



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION**  
**CENTRE HOSPITALIER**  
**SPÉCIALISÉ GÉRARD**  
**MARCHANT**

134 route d'Espagne

Bp 65714

31057 Toulouse

JUIN 2018

# 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>	11
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	11
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	11
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	11
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	11
5. SUIVI DE LA DÉCISION	11
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	12
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	12
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	12
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	13
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	14
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	20
DROITS DES PATIENTS	26
PARCOURS DU PATIENT	32
DOSSIER PATIENT	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	45
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	51
<b>ANNEXE</b>	56

# 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 GERARD MARCHANT	
Adresse	134 route d'Espagne 31057 Toulouse
Département / région	HAUTE-GARONNE / OCCITANIE
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	310000001	GCS PSY DOM31	Ch Gerard Marchant 134 route d'Espagne Bp 65714 31057 TOULOUSE
Entité juridique	310780754	CENTRE HOSPITALIER GERARD MARCHANT	134 RUE D'ESPAGNE 31300 Toulouse
Etablissement de santé	310796891	CMP LEGUEVIN - CH MARCHANT	Route de Gascogne 31490 Leguevin
Etablissement de santé	310021670	CMP PONT DES MINIMES	57 boulevard de l'embouchure Central parc 1 31200 TOULOUSE
Etablissement de santé	310795745	ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUT - CH MARCHANT	95 rue de la Louge 31600 Muret
Etablissement de santé	310026547	CMP VOLVESTRE	13 chemin des nauzes 31390 CARBONNE
Etablissement de santé	310013149	AJIR SAINT SAUVEUR - CH MARCHANT	8 rue du pont saint sauveur 31500 TOULOUSE
Etablissement de santé	310013099	HOPITAL DE JOUR CONDEAU - CH MARCHANT	2 rue Condeau 31000 Toulouse

Etablissement de santé	310025218	HJ/CMP/CATTP ADULTES CARBONNE	40 chemin des nauzes 31390 CARBONNE
Etablissement de santé	310025234	CMP LES ARÈNES S2	4 rue negogousses 31300 TOULOUSE
Etablissement de santé	310018643	CENTRE DE CRISE - UCHA	34 avenue etienne billieres 31057 Toulouse
Etablissement de santé	310013008	APPARTEMENT THERAPEUTIQUE	21 impasse de la dent d'orlu 31000 TOULOUSE
Etablissement de santé	310788922	HOPITAL DE JOUR ENFANTS CUGNAUX - CH MARCHANT	10 chemin de maurens 31270 Cugnaux
Etablissement de santé	310012968	APPARTEMENT THERAPEUTIQUE CH MARCHANT	51 rue du printemps 31000 TOULOUSE
Etablissement de santé	310796925	UNITE MOBILE D'EVALUATION ET DE SOUTIEN ZONE SUD	13 chemin des nauzes 31390 CARBONNE
Etablissement de santé	310021720	CMP ST MICHEL	3 grand rue st michel 31400 TOULOUSE
Etablissement de santé	310794581	CENTRE DE POST CURE RUE MAIGNAN - CH MARCHANT	20 rue maignan 31000 Toulouse
Etablissement de santé	310025242	CMP/CATTP PIJ TOURNEFEUILLE	4 rue georges sand 31170 TOURNEFEUILLE
Etablissement de santé	310020524	CENTRE DE SOINS ST SERNIN - CH MARCHANT	4 rue gratien arnould 31000 Toulouse
Etablissement de santé	310015078	HOPITAL DE JOUR LA PALOUMERE - CH MARCHANT	26 boulevard j.p winille 31800 Saint Gaudens



Etablissement de santé	310020573	HOPITAL DE JOUR MARENGO - CH MARCHANT	11 boulevard marengo 31000 Toulouse
Etablissement de santé	310796875	CMP BUZET - CH MARCHANT	1 rue st martin 31660 Buzet Sur Tarn
Etablissement de santé	310023684	UN CHEZ SOI D'ABORD	280 avenue de muret 31300 TOULOUSE
Etablissement de santé	310003132	CMP MARENGO - CH MARCHANT	11 boulevard marengo 31000 Toulouse
Etablissement de santé	310796917	CMP AUTERIVE - CH MARCHANT	23 route de toulouse 31190 Auterive
Etablissement de santé	310021613	CMP MURET	95 rue de la louge 31600 MURET
Etablissement de santé	310794573	CENTRE DE POST CURE PONT DE BOIS	59 allees campferran 31320 AUZEVILLE TOLOSANE
Etablissement de santé	310794540	HOPITAL DE JOUR POUR ADULTES - CH MARCHANT	55 rue neygreneys 31000 Toulouse
Etablissement de santé	310020920	HDJ POUR ADOLESCENTS	165 route de seysses 31300 TOULOUSE
Etablissement de santé	310788757	HDJ VOLVESTRE	13 chemin des nauzes 31390 Carbonne
Etablissement de santé	310021753	CMP COLOMIERS	45 rue du prat 31770 COLOMIERS
Etablissement de santé	310025226	CMP ADULTES NAILLOUX	31560 NAILLOUX

Etablissement de santé	310796859	CMP CATTP LES ARÈNES S6	4 rue negogousses 31000 Toulouse
Etablissement de santé	310021688	CMP BOULOC	8 rue du 19 mars 1962 31620 BOULOC
Etablissement de santé	310014949	HOPITAL DE JOUR MURET - CH MARCHANT	17 rue bernard sero 31600 Muret
Etablissement de santé	310021639	CMP VILLA ALBERT	236 route seysses 31100 TOULOUSE
Etablissement de santé	310016621	APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES	12 rue rimont 31100 TOULOUSE
Etablissement de santé	310013289	HOPITAL JOUR DES ARENES	4 rue negogousses 31000 Toulouse
Etablissement de santé	310788781	HOPITAL DE JOUR ADULTES TOULOUSE - CH MARCHANT	58 rue lalanne 31100 Toulouse
Etablissement de santé	310000369	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE GERARD MARCHANT	134 route d'espagne Bp 65714 31057 Toulouse
Etablissement de santé	310792098	SMPR DE SEYSSSES - CENTRE DE DETENTION DE MURET	Centre de detention de seysses Rue daniel casanova bp 85 seysses 31603 Muret
Etablissement de santé	310794094	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE MARCEL RISER CH G.MARCHANT	Chemin des silos 31300 Toulouse
Etablissement de santé	310012919	APPARTEMENT THERAPEUTIQUE CH MARCHANT	26 rue bernard ortet 31000 TOULOUSE
Etablissement de santé	310021712	CMP PORT ST SAUVEUR	8 rue du pont st sauveur 31500 TOULOUSE

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
HAD	HAD	/	/
Santé mentale	Psychiatrie générale	392	245
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	20	66
SLD	SLD	47	/

<b>Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>	Certification ISO 9001 de l'activité de dispensation.
---	---

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	GCS PSYDOM (avec Cliniques Capiro) CPT (avec CHU Toulouse, CH Lavour) CH Gerard Marchant, établissement support GHT Haute Garonne et Tarn Ouest (avec CHU Toulouse, CH Lavour, CH Muret, CH Graulhet, CH Comminges-Pyrénées, CH Luchon) GCS médical et technique de l'agglomération toulousaine (avec Hôpital Joseph Ducuing et CH Muret) GIP FERREPsy
Regroupement / Fusion	NC
Arrêt et fermeture d'activité	Hospitalisation de nuit St Sernin depuis juillet 2015
Création d'activités nouvelles ou reconversions	HAD depuis janvier 2015

# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

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

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Recommandations d'amélioration

