les actions font l'objet d'un suivi par le service qualité, le COPIL stratégique QGDR et en CDU, qui en rend compte dans son rapport d'activité annuel.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

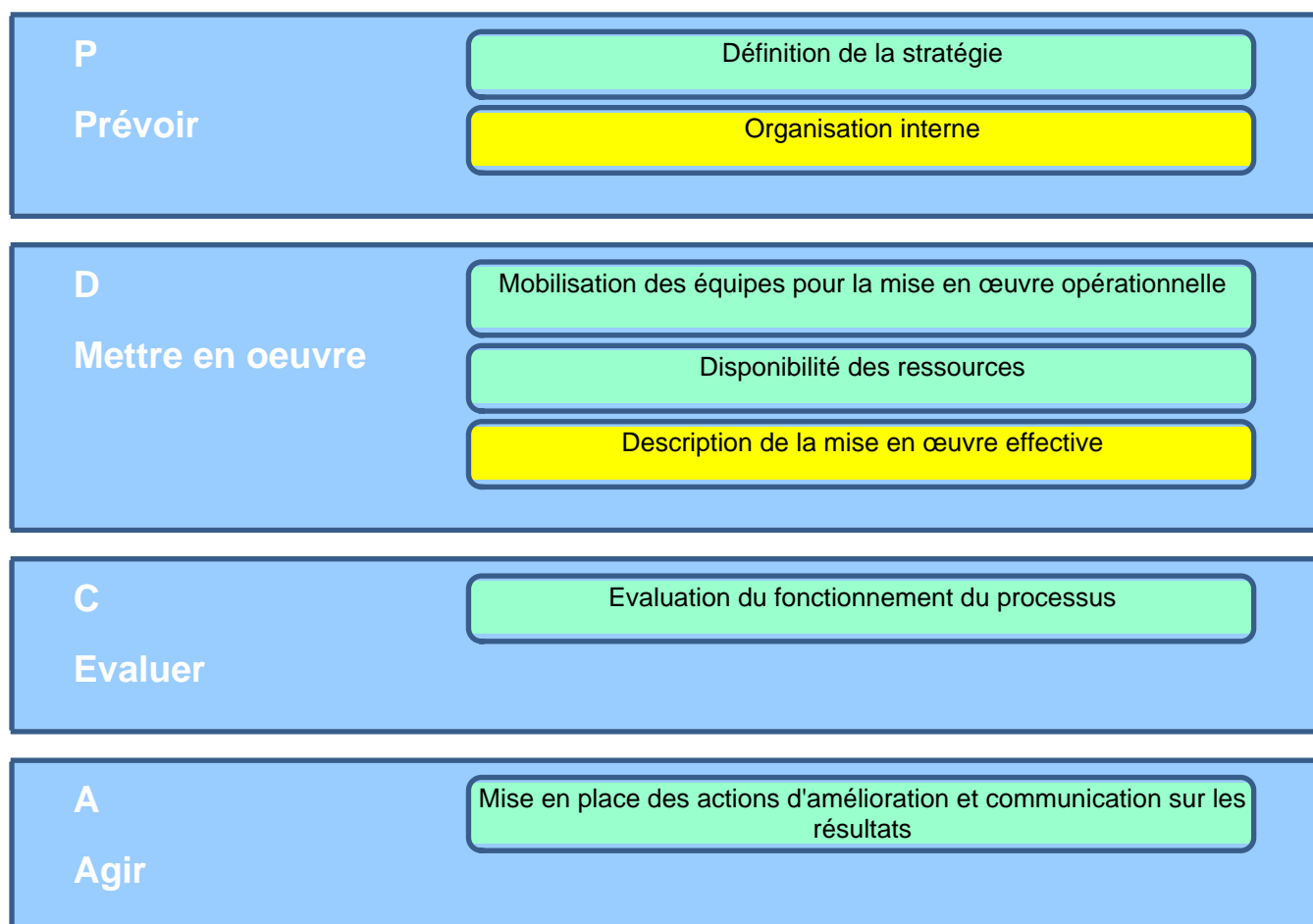
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 Spécialisé de Sarreguemines est un établissement public avec une activité de psychiatrie et de soins de longue durée situé dans le département de la Moselle. Depuis 2016, l'établissement est membre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) N°9 de Moselle-Est dont l'établissement support est le Centre Hospitalier de Sarreguemines. L'établissement a défini une stratégie et des objectifs concernant le parcours patient. Celle-ci est déclinée dans différents documents :

- Le CPOM 2012-2017 du centre hospitalier Spécialisé de Sarreguemines, qui comprend plusieurs orientations stratégiques dont celle d'améliorer la Qualité et la Sécurité des Soins et de mettre en place un pilotage interne pour assurer une maîtrise de la gestion financière et des ressources humaines, notamment.

- Le Projet Médical d'Établissement 2016-2020, qui prévoit d'améliorer l'accès aux soins psychiatriques, de créer un pôle spécifique de prise en charge somatique, de renforcer la filière en soins d'addictologie, et faire évoluer les prises en charge des différentes filières spécifiques de psychiatrie infanto-juvénile (petite enfance, enfance et adolescence), notamment.

- Le Projet Médical partagé du GHT 2017-2022, qui prévoit l'amélioration de la prise en charge des suicidants avec et l'intervention des psychiatres aux urgences du Centre Hospitalier de Sarreguemines et de Forbach et le développement de la psychiatrie de liaison dans ces Hôpitaux, notamment.

Cette politique du parcours patient découle d'une analyse des besoins, du contexte et des risques propres à l'établissement. Les orientations régionales portées par l'ARS (Plan régional de Santé 2012-2016) ont été prises en compte lors de l'élaboration du Projet Médical d'Établissement.

La stratégie a été formalisée dans un document intitulé « Politique d'Amélioration du Parcours Patient » 2017-2020 avec pour objectif de promouvoir et d'organiser le parcours du patient. Cette politique a été validée en Commission Médicale d'Établissement (CME) et en Commission des Soins Infirmier et de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT). La stratégie de prise en soin s'oriente vers une organisation en pôle avec la création d'un pôle dangerosité, un pôle réhabilitation psycho-sociale, et un pôle somatique, notamment. Les filières proposent des réponses de soins diversifiées permettant de répondre aux besoins de la population (hospitalisation temps complet, hospitalisation de jour, Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel, équipe mobile et consultations ambulatoires). Une cartographie sur le parcours patient a été réalisée, à partir des fiches d'Évènements indésirables, le rapport de certification V2010, le Comité de Retour d'Expérience (CREX), notamment. La hiérarchisation des risques a été réalisée avec les professionnels et a permis d'alimenter le compte-qualité de l'établissement dans lequel sont identifiés 4 risques prioritaires. Des actions d'amélioration sont proposées au regard de chaque risque, elles sont intégrées au PAQSS de l'établissement. Ce programme prévoit des modalités de mise en oeuvre, des échéances et des modalités de suivi.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus parcours patient. Ce pilotage est assuré par la Directrice des Soins, en lien avec la Vice-Présidente de la CME assurant l'intérim du poste vacant de Président de CME. Les rôles et responsabilités des Directeurs sont définis. La CME est saisie sur les sujets et problématiques relevant de sa compétence et répond à ses missions. Le règlement intérieur de la CME (novembre 2011) reprend les missions et rôle de cette commission et de son Président. La CSIRMT, présidée par la Directrice des soins est en place et s'est réunie à trois reprises en 2017.

L'organisation interne assure en grande partie l'adéquation des ressources et des compétences aux besoins de la prise en charge. Les effectifs des personnels paramédicaux permettent d'assurer la prise en charge soignante et psychologique, notamment, dans l'ensemble des filières de soins aussi bien en intra-hospitalier que dans les structures extra-hospitalières.