Dossier patient  
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

## 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité de santé.

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

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

## 5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

<b>MANAGEMENT</b>
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
<b>PRISE EN CHARGE</b>
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
<b>FONCTIONS SUPPORTS</b>
Gestion des équipements et produits au domicile du patient

## 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	CHS Gérard Marchant - HC	/			Santé mentale
2	Adulte	HDJ à déterminer	/			Santé mentale
3	Adulte	Centre de post cure Pont de bois	/			Santé mentale
4	Adulte	Centre de détention de Muret	/			Santé mentale
5	Enfant / Ado	CHS Gérard Marchant - HC	/			Santé mentale
6	Enfant / Ado	HDJ à déterminer	/			Santé mentale
7	Adulte	SLD	/			SLD

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

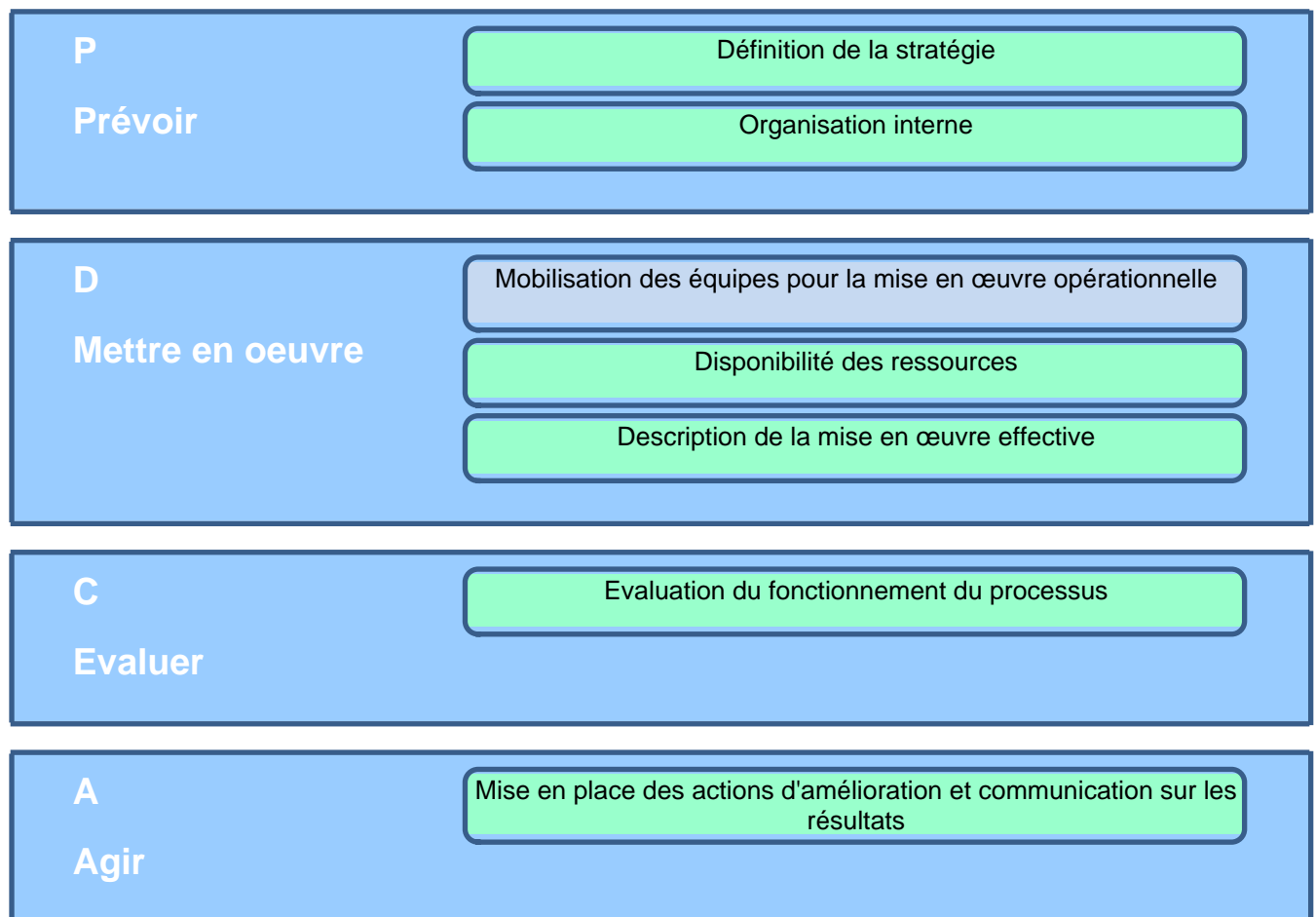
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La politique de management de la qualité et de gestion des risques est intégrée dans plusieurs des axes du projet d'établissement 2014-2018 ; l'axe 8 de ce projet, « la politique qualité et les évaluations de pratiques professionnelles » est davantage ciblé sur cette politique, avec en particulier le signalement des événements indésirables et la consolidation de la démarche EPP. Les obligations légales et réglementaires, la place du Centre Hospitalier Gérard Marchand (CHGM) au sein du GHT et de la CPT (communauté psychiatrique de territoire), la gestion de crise (plan blanc avec annexes NRBC, canicule, attentats, grand froid..) sont intégrés dans cette politique.

Une « politique qualité et gestion des risques » a également été élaborée, validée et mise en œuvre en 2017. Quatre chapitres ont été déclinés : manager par la qualité, instaurer une dynamique d'amélioration de la qualité et sécurité, définir et mettre en œuvre une politique globale de gestion des risques et mettre en œuvre le management par la qualité.

UN CPOM 2013-2017, avec un avenant pour 2018, signé avec l'ARS reprend aussi des orientations en lien direct avec le management de la qualité et des risques (Axe 3).

Les objectifs à atteindre suite à la précédente visite de certification, en lien avec les bilans annuels d'activité de la cellule de gestion des risques et l'analyse des risques propres à l'établissement avec notamment les indicateurs obligatoires IQSS, ICALIN, structurent cette politique QGDR.

La politique de management et de gestion des risques a été validée par les instances en 2017, en particulier COPIL et CME, et l'engagement formalisé de la direction est effectif.

L'établissement a procédé à l'identification de ses risques, des cartographies ont été élaborées dès 2016 et poursuivies en 2017 en vue de la préparation de la visite. Elles concernent l'ensemble des processus, y compris ceux qui ne sont pas investigués en visite. Pour le secteur de la PUI, certifié en ISO 9001, version 2008, les cartographies ont été initiées dès 2014.

L'établissement a réalisé le réajustement de son Document Unique des risques professionnels, sous la responsabilité du médecin du travail, et en lien avec la DRH et le CHSCT. La Politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins intègre l'évaluation des pratiques professionnelles, au travers d'une stratégie DPC/APP, des obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise. La politique qualité et management des risques comporte des objectifs d'amélioration dont le PAQSS assure le recensement. Le programme d'actions qualité et gestion des risques, formalisé, structuré et hiérarchisé décline plus d'une centaine d'actions. Il précise les risques, l'évaluation de la criticité et l'évaluation du niveau de protection de l'ES par rapport à ces risques. Des actions de ce programme en lien avec les risques prioritaires identifiés, ont été incluses dans le compte qualité. La CDU et la représentation des usagers jouent un rôle effectif dans la définition de la politique qualité et gestion des risques. Un représentant des usagers est Président de la CDU, le vice-président étant un médecin psychiatre, médiateur médical.

La coordination de la plupart des composantes du système qualité et de gestion des risques est assurée au niveau de l'équipe qualité et gestion des risques, en lien avec le COPIL Qualité-Risques.

En revanche, la méthodologie retenue pour l'identification des risques n'a pas permis par la prise en compte du risque lié à la sécurité incendie.