Le Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines cherche à recruter des médecins afin d'assurer la continuité des soins en psychiatrie, et en soins somatiques. L'organisation de la prise en charge somatique a été redéfinie récemment (projet médical 2016-2020) et structurée en « pôle de soins somatiques » pour optimiser et garantir le suivi somatique après des patients hospitalisés en santé mentale. Néanmoins, actuellement moins d'un tiers des postes du pôle somatique est pourvu. Ainsi la prise en charge somatique n'est que très partiellement assurée. L'établissement a défini une priorisation de la réalisation des examens somatiques. Les patients hospitalisés en soins sans consentement par exemple ne font pas tous l'objet d'un examen par le médecin généraliste, certains de ces patients ont

bénéficié d'un examen somatique en amont de leur hospitalisation en psychiatrie (au service des urgences, par exemple). Ce manque de moyen est également particulièrement prégnant pour les besoins de prise en charge des patients polyhandicapés, et les personnes âgées (soins de longue durée, notamment). Lors des investigations terrain, le personnel soignant a fait part de ses difficultés à répondre aux problématiques somatiques. Lors de la réalisation des patients traceurs le défaut d'examen somatique d'entrée et de suivi a été objectivé. L'unique médecin généraliste affecté récemment à temps plein est dans une période d'acculturation aux pratiques et organisations de l'établissement ce qui ne facilite pas ses actions au quotidien. Cette problématique a déjà fait l'objet d'une recommandation lors de la précédente visite de certification V2010. L'établissement a porté ce risque dans son compte-qualité.

Afin d'assurer l'adéquation des ressources et notamment des compétences, le Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines a établi plusieurs conventions avec des établissements du territoire et notamment le centre hospitalier de Sarreguemines, le centre hospitalier de Forbach, avec la maison d'arrêt de Sarreguemines et plusieurs associations, par exemple. Ces conventions sont régulièrement revues et actualisées. Des consultations cardiologiques, neurologiques, dermatologiques et dentaires sont organisées au niveau de l'établissement.

L'établissement a défini des règles de présence et un système d'astreinte (médicale, administratif et technique) qui permettent d'assurer la permanence des soins 24h/24. Un interne est de garde de 18 heures 30 à 8 heures 30 en semaine et sur l'ensemble de la journée le week-end et les jours fériés. Un psychiatre et d'astreinte en semaine de 17h à 8h30. Le Week-end et jour férié, un psychiatre est d'astreinte de 9h à 9h le lendemain, et un autre psychiatre intervient au centre hospitalier sur les matinées afin d'assurer la rédaction des certificats des patients hospitalisés sans consentement et la réévaluation des isolements thérapeutiques (chambres de soins intensifs).

Au regard de ses besoins et de ses risques spécifiques, l'établissement organise ses ressources humaines dans le but d'assurer la continuité et la coordination des soins. Le Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines a mis en place une Structure de Coordination des Soins (SCS) afin d'assurer la gestion du personnel en cas d'absence non-prévue, de gérer et d'orienter les admissions, assurer une aide aux services de soins (lors des urgences vitales, médicament urgent, par exemple).

Les besoins en formation continue sont identifiés lors des entretiens individuels annuels. Le plan de formation 2018 liste les différentes formations proposées dans le champ du parcours patient, sur les conduites addictives, l'éducation thérapeutique et la prise en charge du suicidant, notamment. L'établissement a défini des modalités d'intégration et de formation des nouveaux arrivants pour sécuriser l'exercice de leur fonction. Une journée d'intégration du nouvel arrivant est organisée semestriellement. De plus, récemment un dispositif de formation du nouvel arrivant en service de soins a été défini.

L'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources documentaires. Les protocoles et procédures sont disponibles dans la gestion documentaire informatisée de l'établissement.

L'établissement a identifié les ressources matérielles nécessaires et organise la réponse à ses besoins, notamment en poste informatique (dossier informatisé sur l'ensemble des structures, y compris sur les unités extra-hospitalières). Ce matériel permet la réalisation des activités thérapeutiques et assure la fonction transport. Un dispositif adapté de prise en charge des urgences vitales est défini : formation, identification et mise à disposition du matériel nécessaire comprenant la maintenance préventive et curative.

L'établissement a défini les différents circuits et interfaces entre les secteurs cliniques (liste des partenaires extérieurs, convention avec des établissements de santé) médico-techniques (laboratoire et imagerie) et logistiques (service informatique, maintenance de matériel, par exemple).

## **D / METTRE EN OEUVRE**

### **MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

La Vice - Présidente de CME et la Directrice des Soins mettent en œuvre la stratégie institutionnelle concernant le parcours patient. Ils contribuent, notamment, au déploiement des actions d'amélioration inscrites au PAQSS de l'établissement. La Directrice des Soins communique auprès de son équipe sur la politique de l'établissement et les actions d'amélioration à mettre en œuvre dans chaque service. Chaque cadre de santé et le(s) médecin(s) référent(s) de l'unité de soin sensibilisent les professionnels sur les objectifs de leur secteur et les informent des résultats des évaluations. La "lettre de la qualité" annuelle et les informations transmises via l'intranet de l'établissement permettent également de communiquer sur les résultats des évaluations. Des actions d'amélioration ont été identifiées de manière participative entre les cadres supérieurs de l'établissement, notamment lors de l'élaboration de la cartographie des risques sur le parcours patient. Récemment, l'établissement a engagé plusieurs actions sur le projet de soin

(adaptation des supports dans le dossier informatique), par exemple. D'autres actions portent le dispositif des urgences vitales (procédure d'urgence et sensibilisation des personnels).

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La politique et le management des ressources humaines permettent en grande partie de disposer des compétences nécessaires, en termes de recrutement, de formation continue, et de spécialisation des personnels. La disponibilité des locaux (restructuration des bâtiments et nouvelles constructions) et les approvisionnements en matériels et équipements nécessaires aux activités des services sont effectifs. Des activités à visée thérapeutique et éducative se déroulent en intra hospitalier par une équipe dédiée à la réhabilitation aux habilités sociales composée d'infirmiers, d'ergothérapeutes, de moniteurs d'éducation physique, notamment. Des activités à visée thérapeutique et éducative ont lieu également au sein des services de soins (intra et extrahospitalier) menées par les infirmiers de ces services. Les Unités pour Malades Difficiles (UMD) mettent en œuvre auprès des patients plus de 1000 activités par an à l'extérieur du Centre Hospitalier (marche populaire, cinéma, piscine, musées...). L'établissement dispose d'une balnéothérapie : l'équipe d'aides soignants réalisant les soins a été formée aux gestes d'urgences, à la maîtrise du risque infectieux et à la maintenance préventive des équipements. La fonction transport est organisée : des transporteurs privés assurent les transports sanitaires (ambulance et VSL) entre le Centre Hospitalier Spécialisé et les structures de consultations et d'hospitalisation. La formation est mise en œuvre, notamment dans la prise en charge du suicidant (42 personnes en 2017) et la formation aux gestes d'urgences (142 personnes ont suivi la formation AFGSU en 2017). La documentation nécessaire est accessible aux personnels via la gestion documentaire informatisée, notamment dans le domaine de la nutrition (« livret équilibre alimentaire » formalisé par le CLAN). Un dispositif de prise en charge des urgences vitales est en place : astreinte médicale, procédures diffusées et connues des professionnels. Un sac d'urgence est disponible et accessible dans les tous services. Cependant, seul un défibrillateur (DSA) est disponible sur l'ensemble du Centre Hospitalier Spécialisé contrairement aux recommandations des sociétés savantes sur les dotations minimales des chariots d'urgence. Le cadre de santé de la structure de Coordination des Soins apporte rapidement le DSA au niveau de l'unité de soin. Le SMUR basé à l'Hôpital de Sarreguemines distant de quelques mètres intervient très rapidement. Cette disposition est précisée dans le protocole et connu des professionnels interrogés lors des visites de terrain.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Des modalités d'accueil du patient sont mises en œuvre pour les différents parcours du patient. Les protocoles définis en la matière notamment pour les hospitalisations sans consentement sont mis en œuvre. L'admission peut être programmée suite à des consultations (hôpital de jour, hospitalisation temps complet) ou après consultation du dossier de pré-admission (unité de soins de longue durée). L'accueil en urgence est assuré : la situation clinique du patient est, dans un premier temps, évaluée aux urgences du centre hospitalier de Sarreguemines et de Forbach par l'équipe de psychiatrie de liaison. Si des soins sont nécessaires le patient sera orienté vers les structures adaptées (consultations ambulatoires ou hospitalisations complètes). Lorsqu'un patient se présente directement dans l'établissement avec une demande de prise en charge urgente, l'évaluation est réalisée par le médecin du secteur dont dépendant le patient, voire par le psychiatre d'astreinte ou l'interne de garde le cas échéant. A son accueil, un entretien est réalisé par le médecin et une infirmière avec un recueil d'informations. Le livret d'accueil est remis au patient. Il reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge. Le consentement au soin est recherché et signé par le patient. Pour les mineurs pris en charge en hôpital de jour, une autorisation de soin est signée par les parents.