Malgré un avis défavorable de la Commission Communale de Sécurité pour le pavillon DIDE/LABORIT, deux incendies récents dont un fin janvier 2018, et une demande expresse du CHSCT de l'établissement, le risque, tel que mentionné dans le PAQSS et non dans le compte qualité, reste de criticité modérée.

L'organisation interne du CHGM n'a pas d'ailleurs pas permis de coordonner et de gérer ce risque avec l'ensemble des risques propres à l'établissement de santé. Apprécié par la Direction du Patrimoine et de la Logistique, l'équipe qualité et gestion des risques n'était pas au courant de ces éléments.

L'établissement a néanmoins mis en œuvre le plan d'actions correctives (8 prescriptions) et attend une nouvelle visite de la Commission communales de Sécurité pour en attester.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Un COPIL élargi, mis en place dès 2013, associant la Direction, la direction des soins, l'équipe qualité-GDR directement rattachée à la direction générale, les chefs de pôles, le médecin coordonnateur des EPP, deux représentants des usagers et un représentant du CHSCT, est l'organe de décision et de validation de la démarche QGDR de l'établissement (18 personnes au total). Ce COPIL se réunit une fois par trimestre, un peu plus en 2017 en raison de la préparation de la visite de certification (Il s'est réuni 6 fois en 2017). Il permet, par ses rencontres régulières d'organiser la concertation entre professionnels. Ce dispositif est complété de structures opérationnelles : équipe qualité, cadre de santé gestionnaire de risques, équipe en hygiène hospitalière, cellule d'analyse de risques et des événements indésirables, etc.

Un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est désigné, il s'agit d'un cadre de santé. Ses missions sont précisées dans une fiche de poste. L'équipe Qualité et gestion des risques, en lien et



sous l'autorité directe de la direction générale, est composé de trois professionnels (ingénieur qualité, cadre de santé gestionnaire des risques et assistante qualité à temps partiel sur cette fonction) dont les missions sont précisées dans les fiches de poste, actualisées.

L'analyse des pratiques professionnelles et la mise en œuvre de la démarche qualité et de la gestion des risques sont des actions inscrites dans le plan de formation institutionnel.

Il existe un dispositif de gestion documentaire structuré et formalisé sur l'intranet, acheté dès 2014, déployé à la PUI en 2015, et depuis 2016-2017 dans l'ensemble des secteurs.

Il existe un dispositif de gestion des événements indésirables informatisé, il est en lien avec les thématiques de la cartographie des risques de l'établissement. Trois types d'EI ont été identifiés : EI, EI « violents » et EI « maltraitants ». En parallèle, il existe une fiche d'événement indésirable spécifique sur la DRH pour les problématiques internes au secteur.

Les circuits de ces FEI sont identifiés et connus par les professionnels rencontrés, tant en intra qu'en extrahospitalier. Les EI sont traités au quotidien (sauf les weekends et jours fériés) par le cadre de santé de l'équipe qualité, puis analysés une fois par mois par la cellule d'analyse des risques. Pour les EI « maltraitant », une réunion de synthèse est programmée trimestriellement si nécessaire et un retour systématique vers l'agent est assuré par le médecin du travail, sauf si le professionnel s'y oppose.

Les contrats de pôle, intègrent des volets "qualité et gestion des risques" (annexe 8), avec des indicateurs spécifiques.

Les dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques sont coordonnés. La CDU et la représentation des usagers, très actifs dans l'établissement, jouent un rôle effectif dans la définition de la politique qualité et gestion des risques.

## D / METTRE EN ŒUVRE

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

Compte tenu de ses risques et besoins spécifiques, le management de chaque secteur d'activité organise une déclinaison adaptée de la démarche institutionnelle. Cette déclinaison repose sur une concertation, une collaboration interdisciplinaire favorisant l'implication des équipes et l'identification des risques. Les projets de pôle prennent en compte les risques spécifiques des populations accueillies.

Les équipes ont été sensibilisées et informées sur la version de certification V2014 par le service qualité, par affichage, par l'intranet et par des réunions hebdomadaires avec l'encadrement. L'équipe qualité est systématiquement présente dans tous les conseils de pôles et un livret spécifique « l'essentiel de la certification » a été envoyé nominativement à chaque agent en décembre 2017.

La préparation de la certification a mobilisé les professionnels au travers des commissions existantes afin de réaliser dans un premier temps, une autoévaluation ayant permis par la suite d'élaborer le compte qualité. En parallèle, l'établissement a établi un programme d'audits et d'évaluation qui est mené de façon continue et pluriannuelle. Les "référents qualité" dans les unités de soins sont les cadres de santé. Ces derniers développent une stratégie de communication concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.

Les investigations de terrain, dans le cadre des différents audits de processus et audits patients traceurs, permettent de confirmer que les professionnels connaissent la démarche qualité et participent à la déclaration des événements indésirables, à l'identification des risques généraux et spécifiques, ainsi qu'à l'élaboration de documents.

La préparation de la certification a mobilisé de nombreux professionnels pour des groupes de travail afin d'effectuer une auto-évaluation et a permis l'élaboration du Compte Qualité puis la proposition de plan d'actions.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en matériels affectés à la gestion de la qualité et des risques reposent sur la couverture informatique de l'établissement qui rend les informations aisément accessibles depuis tous les bâtiments intra-hospitaliers et extra-hospitaliers (CMP, CATTP, HDJ...). Les outils informatiques mis à disposition sont déployés et les logiciels utiles sont installés (dossier patient, site intranet). Des postes informatiques en nombre suffisant sont mis à disposition des personnels. Un dispositif de gestion documentaire informatisé est disponible sur l'intranet ; il est complété par un classeur pour quelques procédures en mode dégradé. Ce dispositif est connu des professionnels. Une version papier de la totalité des documents est maintenue au service qualité en cas de panne informatique. Une procédure dégradée est disponible et explicitée sur l'intranet, avec en particulier extraction tous les six mois par un référent qualité du service de l'ensemble des procédures disponibles.

L'ingénieur Qualité risques et le cadre santé coordonnateur des risques associés aux soins sont les principaux acteurs opérationnels du management de la qualité et des risques dans établissement. Une assistante qualité à temps partiel complète cette équipe. Par ailleurs les vigilants sont identifiés dans l'établissement en fonction de leur domaine de compétence. Le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est le pharmacien gérant de la PUI. Des référents RMM, Hygiène, gestion des plaintes et réclamations sont également identifiés. Un coordonnateur des EPP est aussi identifié.

L'ensemble de ces personnes ressources contribuent à la formation régulière des professionnels et à l'intégration des nouveaux arrivants.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'exploitation des plaintes et réclamations est réalisé, un tableau de recensement est transmis à la CDU et fait l'objet d'un examen. Les enquêtes de satisfaction des patients sont réalisées en continu par l'établissement via le questionnaire de sortie.

En complément, pour les hôpitaux de jour et les centres médico-psychologiques, l'établissement va réaliser dès 2018 des enquêtes de satisfaction sur une semaine donnée ; les grilles de recueil ont déjà été élaborées.

Des RMM, des patients traceurs, des CREX et des RMM spécifiques aux médicaments, encadrés par des procédures, sont mis en œuvre dans les unités de soins en lien avec le service qualité et le COPIL qui accompagnent cette démarche, en particulier sur le plan méthodologique. Il existe aussi une Commission EPP, depuis 2013, qui se réunit 4 fois par an et qui assure le pilotage et le suivi des EPP, RMM, audit patient traceur... sur l'ensemble de l'établissement. Tous les pôles y sont représentés par un médecin et un cadre de santé. Psychologues, médecin DIM, documentaliste en sont aussi membres.