L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé. Chaque professionnel réalise, sur des supports propres, son évaluation. Celles-ci sont tracées dans le dossier informatisé du patient. Le projet de soin individualisé est défini à l'issue de l'évaluation initiale. Cependant, le projet de soin personnalisé est insuffisamment lisible dans le dossier patient. Les observations et le recueil infirmier des besoins effectués à l'admission mettent rarement en évidence les conclusions d'un raisonnement clinique. Les objectifs de soin ne sont pas formalisés. Ceci expose à des soins inadéquats ou des difficultés de coordination entre les professionnels. Tout au long de leur prise en charge, les professionnels rédigent des observations/transmissions régulières qui permettent de tracer les actions de soin menée auprès du patient. De plus, le projet de soin est réajusté notamment lors des réunions institutionnelles dont la périodicité peut être variable selon l'unité. Il est à souligner que certaines unités n'ont pu mettre en place des réunions pluridisciplinaire (certaines Unités pour Malades Difficiles, secteur Lauzier, et quelques Hôpitaux de jour). Les ajustements thérapeutiques proposés lors de ces réunions, sont tracés dans le dossier à divers endroits selon les habitudes du service (observations médicales ou soignante, synthèse pluridisciplinaire, par exemple). Ce qui a été confirmé lors de la réalisation des six patients traceurs réalisés et lors de la vérification terrain dans le cadre de l'audit de processus "parcours patient". Dans le secteur des Poly-handicapés-adultes (PHA), un support papier formalisant le projet de soin personnalisé a été créé. Le projet de soin est notifié et chaque ajustement évoqué lors des synthèses est inscrit sur ce support. Ce document n'est pas intégré au dossier informatisé du patient et renforcer la démarche de soin (définition de macrocibles et de cibles de soin) et assurer une meilleure coordination entre les équipes.

La réflexion bénéfico-risque est présente tout au long de la prise en soin.

L'adhésion au projet thérapeutique du patient et de son entourage est toujours recherchée. Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes. Tous les professionnels concourant à la prise en charge du patient inscrivent leurs données dans le dossier patient, ce qui contribue à la circulation de l'information entre les différents professionnels. Les temps de transmissions et les réunions hebdomadaires dans la plupart des unités de soins auxquelles l'ensemble des professionnels assiste, sont des moments clé pour assurer une bonne coordination des soins. A noter que les professionnels intervenants dans les structures extrahospitalières sont présents lors de ces réunions, ce qui concourt à une meilleure coordination entre l'intra et l'extra hospitalier.

Si chaque patient hospitalisé ne peut bénéficier d'une consultation auprès du médecin généraliste, le psychiatre ou l'interne de spécialité en psychiatrie réalisent un examen succinct et interpellent si besoin leur confrère somaticien. Ensuite, le médecin généraliste peut être sollicité en fonction de l'état clinique et des demandes du patient. Un ECG et un bilan biologique sont réalisés pour chaque patient à son admission, ainsi que tout examens d'imagerie concourant à l'efficacité de la prise en charge. Le recours à des partenaires extérieurs est effectif, notamment en cas de besoins d'avis spécialisés.

La prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est organisée et assurée. En cas de handicap, le projet de soin tient compte des particularités de chaque personne. Cependant, la prise en charge des mineurs n'est pas complètement structurée. Au moment de la visite, des mineurs sont hospitalisés dans les secteurs adultes. Aucune dispositions institutionnelles de prise en charge n'a été énoncée, néanmoins les équipes soignantes sont attentives aux besoins propres et aux spécificités de prise en soin de cette population vulnérable. Si le patient est démuné, les assistantes sociales de l'établissement interviennent pour régler les situations sociales et financières complexes. Les deux infirmières de l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP), basée au CMP de Forbach, interviennent sur l'ensemble du département (principalement à la demande des travailleurs sociaux), pour favoriser l'accès aux soins des personnes démunies. (Réfugiés, notamment).

Le repérage du risque suicidaire est généralement réalisé avec une appréciation clinique et tracé dans le dossier du patient. La surveillance du risque suicidaire est prescrite et mise en oeuvre. Un secteur clinique a développé un questionnaire d'aide au repérage suicidaire que met en oeuvre les infirmiers du CMP afin d'optimiser l'orientation et la prise en charge des patients suicidaires.

Les troubles de l'état nutritionnels sont pris en charge : un suivi pondéral est réalisé pour chaque patient à l'admission comme l'a confirmé les patients traceurs. Les professionnels ont été sensibilisés à garantir la traçabilité du suivi pondéral comme le montre la bonne évolution des Indicateurs QSS des troubles nutritionnels. Des menus adaptés et des compléments nutritionnels peuvent être proposés, si besoin.

Le centre hospitalier spécialisé de Sarreguemines a un programme d'éducation thérapeutique autorisé par l'ARS, qu'il a développé et mis en oeuvre « mieux vivre avec une maladie psychique chronique ». Des activités à visé thérapeutiques sont dispensées par des personnes formées. Plusieurs groupes sont mis en oeuvre : éducation alimentaire, Psychose-Aider-comprendre-Traiter, activités manufacturières, par exemple. Lors de la précédente certification, l'établissement a eu une recommandation concernant l'éducation thérapeutique. Ainsi, il souhaite mettre un pôle « réhabilitation psycho-sociale » sous la responsabilité d'un médecin, chef de pôle. Ce pôle permettra de valoriser les actions déjà mise en place et de développer d'autres axes, notamment la réhabilitation par le travail (convention avec des entreprises locales) à travers des chantiers thérapeutiques.

La transmission des documents nécessaires au suivi du patient est réalisée vers les structures d'aval et/ou les médecins impliqués dans la prise en charge. Lors d'un transfert, une fiche de liaison infirmière est jointe au courrier médical afin d'assurer une bonne coordination.

L'envoi du courrier de sortie est réalisé dans des délais un peu plus courts qu'auparavant comme le montre l'évolution des résultats de l'indicateur "délai d'envoi du courrier de sortie" (recueil indicateurs QSS).

La sortie du patient est anticipée et organisée. Le patient et son entourage sont associés à la préparation de la sortie. Le projet thérapeutique peut inclure des retours à domicile progressifs avec un accompagnement soutenu des professionnels de l'établissement (Intervention A Domicile). Les partenaires extérieurs (services sociaux, institutions médico-sociales, par exemple) sont informés de la sortie voir associés à sa préparation (temps de synthèse) afin d'assurer la continuité de la prise en charge.

Le dispositif de la prise en charge des urgences est opérationnel : matériel d'urgence, connaissances des protocoles par les professionnels, agents formés.

Les circuits et les interfaces nécessaires au parcours patient sont respectés, notamment ceux du laboratoire, radiologie et du transport. Les instances concourant à la qualité du parcours du patient sont



opérationnelles : la CME, le CLAN et le CLUD sont régulièrement saisies et leurs propositions sont connues et appliquées. La traçabilité des données en temps utile est effective dans la majorité des secteurs comme l'atteste les parcours patients traceurs et les valeurs d'indicateurs de l'établissement.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a défini un dispositif d'évaluation du parcours patient, notamment sur la base d'indicateurs. L'établissement recueille les Indicateurs QSS et les indicateurs Hôpital numérique. 9 EPP sont en cours dans l'établissement, avec un suivi et une dynamique variable. La filière infanto-juvénile a engagé une évaluation des pratiques professionnelles sur la prise en charge des enfants atteints de troubles du déficit de l'attention, depuis 2015, elle est toujours en cours. Certaines EPP ont permis d'identifier des indicateurs de pratiques cliniques : taux de patient ayant un IMC>30 et ayant bénéficié d'une consultation diététique, taux de patients algiques chez lesquels une mesure de suivi est retrouvée, par exemple. L'établissement réalise des CREX après les événements indésirables graves liés aux soins, notamment les tentatives de suicides. La Direction des Soins établit un bilan annuel d'activité : celui de 2016 présenté lors de la visite présente à la fin de chaque constat le projet envisagé pour 2017. Le bilan d'activité 2017 n'est pas formalisé à ce jour. L'organisation de « sortie et ordre de missions » (sorties extérieures proposées aux patients hospitalisés sans consentement) a fait l'objet d'une évaluation en 2014 mais non renouvelée. Les professionnels ont déclaré un peu plus de cent événements indésirables en lien avec la thématique en 2017 (essentiellement des chutes : 99 fiches d'évènements indésirables).

## A / AGIR

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

L'établissement analyse les résultats des évaluations, et notamment des indicateurs. Des actions d'améliorations ont été formalisées au regard des principaux risques identifiés dans le compte-qualité. Ces actions sont intégrées et articulées avec le programme d'action institutionnel. 81 actions d'améliorations sur la thématique parcours patient figurent au PAQSS de l'établissement : améliorer la lisibilité globale des transmissions ciblées infirmières, pérenniser la formation pluriannuelle du personnel soignant en matière de prévention du risque suicidaire, par exemple. La communication des résultats est réalisée en interne auprès des professionnels lors des réunions institutionnelles, et via la feuille de la qualité du Centre Hospitalier.

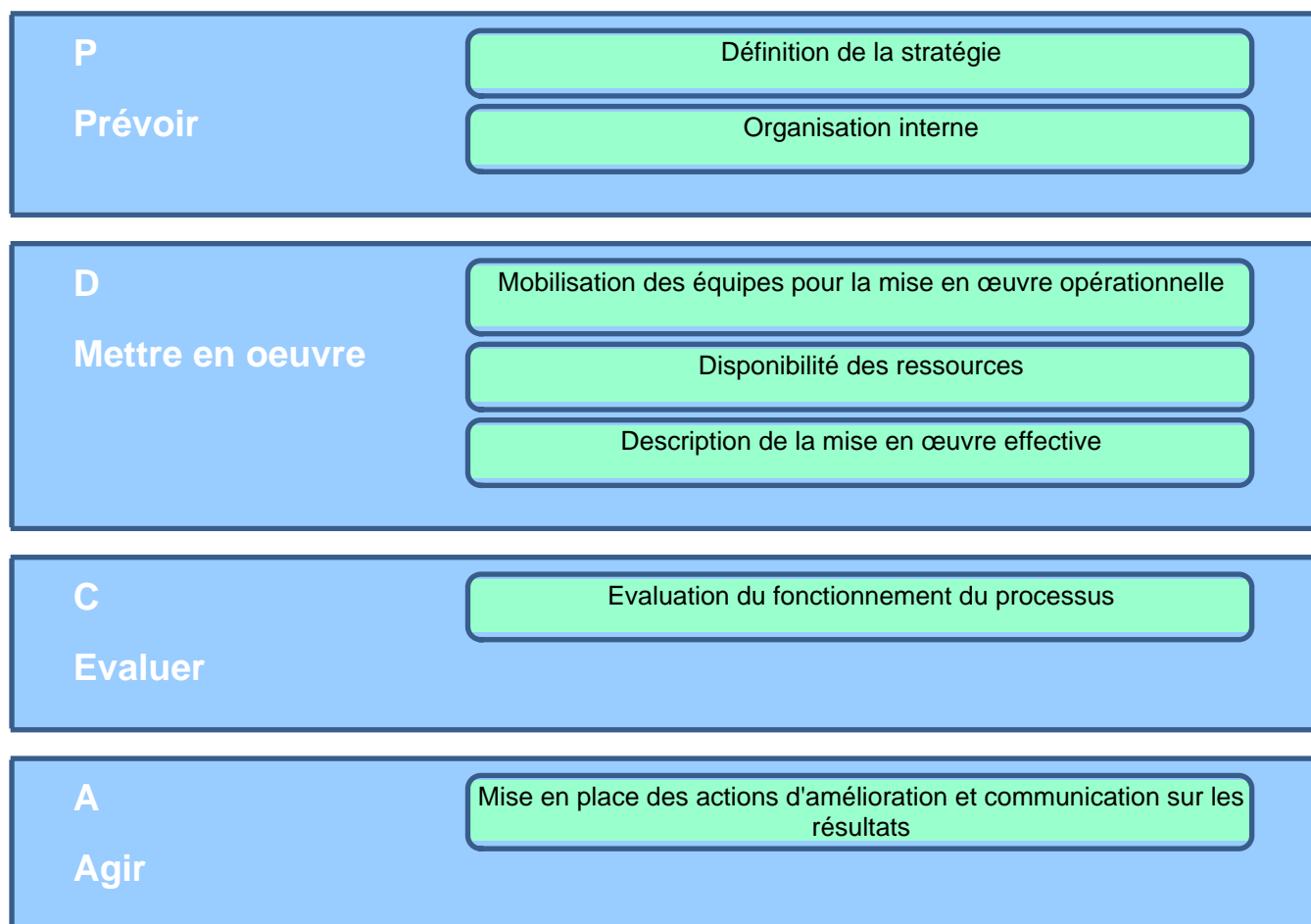
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement a formalisé une stratégie et des objectifs sur le développement du dossier patient en prenant en compte les besoins des utilisateurs. La politique du dossier patient s'appuie sur une expérience ancienne et progressive de déploiement du dossier patient informatisé depuis près de vingt ans, avec depuis deux ans une orientation forte vers la dimension « zéro papier ». Cette politique a été actualisée en septembre 2017 dans le document «Référentiel guide d'utilisation du dossier patient ». La stratégie répond à une identification et une analyse méthodologique des risques concernant le dossier patient et la sécurité du système d'information. Les données du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins relatif au processus dossier patient ainsi que le suivi des indicateurs hôpital numérique, l'analyse des événements indésirables, le recueil des expériences et des demandes du terrain, les travaux de différents groupes de travail, ont été pris en compte pour définir et prioriser les risques inscrits dans le compte qualité relevant de ce processus. Des plans d'actions ont été établis en lien avec les objectifs de la stratégie du dossier et les différents risques identifiés. Ces plans d'actions sont structurés (pilotes, modalités de suivi, échéanciers...).

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage stratégique du processus dossier patient est assuré par le médecin responsable du Département d'Information Médical. Il est conduit en étroite relation avec l'ingénieur d'information médicale qui en assure le pilotage opérationnel. Le groupe de pilotage opérationnel est élargi au directeur des soins, à un praticien hospitalier et à un technicien d'information médicale.