Un bilan annuel de la Commission EPP est présenté en CME et Copil qualité risques. Ces évaluations conduisent à des mesures correctives et à de nouveaux plans d'action incluant des indicateurs. Toutes les fiches d'événements indésirables sont analysées et lues lors des réunions mensuelles ; elles font l'objet d'une réponse ou d'une investigation supplémentaire et conduisent à des RMM en cas d'événements indésirables graves, de CREX pour les fugues. Un programme d'audits a été conduit pour corriger des non conformités et est suivi par des indicateurs.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques sont pilotés par l'équipe qualité et gestion des risques, directement en lien avec la direction générale. L'établissement s'est doté des outils nécessaires à l'évaluation du fonctionnement du processus MQGDR. Le suivi de l'ensemble des IQSS (tous les deux ans, chaque année en audit interne) et des indicateurs hôpital numérique permet d'identifier les améliorations et les points sur lesquels des actions spécifiques sont nécessaires. Il existe de nombreux tableaux de bord : tableau de bord de suivi des plaintes et réclamations, tableau de bord des événements indésirables, RMM médicaments, EPP (4 en étape 5 avec suivi d'indicateurs intégré dans les pratiques, et deux nouvelles EPP en 2017 : prise en charge des adolescents et jeunes adultes et prise en charge des adultes souffrant de troubles du spectre de l'autisme), RMM (le nombre de RMM est en constante augmentation : 13 en 2015, 24 en 2016 et 32 en 2017), CREX pour les fugues, et résultats d'audits, analyse des questionnaires de sortie, dont certains sont spécifiques aux structures extérieures.

Il existe un tableau de bord spécifique au processus management de la qualité et gestion des risques, avec suivi du taux d'actions réalisées, nombre de FEI par année, nombre de réunions (COPIL, cellule d'analyse des risques, CAR de maltraitance, commission EPP...), nombre de retours d'enquêtes de satisfaction, suivi RMM, CEX, EPP. Les audits patients traceurs sont aussi bien ancrés dans la démarche qualité de l'établissement. Un planning d'audits par parcours et par pôle est également proposé.

Pour 2018 par exemple, l'objectif fixé par le COPIL QGDR de décembre 2017, et validé par les instances de gouvernance, est de poursuivre les audits de PT à hauteur de 1 audit /an et par unité au minimum. Des bilans et rapports d'activité sont présentés à la direction, aux instances et dans les unités. Les contrats de pôle sont également évalués deux fois par an et intègrent un suivi d'indicateurs quantitatifs (ex. : nombre de plaintes et réclamations, sorties à l'insu du service, EI, ICSHA, etc.) et qualitatifs (qualité de la tenue du dossier du patient en particulier) en lien avec cette thématique transversale.

Dans le cadre de la certification ISO de la PUI (champ certifié dispensation), un audit de suivi annuel est réalisé : le secteur est certifié en ISO 9001, version 2008, l'évolution vers la version 2015 étant envisagée.

Le rapport annuel du service qualité permet aussi de synthétiser l'ensemble de ces évaluations. Le rapport 2016 a été présenté aux experts-visiteurs, le rapport 2017 n'était pas finalisé au moment de la visite, en février 2018.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les actions inscrites au Compte Qualité et jugées prioritaires ont été mises en œuvre. Le suivi des risques et des actions d'amélioration mises en place est assuré par l'équipe qualité, en lien avec la CME et le COPIL. Ces évaluations conduisent au réexamen des risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.

Les questionnaires de satisfaction ont été revus il y a quelques mois et des questionnaires spécifiques ont été élaborés pour les CMP et les hôpitaux de jour. La communication des résultats est réalisée en interne (journal interne « Journal Qualité », diffusé en format papier et par l'intranet, réunions, revue de contrat de pôle, conseil de pôle...) comme en externe (affichage en intra-hospitalier et en extra-hospitalier, CDU). Depuis 2015, la commission EPP organise des demi-journées d'information et de sensibilisation aux EPP, ouvertes à tous les professionnels permettant d'échanger et de diffuser ces méthodes et leurs résultats concrets, afin d'améliorer leur impact sur les pratiques professionnelles.

Des revues de processus annuelles ont été mises en place en 2017 et ont vocation à être pérennes. Par ailleurs le dispositif d'organisation des CREX est revu également à partir de 2018, avec systématisation des temps de réunions sans attendre d'avoir une fugue de SDRE.

Le programme qualité issu des audits, RMM, APT, est actualisé, avec un suivi différencié pour des RMM, en particulier pour tenir compte des actions institutionnelles transversales à tous les services.

**c. Tableau des écarts relevés**

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	NC	<p>La méthodologie retenue pour l'identification des risques n'a pas permis par la prise en compte du risque lié à la sécurité incendie.</p> <p>Malgré un avis défavorable de la Commission Communale de Sécurité pour le pavillon DIDE/LABORIT, deux incendies récents dont un fin janvier 2018, et une demande expresse du CHSCT de l'établissement, le risque, tel que mentionné dans le PAQSS et non dans le compte qualité, reste de criticité modérée.</p> <p>L'organisation interne du CHGM n'a pas d'ailleurs pas permis de coordonner et de gérer ce risque avec l'ensemble des risques propres à l'établissement de santé. Apprécié par la Direction du Patrimoine et de la Logistique, l'équipe qualité et gestion des risques n'était pas au courant de ces éléments.</p> <p>L'établissement a néanmoins mis en œuvre le plan d'actions correctives (8 prescriptions) et attend une nouvelle visite de la Commission communales de Sécurité pour en attester.</p>	6a