Le «Référentiel guide d'utilisation du dossier patient » prend en compte les obligations légales et réglementaires. Il précise les responsabilités des professionnels relatives à la tenue du dossier patient et les règles d'accès aux dossiers archivés aux archives centrales en fonction des besoins. Il indique les modalités de renseignement dans le dossier patient informatisé (DPI) des informations médicales et de soins recueillies sur les sites des hôpitaux du CH Robert Pax à Sarreguemines, du CH Marie-Madeleine de Forbach et à l'USMP de Sarreguemines. Les droits d'accès des utilisateurs ont été définis en fonction de leur niveau de responsabilité. La sécurité des informations des données du DPI est assurée. Le contrôle du respect des conditions d'accès au DPI par les professionnels de santé est mentionné dans ce document. Les règles et les capacités d'archivage du DPI par l'établissement sont conformes à la réglementation. Cependant, les modalités de fonctionnement en cas de panne ne sont pas formalisées. Si le guide fait référence à un plan de continuité d'activité automatisé fonctionnel depuis septembre 2017, celui-ci n'a pas encore été protocolisé, ni validé. En l'absence de plan de continuité d'activité validé, le risque de perte d'informations nécessaires à la continuité des soins en cas de panne informatique est présent même si son occurrence est faible. Le risque a été identifié par établissement. Il est priorisé dans le compte qualité et fait l'objet d'un plan d'action en cours. Mais à la date de la visite, le plan de continuité d'activité reste à l'état de projet. La réflexion n'est pas encore totalement aboutie concernant la définition du dossier minimum qui resterait accessible aux professionnels de santé en cas de panne. Il n'a pas encore été défini les modalités de saisie des informations médicales du patient durant la période de la panne. Actuellement, des dispositions variables existent déjà dans les unités portant sur l'impression de la dernière ordonnance pour assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse ou parfois d'autres documents selon des initiatives qui ne sont pas homogènes dans les unités.\$

Pour accompagner les évolutions de la solution logicielle du dossier patient, le comité de pilotage a élaboré un module de formation spécifique pour les professionnels de santé. Cette action de formation trouve un prolongement dans la désignation dans chaque unité d'un « formateur relais » logiciel DPI, constituant un réseau pouvant accompagner les utilisateurs du dossier patient informatisé. Les demandes d'évolution du DPI par les utilisateurs en fonction de leurs besoins spécifiques de prise en charge sont prises en compte dans les évolutions du logiciel. La disponibilité du parc informatique est relativement satisfaisante, avec des perspectives d'évolution vers la mise en place prochaine d'un réseau WI FI et d'ordinateurs portables pour répondre à un besoin de plus grande fonctionnalité pour les utilisateurs dans les unités.

Tous les dossiers papiers antérieurs au déploiement de la solution informatisée sont archivés au service des archives médicales centrales et sont disponibles à la demande des professionnels de santé selon des modalités connues.

Les règles de communication du dossier au patient sont définies. Elles prennent en compte les particularités liées aux patients mineurs, le respect de la non communication des informations concernant ou recueillies auprès d'un tiers et les prescriptions particulières pour les patients ayant fait l'objet d'une mesure de soins sans consentement. La possibilité d'accès du patient à son dossier est

rappelée dans la charte des patients hospitalisés. Les règles de communication du dossier sont décrites dans le livret d'accueil remis aux patients. L'établissement a élaboré un formulaire spécifique de demande de dossier par un patient qui comporte l'ensemble des informations nécessaires pour sa mise en œuvre. Ce formulaire est également accessible au public sur le site internet de l'établissement. Le circuit du traitement de la demande de communication du dossier est connu des professionnels de l'établissement.

## D / METTRE EN ŒUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La politique de tenue du dossier patient est relayée au niveau des unités par l'encadrement dans une démarche de mobilisation des professionnels de santé sur la qualité et la traçabilité des informations relatives à la prise en charge des patients. Ils disposent des indicateurs de l'établissement et de leur déclinaison concernant leurs unités. L'encadrement de proximité met en place des actions d'évaluation et de suivi.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le déploiement de la dernière version de la solution logicielle du DPI a fait l'objet d'une action importante de formation des personnels pour les accompagner dans cette évolution. La disponibilité des moyens informatiques est satisfaisante dans les unités pour répondre aux besoins des utilisateurs. Les ressources documentaires relatives à la constitution et la tenue du dossier patient informatisé sont accessibles dans la base documentaire par tous les utilisateurs. Cependant, les conditions d'archivage des dossiers papiers ne sont pas totalement sécurisées. Il a été constaté lors de la visite des locaux des archives centrales que ceux-ci n'étaient pas sous alarme et qu'ils ne disposaient pas d'un système de détection incendie garantissant la sécurisation des archives médicales au sein des locaux des archives centrales de l'établissement. Cette situation représente un risque portant sur la confidentialité des données par acte de malveillance et sur la perte d'information en cas de destruction accidentelle.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des différents secteurs d'activité de l'établissement ont une bonne connaissance de la mise en œuvre du dossier patient informatisé. La politique « zéro papier » est maintenant effective dans l'ensemble des unités de l'établissement. Les procédures de dématérialisation des documents venant de l'extérieur de l'établissement sont systématiquement mises en œuvre et leur destruction après numérisation est effective dans des conditions préservant les règles de confidentialité. Il n'y a plus au niveau des secrétariats des unités de soins d'archivage de documents médicaux sous forme papier. L'accès au dossier du patient est possible en temps réel sur l'ensemble de l'établissement en intra et en extra hospitalier à tous les personnels de santé impliqués dans la prise en charge. L'architecture du dossier patient informatisé permet de répondre aux besoins de traçabilité des informations médicale et celles liées aux soins. Une évolution du DPI est en cours d'élaboration pour permettre une meilleure lisibilité du plan de soins.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins, ainsi que les indicateurs hôpital numériques sont suivis. Les indicateurs de suivi portent sur la réalisation des actions inscrites au compte qualité. Des audits ciblés sont également mis en œuvre portant sur des aspects particuliers de la tenue du dossier patient (traçabilité de la personne de confiance, fiche de liaison, etc...). Le contrôle de la conformité de l'accès des professionnels de santé au dossier du patient est réalisé en routine de manière automatisée pour s'assurer de la conformité des accès au regard des responsabilités professionnelles. Il est assuré quotidiennement par le service informatique. Le suivi de l'indicateur du délai de communication du dossier au patient à sa demande rend compte du respect de la réglementation. Il est réalisé en routine. Les résultats sont présentés aux instances de l'établissement et à la commission des usagers.

## A / AGIR

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

Les actions mises en œuvre relatives au dossier patient portent sur la traçabilité et la sécurisation en temps réel des données concernant la prise en charge des patients. Elles portent également sur le réajustement et l'amélioration du dossier patient informatisé au regard des pratiques soignantes. Les indicateurs de suivi du processus du dossier patient sont présentés régulièrement aux instances de

l'établissement et font l'objet d'une communication au niveau des unités. La mise en évidence en 2017 de plusieurs accès par des professionnels de santé à un dossier patient pour lequel ils n'étaient pas impliqués dans la prise en charge a fait l'objet d'une déclaration d'évènement indésirable grave. Ce signalement a été suivi d'un rappel écrit des règles à observer et des sanctions disciplinaires voire pénales auxquelles s'exposaient les contrevenants aux règles de respect du secret professionnel.