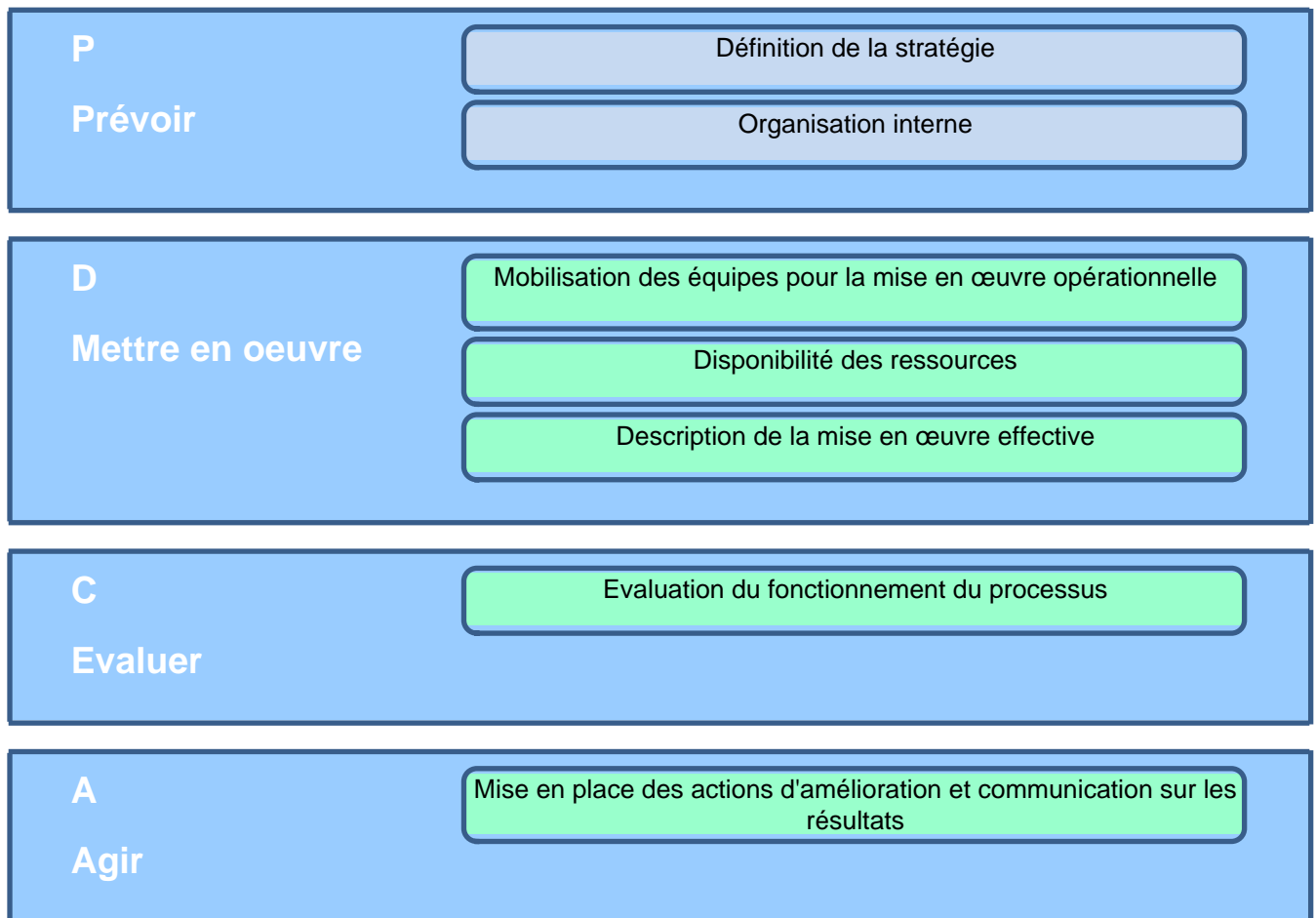
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Gestion du risque infectieux » vise à évaluer que l'établissement a établi et mis en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à son activité et en cohérence avec les objectifs nationaux. Ainsi, les activités à haut risque infectieux, telles que la réanimation, la néonatalogie, et les activités des secteurs interventionnels exigent un haut niveau de prévention et de surveillance. Le bon usage des antibiotiques doit permettre d'apporter le meilleur traitement possible au patient et de limiter l'émergence de bactéries résistantes. Il repose sur un effort collectif de l'ensemble des professionnels de santé. En outre, l'hygiène des locaux est un des maillons de la chaîne de prévention des infections nosocomiales.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La politique du Centre Hospitalier Gérard Marchand en matière de lutte contre les infections associées aux soins est définie et formalisée au sein d'un manuel qualité dédié à la gestion du risque infectieux et basé sur le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins. Les objectifs attendus sont inscrits dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en cours, le volet médical du projet d'établissement 2014 – 2018 et le contrat du pôle médical et technique.

L'établissement a structuré une stratégie pour maîtriser ce risque en y intégrant la politique institutionnelle d'antibiothérapie dans le cadre de la lutte contre l'émergence de résistances bactériennes. Le CH Gérard Marchand s'est engagé dans une politique active en considérant les éléments communs à tous les établissements de santé, à savoir la situation médicale du patient, le type d'infection, l'écologie bactérienne, le respect des procédures d'hygiène et la sécurité de l'environnement tout en tenant compte des critères spécifiques à la psychiatrie. Cette politique de gestion du risque infectieux est définie en concertation avec l'instance de lutte contre les infections nosocomiales (ILIN), sous-commission de la CME, la cellule hygiène représentant l'équipe opérationnelle d'hygiène, le groupe des correspondants en hygiène de proximité et le cadre coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

Sur la base de multiples données en lien avec la thématique (résultats de l'enquête de prévalence des infections nosocomiales, des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, d'audits et d'évaluations de pratiques professionnelles), l'identification, l'analyse et la hiérarchisation des risques infectieux ont été menées par la cellule hygiène sur délégation du président de l'ILIN, en étroite collaboration avec le cadre coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Les risques priorités selon la matrice « criticité/niveau de maîtrise » et issus du PAQSS institutionnel (programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) font l'objet d'un plan d'actions inscrit dans le compte qualité.

Des modalités de suivi sont définies pour chaque action du programme (pilote identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action et communication des résultats).

Ce programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement, en CME, en CSIRMT, en CHSCT et en Commission des usagers, dont un représentant est membre de l'ILIN.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage de la mise en œuvre de la politique de gestion du risque infectieux et du suivi du programme d'action est assuré par la cellule hygiène sur délégation du président de l'ILIN. La cellule de pilotage dont les membres font partie de l'ILIN dispose d'une fiche de mission de « pilote institutionnel d'un processus » pour la guider dans sa mission. Sa composition est pluridisciplinaire et réunit trois compétences, à savoir le président de l'ILIN, praticien hospitalier biologiste et hygiéniste titulaire d'un diplôme universitaire en antibiothérapie, un praticien hospitalier référent en antibiothérapie titulaire d'un diplôme universitaire en chimiothérapie et anti-infectieux, un cadre de santé et une infirmière hygiéniste pourvus d'une fiche de poste spécifique. Cette cellule se réunit au cours de réunions hebdomadaires afin d'assurer la mise en œuvre et le suivi du plan d'actions et traiter les signalements et alertes en lien avec le processus. Dans le cadre de son domaine d'expertise, elle est destinataire de l'ensemble des fiches d'évènements indésirables déclarées qu'elle s'engage à traiter. Elle organise la surveillance en continu des infections nosocomiales, le suivi des patients porteurs de BMR en collaboration avec les unités de soins, et des professionnels exposés aux accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques en lien avec le service de santé au travail. Par ailleurs, elle apporte son expertise dans la gestion des phénomènes épidémiques (toxi-infections alimentaires collectives, gastro-entérite aigüe, gale), en cas de non-conformité des prélèvements environnementaux (eau, surfaces à la cuisine centrale et à la blanchisserie) et dans les projets de reconstruction et de réhabilitation des unités de soins (prévention du risque aspergillaire, définition des circuits propres et sales, gestion des excréta, choix de type d'équipements pour l'environnement du patient et des professionnels).

A travers le développement de la formation des professionnels et des actions d'éducation à la santé à destination des patients accueillis, une stratégie de prévention adaptée à la psychiatrie complète la mise en œuvre des recommandations nationales (déclarations des bactéries multi-résistantes, campagne contre le SIDA, organisation de la semaine de sécurité du patient). Une organisation permettant à chaque nouvel arrivant de bénéficier d'une formation ciblée sur l'hygiène, la prévention du risque infectieux et l'entretien des locaux, le cas échéant, est définie. Les procédures et protocoles dédiés à la lutte contre les infections associées aux soins font partie intégrante de la gestion documentaire structurée et informatisée à l'échelle de l'établissement. Ces documents sont révisés par la cellule hygiène selon un calendrier préétabli et toute modification fait l'objet d'une notification sur intranet pour en informer les professionnels.

Une formation des professionnels à l'usage raisonné des antibiotiques, dispensée par le praticien hospitalier, référent en antibiothérapie et membre du COMEDIMS et de la commission des antibiotiques, est organisée semestriellement pour les médecins chargés de la prise en charge somatique des patients et les internes en psychiatrie. Ce référent, en lien avec le pharmacien, chef du pôle médical et technique, assure la promotion du bon usage des antibiotiques par l'organisation d'audits de prescription, de suivis des consommations d'antibiotiques et des patients porteurs de bactéries multi-résistantes.

Des correspondants en hygiène formés et disposant d'une lettre de mission et d'une charte associée sont identifiés dans chaque unité de soins.