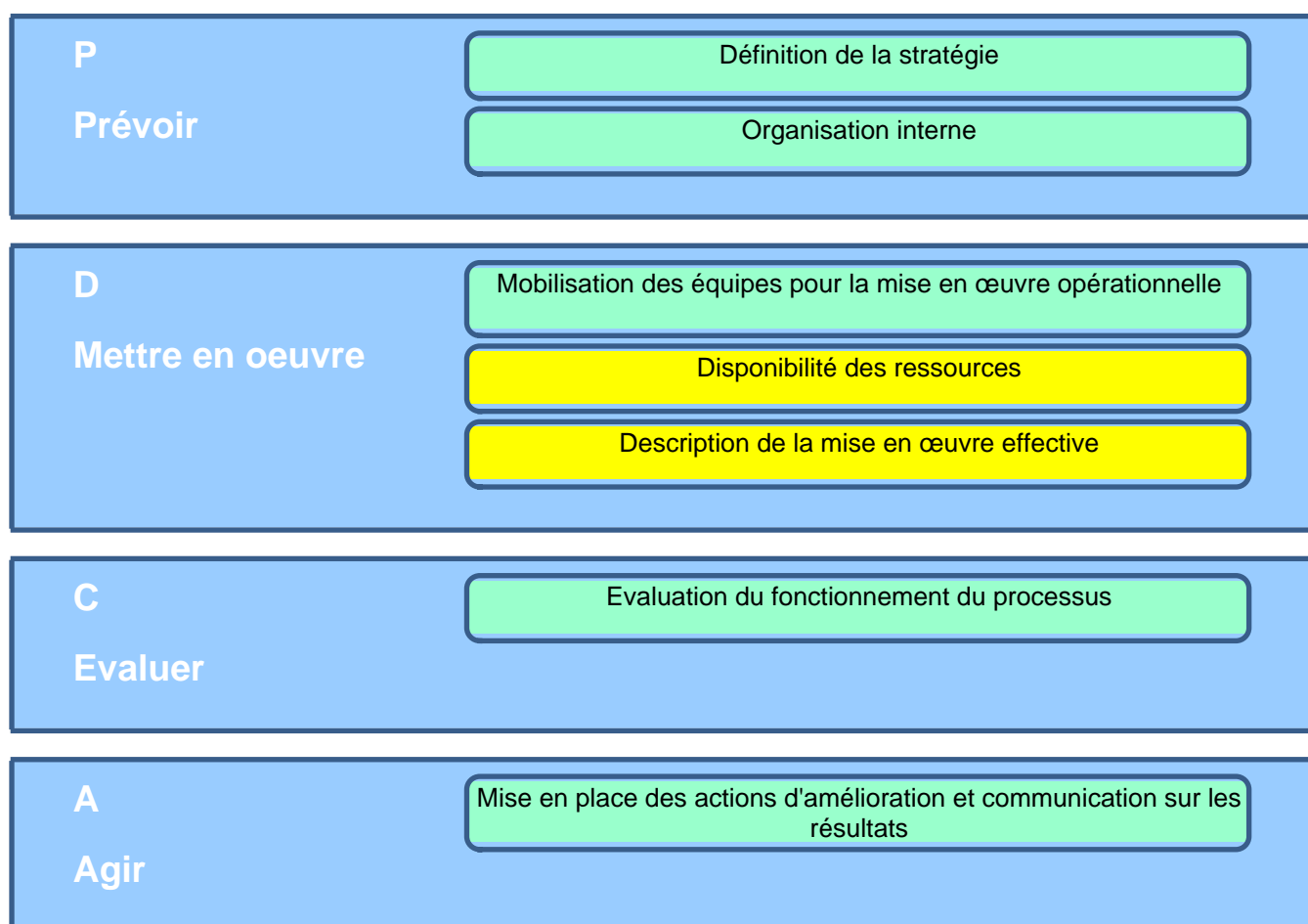
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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**

Il existe une politique de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, validée le 15 novembre 2013. Cette politique comporte une cartographie des processus de la prise en charge médicamenteuse. L'objectif central défini est de s'assurer que les bons médicaments soient prescrits, dispensés, administrés au bon patient, à la bonne posologie, au bon moment, selon la bonne voie, avec une information au patient, avec un rapport bénéfice-risque optimum pour le patient, avec une surveillance adaptée et au coût juste et nécessaire. La direction du CHS et la CME se sont engagés en ce sens. La politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du CHS de Sarreguemines est construite au travers des orientations stratégiques déclinées dans le projet médical et dans le CPOM. Elle est intégrée à la politique générale en matière de qualité, sécurité des soins et gestion des risques. Elle s'inscrit dans la continuité d'une démarche qualité engagée depuis plusieurs années qui a abouti à l'informatisation complète des processus de prise en charge médicamenteuse à travers l'informatisation du dossier patient. Les dispositions spécifiques relatives au sujet âgé sont prévues : une EPP sur la poly médicalisation des personnes âgées est en cours suite à une réserve majeure en V2010, réserve levée lors de la visite de suivi. La PUI a fait l'objet d'une inspection de l'ARS le 12 avril 2013 et d'une enquête dans le cadre d'un projet d'extension de la PUI avec une visite de l'ARS le 25 mars 2015. L'établissement a identifié les risques relatifs au circuit du médicament et en a inscrit 9 principaux dans le compte qualité. Les risques identifiés sont priorisés et hiérarchisés selon l'échelle de la HAS. Des plans d'actions sur les risques identifiés sont en place avec une définition du pilotage, du calendrier et des modalités de suivi. Ils sont inscrits dans le Compte Qualité de l'établissement, qui est géré conjointement par le service qualité et la pharmacie. Le PAQSS reprend les actions poursuivies. Un échéancier est proposé et des pilotes sont désignés. Un état d'avancement est formalisé (non initié, en cours et réalisé). Les objectifs et les moyens mis en œuvre sont définis en COPIL qualité gestion des risques.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus de prise en charge médicamenteuse, mais la fonction de responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse n'est pas assurée. Depuis le départ en début d'année 2018 du responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse officiellement nommé, la mission n'est plus assurée. L'établissement n'a pas à ce jour désigné un remplaçant sur cette fonction. Les missions sont assurées par le responsable de la pharmacie, un médecin prescripteur et un interne en pharmacie. La COMEDIMS, sous-commission de la CME, se réunit régulièrement et remplit son rôle.

L'effectif de la PUI se compose de 2 pharmaciens, 1 faisant fonction d'interne en pharmacie et de 3,2 ETP préparateur. Leurs rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans des fiches de poste. Les nouveaux recrutés et les étudiants bénéficient d'une sensibilisation sur le circuit du médicament, dont les erreurs médicamenteuses, lors des journées d'accueil des nouveaux arrivants (1 à 2 séances par an).

Sur le plan des ressources documentaires, une gestion électronique des documents est organisée sur l'établissement. Les documents relatifs au circuit du médicament et à la prise en charge médicamenteuse sont formalisés. Le manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse est en place. Sa formalisation a été réalisée en 2012. Le livret du médicament a été formalisé. La liste des médicaments à risques est élaborée.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse en lien avec le système d'information est en place sur la totalité des unités d'hospitalisation complète et des unités extra hospitalières. Cette informatisation est confirmée par l'indicateur hôpital numérique.

En matière de ressources matérielles, les locaux, matériels et équipements nécessaires sont établis pour permettre le fonctionnement du processus de prise en charge médicamenteuse.

La permanence pharmaceutique est organisée. Une procédure organise la mise à disposition de dotation supplémentaire pour besoins urgents dans les services de soins. La structure de coordination des soins, composée de cadres de santé, avec une présence constante de 2 cadres sur l'établissement, répond notamment aux besoins urgents en dispositifs médicaux et en médicaments. Ils accèdent à un stock tampons d'urgence. Une astreinte des pharmaciens complète le dispositif.

Les règles et supports de prescriptions sont définis et validés pour l'ensemble des médecins. Les prescripteurs disposent de logiciels d'aide à la prescription. Un livret thérapeutique actualisé figure également dans le logiciel.

L'organisation de l'administration des médicaments aux patients dans les unités de soins est définie dans le guide de bonnes pratiques de 2013. Il comprend les différentes étapes du circuit ainsi qu'une liste des principaux risques d'erreurs médicamenteuses.

Le transport des stupéfiants est organisé conformément à la réglementation. Une dotation est à disposition dans un compartiment sécurisé dans l'armoire à pharmacie tenue fermée à clé. Les approvisionnements sont réalisés par le pharmacien. Cette marche à suivre est protocolisée.

Le recueil des erreurs médicamenteuses est organisé tant en matière de signalement que d'analyse. Le signalement se fait par le système informatisé de déclaration des événements indésirables sur l'établissement. Une méthodologie d'analyse des erreurs médicamenteuses est définie et des REX sont organisés en cas de besoin avec des professionnels de la pharmacie et de la qualité formés à l'analyse approfondie des causes. La méthode d'analyse utilisée est la méthode Alarm - Orion.

La conciliation médicamenteuse est engagée. La pharmacienne faisant fonction d'interne a initié la démarche auprès de quelques patients, notamment chez les personnes âgées de + de 65 ans.

L'information des patients sur le bon usage des médicaments est organisée. Des dispositifs d'information et d'éducation du patient sont organisés sur différents sites de soins : psychoéducation, groupes de paroles, ateliers.... Des documents permettant l'information du malade sur le bon usage des médicaments sont à disposition dans les unités de soins : dépliants, fiches d'information... Par ailleurs, un programme d'éducation thérapeutique a été validé par l'ARS. Ce programme est en cours de développement sur l'extra-hospitalier.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée avec le laboratoire. Dans ce cadre, les pharmaciens peuvent accéder aux données cliniques par le dossier informatisé ainsi qu'aux résultats des analyses biologiques.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins de l'établissement, les professionnels de la PUI et les cadres d'unités de soins organisent la déclinaison de la démarche de prise en charge médicamenteuse en objectifs et plan d'actions opérationnels. Les professionnels de la PUI, l'équipe d'encadrement et le service qualité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs services ou sur le processus. Dans ce cadre, les professionnels de la PUI rencontrent les professionnels dans les unités de soins. Ils sont présents également sur les FEI et les REX liés aux erreurs médicamenteuses. Dans les unités de soins, les cadres de proximité sensibilisent les professionnels aux signalements des erreurs médicamenteuses et au respect des procédures relatives au circuit du médicament. Des visites de contrôle des armoires à pharmacie sont réalisées dans les unités intra et extrahospitalières par l'équipe de la pharmacie.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles au niveau de la pharmacie. Les pharmaciens sont formés à l'analyse approfondie des causes. La pharmacienne responsable de la PUI est formée à l'Education Thérapeutique du Patient. Cependant, des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses ne sont pas menées de façon régulière. Dans les documents mis à disposition, il a été retrouvé uniquement une formation sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, réalisée en 2013 pour 5 groupes de 10 professionnels environ. Une sensibilisation comportant un item relatif à ce thème est faite lors de la journée d'accueil des nouveaux arrivants, soit 1 à 2 fois par an. Le plan de formation des dernières années ne prévoit pas d'actions sur la sécurisation du circuit du médicament. Ce constat avait déjà fait l'objet d'une observation lors de la visite de certification V2010.

La documentation relative à la prise en charge médicamenteuse est accessible à l'ensemble des professionnels par la gestion électronique des documents en place sur l'intranet.

Les ressources en matériel sont disponibles dans les secteurs. Les locaux répondent aux besoins des professionnels. Les salles de soins et les armoires à pharmacie sont sécurisées. Les professionnels disposent de postes informatiques pour la prescription et pour la traçabilité de l'administration des médicaments dans les bureaux ou salles de soins. Leur nombre est relativement contraint pour certaines unités de soins ne facilitant pas le travail de saisie des traçabilités du médicament. Néanmoins, les locaux et les équipements de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) ne répondent pas aux exigences réglementaires. La pièce de stockage de médicaments comporte des armoires volumineuses en bois avec des portes ouvertes en permanence. De ce fait, les surfaces ne sont pas lisses, imperméables, sans fissures. Cette zone sert également de zone de distribution et de dispensation. Cette pièce n'est donc plus adaptée à une réalisation rationnelle de la distribution des produits fournis par la PUI et à la



dispensation des médicaments rendant les postes de cueillette non fonctionnels. Par ailleurs, des bouteilles d'oxygène pleines sont stockées dans un coin de la pièce, contre des étagères de médicaments. Des bouteilles vides non arrimées sont entreposées à côté de bouteilles pleines arrimées. La surface disponible est de taille réduite et ne permet pas une distinction des zones d'entreposage des bouteilles. Dans la salle de préparation des médicaments, la zone de préparation n'est pas exclusivement réservée à l'exécution des préparations magistrales. De fait, les conditions actuelles ne permettent pas d'assurer la réalisation des préparations magistrales dans des conditions d'hygiène suffisante. Les opérations de conditionnement unitaire et de sur-étiquetage sont également réalisées dans cette zone et non dans un local dédié, comme il se doit. La salle de stockage des dispositifs médicaux est encombrée et l'espace n'est pas suffisant pour accueillir l'ensemble du stock des dispositifs médicaux et du matériel médical. La zone de réception et de livraison se réduit à un couloir débouchant sur un quai de chargement - déchargement. Des produits volumineux et des produits inflammables sont entreposés sur des palettes dans ce couloir. Les entrées et sorties sont réalisées dans cette même zone pouvant entraîner un risque de confusion entre les produits entrants et sortants. Ce constat a également été réalisé par le pharmacien inspecteur de santé publique en avril 2015 dans le cadre d'une enquête préalable à l'instruction d'une demande d'aménagement des locaux de la PUI. A ce jour, aucun projet de réaménagement de la PUI n'est initié.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

La rédaction des prescriptions médicales durant l'hospitalisation est conforme aux bonnes pratiques, confirmées par l'indicateur national relatif à la tenue du dossier patient (TDP).

L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient incluant le traitement personnel est effective pour une majorité des ordonnances et notamment pour les prescriptions de médicaments à risques et les personnes âgées. Une conciliation médicamenteuse entrée/sortie est engagée par le pharmacien faisant fonction d'interne. Les avis pharmaceutiques sont rendus dans le logiciel de prescription aussi bien à l'attention des prescripteurs que des infirmiers sur les précautions d'usage liés à l'administration des médicaments.

La dispensation actuelle est une délivrance re-globalisée par le logiciel après analyse pharmaceutique par calcul informatique pour une durée de 7 à 14 jours. Les médicaments sont distribués en vrac dans les unités. Les médicaments, dont le conditionnement le nécessite, sont sur-étiquetés par la PUI afin d'assurer leur identification jusqu'à l'administration au patient

Les règles d'administration des médicaments sont définies dans le guide de bonnes pratiques d'administration des médicaments formalisé en 2013. Ce guide comporte également les principaux risques d'erreurs liés au circuit du médicament.

La préparation des piluliers est réalisée par les infirmiers et contrôlée par la suite par chaque infirmier en charge de l'administration des médicaments. La préparation et la vérification sont réalisées à partir de l'ordonnance du patient, éditée par le prescripteur lors de toute nouvelle prescription. La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission du patient jusqu'à sa sortie. La gestion des traitements personnels des patients est réalisée par les services de soins selon la procédure en place. A la sortie du patient, les médicaments sont remis au patient sur indication médicale.

Toutefois, les règles de stockage des médicaments ne sont pas respectées dans certaines unités de soins. Au cours des visites de terrain, il a été constaté que plusieurs unités de soins ont des stocks importants de médicaments avec des plaquettes de médicaments qui débordent des tiroirs prévus pour le rangement. Par ailleurs, certains locaux ne permettent pas un rangement correct et sécurisé répondant à de bonnes pratiques d'hygiène. Comme cela a été observé à l'USLD, où des bouteilles d'oxygène pleines sont stockées dans le bureau infirmier. On y retrouve également des cartons de solutés à perfusion derrière la porte du bureau ou encore empilés sur l'armoire du poste de soins. Des pompes à nutrition, des manomètres... figurent sur l'armoire du bureau infirmier. Par ailleurs, des blouses et des charlottes destinées à la réalisation de soins stériles sont entreposées à terre dans ce même lieu. Cette situation a été générée par un manque de place dans les locaux de stockage. Le nouveau projet architectural devra répondre à ce dysfonctionnement.