La formation des professionnels à la gestion du risque infectieux fait partie des missions de la cellule hygiène chargée de la coordination avec le service de formation continue dans le cadre de l'élaboration et la mise en œuvre du plan de formation institutionnel.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux secteurs sont transmis pour application aux professionnels de terrain par les acteurs de la cellule opérationnelle d'hygiène selon les grades ; le médecin référent en antibiothérapie est chargé de la communication auprès des praticiens hospitaliers, le cadre de santé de l'EOH auprès des cadres de santé de proximité, et l'infirmière hygiéniste auprès des équipes de terrain. Ces informations sont par ailleurs relayées par les correspondants en hygiène identifiés au sein de chaque unité de soins.

Les cadres de santé saisis des enjeux liés à la maîtrise du risque infectieux sont garants de la déclinaison opérationnelle des actions définies au sein du PAQSS et sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur unité.

Les membres de la cellule opérationnelle d'hygiène se mobilisent régulièrement auprès des équipes soignantes pour accompagner la mise en œuvre de précautions complémentaires, élaborer ou actualiser des protocoles et/ou procédures.

Cette cellule en lien avec l'encadrement s'assure par ailleurs de la conformité des pratiques, du respect des procédures au regard des dispositions prévues et informent les professionnels des résultats.

Le médecin référent en antibiothérapie propose des actions sur le bon usage des antibiotiques, assure le conseil thérapeutique et actualise les protocoles d'antibiothérapie en fonction de l'évolution des recommandations et en collaboration avec les membres de la commission des antibiotiques.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation utile sont disponibles dans les secteurs d'activités.

Un réseau pluriprofessionnel de 72 correspondants en hygiène (médecins, cadres de santé, IDE, aides-soignants, agents des services hospitaliers) intervient au sein du CH Gérard MARCHANT. Les cadres de santé des unités sont garants des missions de ces correspondants disposant d'une lettre de mission spécifique.

Une veille réglementaire suivie par la cellule hygiène est en place.

Les protocoles et procédures, basés sur les recommandations du Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins d'Occitanie, de la société de pathologie infectieuse en langue française et du site « plan antibiotiques.sante.gouv.fr », sont accessibles à l'ensemble des professionnels, classés par thème et par ordre alphabétique sur le dispositif de gestion documentaire institutionnel disponible sur chaque poste informatique.

Des protocoles d'antibiothérapie ciblés sur les infections les plus fréquemment rencontrées en psychiatrie (infections dentaires, respiratoires basses et urinaires) sont mis à disposition des prescripteurs via intranet et font l'objet d'une actualisation en fonction de l'évolution des recommandations des sociétés savantes.

La formation périodique des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux se décline en deux types d'actions, des formations sur les recommandations générales de bonnes pratiques en hygiène hospitalière et d'autres ciblées sur des « thématiques métiers » et les procédures en vigueur associées, "l'hygiène des locaux niveaux 1 et 2" en est un exemple.

Les cadres de santé des unités de soins sont systématiquement formés à l'hygiène hospitalière et disposent d'une « check-list d'accueil du nouvel agent de bio-nettoyage », outil d'aide à l'accompagnement des agents des services hospitaliers du bio-nettoyage dont ils assurent l'encadrement.

Tout nouveau professionnel se voit remettre dans le cadre de sa visite médicale de santé au travail, un pack comprenant une plaquette de sensibilisation à l'hygiène des mains et un flacon de solution hydro-alcoolique.

Le matériel nécessaire à la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux et à l'application des précautions standard et complémentaires est présent dans toutes les unités de soins visitées.

Le système d'information en place permet un partage de l'information, notamment la connaissance du statut infectieux du patient et la nécessité d'appliquer des précautions complémentaires, le cas échéant.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels des secteurs (unités d'admission, unités de suite, pavillon d'admission pour jeunes adultes, unité d'hospitalisation pédo-psychiatrique pour enfants, unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents, unité d'hospitalisation spécialement adaptée, centres médico-psychologiques et unité d'hospitalisations spécialement aménagée) et l'investigation par la méthode du patient traceur en unité de soins de longue durée démontrent l'effectivité de la mise en œuvre des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux. Les procédures et protocoles de prévention et de maîtrise du risque infectieux sont connus des professionnels et appliqués.

La traçabilité de l'entretien des locaux est constatée lors des visites de terrain conformément au respect des procédures institutionnelles.

Le tri et les circuits des déchets, particulièrement des déchets d'activités de soins à risques infectieux, sont conformes à la réglementation, connus des professionnels rencontrés et respectés.

Les soignants connaissent les correspondants en hygiène identifiés dans leur unité de soins.

Les interfaces avec les processus supports, à savoir le service de pharmacie, le laboratoire de biologie et la cellule hygiène représentant l'équipe opérationnelle d'hygiène institutionnelle, sont opérationnels.

En revanche, la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24<sup>ème</sup> et la 72<sup>ème</sup> heure ne fait pas systématiquement l'objet d'une traçabilité au sein du dossier patient. La traçabilité dans le dossier patient de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24<sup>ème</sup> et la 72<sup>ème</sup> heure, essentielle au bon usage des antibiotiques, n'est pas systématique pour l'ensemble des prescriptions médicales concernées, comme en témoignent l'indicateur 2017 recueilli par le médecin référent en antibiothérapie et l'identification du risque par l'établissement au sein du compte qualité. Au regard de ces résultats, la cellule hygiène a défini des règles de prescription et de réévaluation de l'antibiothérapie, notamment entre la 48<sup>ème</sup> et la 72<sup>ème</sup> heure, inscrites au sein du manuel qualité dédié à la gestion du risque infectieux et mis à disposition des professionnels via la GED en janvier 2018. Par ailleurs, l'établissement a été réactif durant la visite des experts-visiteurs en planifiant sur l'année 2018 une étude prospective avec signalement par le pharmacien de chaque antibiothérapie prescrite au médecin référent en antibiothérapie qui tiendra un registre et sollicitera la réévaluation, le cas échéant, auprès du médecin généraliste responsable de l'unité de soins.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le fonctionnement du groupe des correspondants en hygiène est évalué annuellement à l'aide d'indicateurs comme le taux de présentéisme aux réunions, l'assiduité à des groupes de travail en lien avec la thématique hygiène.

Le compte qualité de l'établissement mentionne deux indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux (IQSS) dont l'ICSHA.2 V2 37.80% classe D témoignant d'une consommation de 724 litres de solution hydro-alcoolique en 2016 (contre 787.7 litres en 2017, score en attente de validation), ainsi que les résultats de l'enquête de prévalence des infections associées aux soins et des anti-infectieux (sur la période mai 2017, Taux d'IAS en USLD: 4.3% en psychiatrie: 2.4).

Des audits et évaluations de pratiques professionnelles ont été réalisés en 2016 par la cellule hygiène concernant les préalables à l'hygiène des mains, les opportunités d'hygiène des mains, les techniques de la friction hydroalcoolique et du lavage des mains, la connaissance des propriétés de la SHA et la gestion des déchets d'activité de soins à risques infectieux. L'hygiène des locaux fait aussi l'objet d'audits.

Une RMM a été organisée en novembre 2017, concernant le cas d'un patient contaminé par des punaises de lit engendrant un risque d'infestation des lieux de soins fréquentés.

Le CH Gérard MARCHANT participe par ailleurs aux audits proposés par le centre de prévention des infections associées aux soins (CEPIAS).

## A / AGIR

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

Le programme de lutte contre les infections nosocomiales, composé de plusieurs axes de travail déclinés en propositions d'actions évaluées et mises à jour annuellement, est communiqué aux patients par voie d'affichage dans les services et fait partie intégrante du livret d'accueil.

La cellule hygiène a présenté en 2016 les indicateurs de consommation de produits hydro-alcooliques personnalisés au sein de chaque unité de soins. Elle communique les résultats des indicateurs et les actions d'amélioration en revues de contrat de pôle et dans "la lettre de la qualité" à l'échelle de l'établissement.

Les comptes-rendus des réunions des correspondants en hygiène, de l'ILIN et de la commission des antibiotiques, au sein desquels sont formalisées les préconisations d'amélioration au regard des indicateurs, sont disponibles sur intranet.



Les indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales 2014-2015-2016 sont portés à la connaissance des usagers sur les tableaux d'affichage au sein de chaque secteur d'activité et au niveau de l'onglet "résultats des indicateurs généralisés de qualité et de sécurité des soins" du site internet du centre hospitalier Gérard MARCHANT.

Le représentant des usagers, membre de l'ILIN, assure le relai de l'information des actions d'amélioration et des résultats auprès de la Commission des usagers.

**c. Tableau des écarts relevés**

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure ne fait pas systématiquement l'objet d'une traçabilité au sein du dossier patient.</p> <p>La traçabilité dans le dossier patient de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure, essentielle au bon usage des antibiotiques, n'est pas systématique pour l'ensemble des prescriptions médicales concernées, comme en témoignent l'indicateur 2017 recueilli par le médecin référent en antibiothérapie et l'identification du risque par l'établissement au sein du compte qualité.</p> <p>Au regard de ces résultats, la cellule hygiène a défini des règles de prescription et de réévaluation de l'antibiothérapie, notamment entre la 48ème et la 72ème heure, inscrites au sein du manuel qualité dédié à la gestion du risque infectieux et mis à disposition des professionnels via la GED en janvier 2018. Par ailleurs, l'établissement a été réactif durant la visite des experts-visiteurs en planifiant sur l'année 2018 une étude prospective avec signalement par le pharmacien de chaque antibiothérapie prescrite au médecin référent en antibiothérapie qui tiendra un registre et sollicitera la réévaluation, le cas échéant, auprès du médecin généraliste responsable de l'unité de soins.</p>	8h

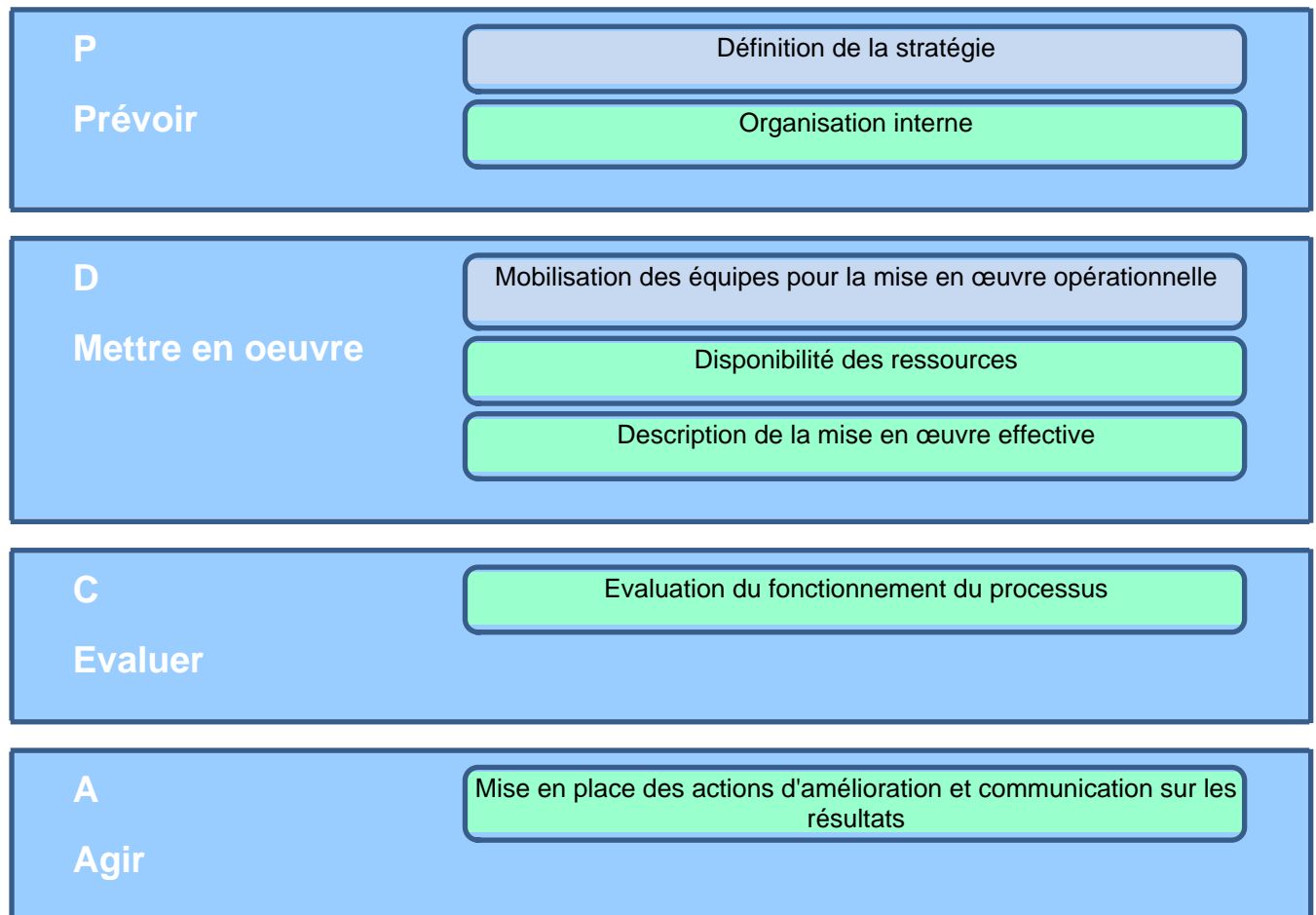
# DROITS DES PATIENTS

## 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**

Les droits des patients font partie intégrante du projet d'établissement 2014 - 2018 du Centre Hospitalier Gérard MARCHANT, à travers leur inscription dans les orientations stratégiques, axe 4 « garantir au patient le respect de ses droits, ainsi que la qualité et la sécurité des soins », au niveau du projet médical et de la qualité de la prise en charge, axe 4 « Droits des patients et éthique », et au sein du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, axe 4 « Le respect des droits des patients ». Par ailleurs, la politique qualité et gestion des risques formalisée en 2017 mentionne le respect des droits du patient au regard de la sécurisation des pratiques à risques spécialisés. L'établissement a structuré une stratégie en y intégrant la politique institutionnelle de promotion de la bientraitance pour garantir le respect des droits des patients et lutter contre les phénomènes de maltraitance. Depuis 2012, une culture collective de la bientraitance se développe au sein de l'institution qui a inscrit cette démarche dans ses valeurs et engagements institutionnels. Cette politique du respect des droits des patients est définie en concertation avec la Commission des usagers.

Sur la base de données en lien avec la thématique (analyse des questionnaires de satisfaction des patients, des plaintes et réclamations et des événements indésirables déclarés), le CH Gérard MARCHANT a identifié, analysé et hiérarchisé ses risques. Les risques prioritaires selon la matrice « criticité / niveau de maîtrise » concernent la surveillance du patient en isolement et l'implication de la famille dans la prise en charge du patient et l'organisation de la sortie. Des actions correctives ont été planifiées dans le plan d'actions du compte qualité articulé avec le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel, en vue d'optimiser le respect des droits des patients. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme (pilote identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action et communication des résultats).