De plus, les règles d'administration, dont la traçabilité des médicaments, ne sont pas toujours respectées. La réalisation des visites d'investigation a été l'occasion de constater que les pratiques sont très hétérogènes sur l'établissement d'une unité à l'autre. De ce fait, les préconisations du guide des bonnes pratiques d'administration des médicaments formalisé par la responsable de la pharmacie, validé en COMEDIMS et approuvé par la direction qualité et gestion des risques en décembre 2013, ne sont pas

toujours respectées. Cela concerne notamment, comme observé entre autres à l'USLD : le broyage des comprimés, l'ouverture des gélules et la mise en solution ou en suspension dans un liquide des médicaments. Ces actions sont mises en oeuvre par une infirmière pour 11 patients sur les 30 que compte la structure. Ce broyage est réalisé sans tenir compte de la procédure relative à cet acte ni de la liste des médicaments qu'il est possible de broyer. Un matériel spécifique est utilisé pour cette action ; en revanche l'infirmière ne porte pas de gants et enchaîne le broyage des molécules pour tous les patients sans qu'une action de nettoyage soit effectuée entre chaque patient. Contrairement à la procédure également, cette action est réalisée entre 2 à 3 heures avant la distribution au patient. Il a également été constaté le déconditionnement des formes orales dans les piluliers pour l'ensemble des patients. Le médicament n'est donc plus identifiable jusqu'au moment de la prise.

En USLD, le chariot de médicament est vétuste, cassé avec des bords coupants présentant une dangerosité potentielle pour les patients et les professionnels.

Par ailleurs concernant l'identification des supports de distribution, il a été observé également une grande hétérogénéité dans les pratiques. Pour les piluliers, il a été observé qu'ils sont identifiés sur le couvercle soit à l'aide d'un marqueur avec le nom du patient, soit avec un sparadrap avec nom et prénom du patient et beaucoup plus rarement avec l'étiquette d'identification du patient comportant nom, prénom, date de naissance et numéro d'IPP, comme prévu dans la procédure. En ce qui concerne les solutés buvables, différentes pratiques sont également retrouvées : à l'exemple de l'UMD, les solutés sont préparés dans des gobelets en plastique rigide empilables non identifiés au nom du patient, non fermés ; dans d'autres lieux, des gobelets de plus petite taille fermables sont utilisés. L'identification est alors réalisée sur le couvercle soit par le nom écrit au feutre, soit au moyen d'un sparadrap avec nom et prénom ou soit plus rarement au moyen d'une étiquette d'identification. Ces gobelets sont posés sur un support en bois, le plus souvent, ne permettant pas la mise en place de bonnes pratiques d'hygiène. Ces supports sont identifiés au moyen d'un sparadrap portant le nom du patient.

Concernant la distribution, elle est faite le plus souvent en salle à manger au moment du repas ce qui ne permet pas de garantir la confidentialité et la sécurité nécessaires à cet acte de soins du fait de la présence de nombreux patients présents en salle à manger et la difficulté pour l'infirmier de se concentrer sur sa mission.

Pour ce qui concerne la traçabilité, elle n'est pas réalisée en temps réel mais de manière extemporanée dans le meilleur des cas sitôt la distribution réalisée mais également lors des transmissions en fin de poste et en tenant compte des ressources disponibles en termes d'accès aux ressources informatiques. Il a également été constaté dans les visites que les médicaments qui n'avaient pas été pris par les patients et qui restaient dans le pilulier de la prise de la veille ont été jetés dans la poubelle destinée aux ordures ménagères de manière non conforme à la réglementation. Pour les traitements injectables et notamment les NAP, ils sont tracés directement dans le logiciel de prescription comme tout médicament dans les unités d'hospitalisation.

Les règles de transport des médicaments dans les unités sont conformes aux pratiques attendues. Les médicaments sont livrés sous caisses scellés par le service transport et gérés à réception par les infirmiers. Le rangement des médicaments se fait par ordre alphabétique. La sécurisation des armoires est assurée dans des locaux, armoires et chariots fermés à clés. Les médicaments à risques sont identifiés par des étiquettes spécifiques. Les médicaments thermosensibles sont conservés dans les conditions attendues avec un relevé des températures réalisé de façon régulière, défini et tracé. L'hygiène des locaux et des plans de travail est assurée dans les salles de soins comme cela a pu être constaté lors des visites d'unités. Les IDE assurent le nettoyage et la désinfection des piluliers 1 fois par semaine et à chaque sortie de patient. Les dates de péremption des médicaments sont suivies 1 fois par mois et tracés.

L'information du patient est assurée par le médecin lors de la prescription du traitement ou par l'infirmier. Par ailleurs, un programme d'éducation thérapeutique validé est en place sur l'extra hospitalier et en voie de déploiement sur l'intra hospitalier.

Au regard de la taille et de l'activité de l'établissement, le nombre de déclarations d'évènements indésirables relatives au circuit du médicament est insuffisant. Les professionnels rencontrés dans les visites d'investigation connaissent le dispositif de déclaration des évènements indésirables relatif au circuit du médicament.

Les interfaces avec le laboratoire sont opérationnelles : le pharmacien a accès aux données cliniques du patient et à tous les résultats biologiques.

La COMEDIMS se réunit régulièrement. Des comptes rendus pour chaque réunion sont adressés aux membres du comité.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'indicateurs, de tableaux de bord et d'audits de pratiques. Les indicateurs qualité nationaux sont recueillis lors des campagnes de recueil obligatoires. Les résultats obtenus lors des trois dernières campagnes montrent une constance dans les résultats. D'autres indicateurs sont également suivis : nombre d'EI liés à la prise en charge médicamenteuse, taux d'ordonnances non validées ou validées avec réserves, nombre annuel des armoires à pharmacie contrôlées et non conformes, taux annuel de prescriptions "je dis"... Plusieurs EPP comme la surveillance cardiologique des patients sous neuroleptiques torsadogènes ou la poly médicalisation des personnes âgées sont en cours. Un audit du circuit a été réalisé à l'aide de l'outil Archimed sur l'ensemble des unités en 2017. Des REX sont réalisés dès que nécessaire pour analyser les erreurs médicamenteuses : 4 ont été organisés en 2017. Le nombre de signalements d'évènements indésirables est suivi : 9 en 2016, 8 en 2017. Ces chiffres montrent que peu de déclarations sont réalisées. Les professionnels rencontrés font état de cette sous-déclaration au profit d'un contact téléphonique direct à la PUI. Ce constat était déjà réalisé lors de la précédente visite de certification.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées dans le Compte Qualité et le PAQSS institutionnel. Les priorités définies par les responsables de la PUI portent notamment sur la formalisation de la délégation de prescription pour les internes par le chef de pôle, la mise en place d'entretiens pharmaceutiques sur demande du prescripteur, le déploiement de la conciliation médicamenteuse pour les personnes âgées de + de 65 ans... Des supports et modalités de diffusion sont établis : compte rendus de réunions, compte rendus des instances à disposition des professionnels sur intranet... Un journal qualité est diffusé régulièrement dans l'établissement. La communication des résultats et actions est réalisée auprès des professionnels et des usagers. Les résultats des indicateurs nationaux sont communiqués et affichés dans l'ensemble des unités à l'attention des professionnels et des usagers. Ils sont également communiqués aux instances de l'établissement. Les résultats des audits sont communiqués aux cadres de santé par le service qualité et à la direction des soins.