Ce programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement, en Commission des usagers, en Conseil de surveillance et en CME, pour validation. La stratégie de mise en œuvre des droits des patients fait l'objet d'une communication aux professionnels dans le cadre des Conseils de pôle, des revues de pôle et des réunions d'encadrement organisées par la Direction des soins.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage de la mise en œuvre de la politique dédiée à la promotion et au respect des droits des patients et du suivi du programme d'actions est assuré par un trinôme constitué d'un représentant des usagers, membre de la commission des usagers, de l'ingénieur qualité et d'un attaché d'administration en charge des relations avec les usagers. Les missions de ces pilotes sont définies dans une fiche de mission institutionnelle « pilote institutionnel de processus ».

Un comité d'éthique créé en 2012, instance pluridisciplinaire, se réunit au moins deux fois par an pour traiter les problématiques liées aux mesures de restrictions de liberté et aux droits des patients en fin de vie.

Une organisation considérant l'information et la participation du patient est mise en place pour tous les patients y compris sans consentement.

La désignation d'une personne de confiance, le recueil des directives anticipées, du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins sont intégrés dans les projets de prise en charge.

Un dispositif de gestion documentaire est organisé et connu de l'ensemble des professionnels. Les besoins en supports d'information destinés aux patients ont été identifiés, notamment un livret d'accueil mentionnant un chapitre sur les droits des patients, présentant la Commission des usagers et indiquant la conduite à tenir pour contacter les représentants des usagers ou émettre une réclamation.

Le CH Gérard MARCHANT a mis en place un registre dématérialisé des mesures d'isolement ou de contention conformément à l'article L3222-5-1 du code de la santé publique. Ce registre est alimenté automatiquement par les prescriptions et les surveillances correspondantes saisies dans le dossier patient informatisé conformément aux recommandations de la HAS. L'établissement est en mesure de le présenter sur demande des autorités habilitées, à savoir la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSPP), le Contrôleur général des lieux de privation de libertés (CGLPL) et les parlementaires.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées. Les circuits des signalements, interne et externe dans le cadre d'une saisine du Procureur, font l'objet d'une mention particulière dans le règlement intérieur de la cellule d'analyse des risques.

L'établissement a mis en place une démarche structurée d'annonce d'un dommage associé aux soins.

Les besoins en formation initiale et continue des acteurs sont définis, y compris pour les nouveaux arrivants.

Le CH Gérard MARCHANT a adapté ses locaux, son équipement et sa signalisation pour répondre aux besoins et attentes des usagers. Des espaces de convivialité nommés « salon des familles » sont par ailleurs aménagés au sein de chaque unité pour permettre au patient de recevoir ses proches en toute intimité.

Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité de l'ensemble des patients de l'USLD. Si les 14 chambres particulières "historiques" ne donnaient accès qu'à des salles de bain communes disposant de deux lavabos, d'un toilette et d'une douche, l'ouverture d'un nouveau bâtiment en mars 2018 a permis une salle de bains individuelle pour chacune des 80 chambres.

La Commission des usagers, dont la présidence est assurée par un représentant des usagers, assure une mission de veille sur le respect des droits des patients et propose des actions tendant à toujours mieux satisfaire la qualité de la prise en charge. Deux représentants des usagers participent au COPIL qualité de l'établissement. Les préconisations formulées par la Commission des usagers sont prises en compte directement par la Commission médicale d'établissement afin d'élaborer le programme d'actions pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La mobilisation des équipes sur ce processus est une priorité de la direction qui s'emploie à travers une communication active et la formation continue à impulser une dynamique visant à ancrer le respect des droits des patients dans les pratiques professionnelles.

L'ingénieur qualité, issu du trinôme de pilotage, communique les actions d'amélioration à mettre en œuvre aux cadres supérieurs de santé et aux cadres de santé de proximité dans le cadre de réunions d'encadrement.

L'encadrement médical et paramédical, psychiatres et cadres de santé des unités de soins et des structures extra-hospitalières, s'est saisi des enjeux liés à la bientraitance et au respect des droits des patients dans les situations nécessitant une restriction de liberté (isolement, contention, limitation des contacts et des visites, retrait des effets personnels,...), dans la mise en œuvre du respect des libertés individuelles et dans le cadre du recueil de la volonté du patient. L'encadrement s'assure de la mise en œuvre des modalités d'information du patient sur ses droits dès son admission.

Les cadres de santé de proximité actent l'implication des professionnels dans une démarche de promotion de la bientraitance par la signature d'une lettre d'engagement institutionnelle.

Les projets de prise en charge prennent en compte les risques liés à leur non-respect. La réflexion bénéfice-risque fait l'objet d'une concertation dans le cadre de réunions pluridisciplinaires hebdomadaires.

Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale formalisée au sein du dossier patient informatisé, réévaluée à périodicité définie.

La vérification de la conformité des pratiques aux dispositions attendues est assurée par les responsables des unités.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Tout professionnel intégrant les effectifs du CH Gérard MARCHANT se voit remettre par le cadre de proximité une charte de bientraitance accompagnée d'une plaquette d'information intitulée « Risque maltraitance, tous mobilisés – Promotion de la bientraitance, tous concernés ».

Un livret d'accueil est mis à la disposition de chaque patient. En psychiatrie infanto-juvénile, un livret d'accueil spécifique est remis à l'enfant et aux parents, dès son admission. Les règles de vie transmises à l'enfant sont formalisées à l'aide de pictogrammes facilitant l'information et la compréhension de l'enfant, notamment sur ses droits et ses devoirs.

Les chartes de la personne hospitalisée et de la bientraitance, des affiches d'information sur la désignation d'une personne de confiance, les directives anticipées, les droits des patients « Droit, information, consultation du patient sur ses soins psychiatriques », « Contrat d'engagement, votre douleur, parlons-en », « Plaintes et réclamations », la composition de la commission des usagers et la liste des ministres du culte, sont affichés dans chaque unité intra ou extrahospitalière.

Des procédures spécifiques sont mises à disposition des professionnels via la dispositif de gestion documentaire institutionnel, « le respect des libertés individuelles et la gestion des mesures de restriction de liberté », « l'information du patient et de sa famille », « les règles de prescription sur le DPI de l'isolement et de la contention », « les modalités de mise en chambre d'isolement » en sont des exemples.

Le plan de formation annuel, adopté par les instances, proposent des actions de formation visant à renforcer les compétences des professionnels notamment sur l'application des droits des patients et la promotion de la bientraitance (DPC Clinique du droit des patients, DPC fondamentaux des droits des patients, droit et aspects médico-légaux de la prise en charge du patient).

La direction, en étroite collaboration avec l'ingénieur qualité et le cadre coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, a mis à la disposition des professionnels via le logiciel de déclaration des événements indésirables une fiche spécifique dédiée aux signalements des cas de maltraitance, identifiant les typologies des situations concernées.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Une campagne active d'information du patient sur ses droits, par voie d'affichage dans les unités d'admission, les unités de suite, le pavillon d'admission pour jeunes adultes, l'unité d'hospitalisation pédo-psychiatrique pour enfants, l'unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents, l'unité d'hospitalisation spécialement adaptée, les centres médico-psychologiques, l'unité d'hospitalisations spécialement aménagée et l'USLD, est constatée lors des investigations de terrain.

Les entretiens avec les professionnels dans le cadre des visites en unité d'hospitalisation spécialement aménagée démontrent l'effectivité de la mise en œuvre du respect des droits reconnus aux personnes placées en détention.

Les professionnels mettent en œuvre les organisations prévues dans le cadre du management du processus "Droits des patients". Ils expliquent et illustrent la manière, dans les contextes de soin, dont ils recueillent le consentement et délivrent l'information. Les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives aux personnes accueillies.

L'aménagement des locaux permet de garantir les confidentialités des échanges avec le patient et/ou sa famille.

A toutes les étapes du parcours, les professionnels recueillent les informations concernant le patient qu'ils tracent dans le dossier patient informatisé", comme le confirme l'étude du dossier du patient traceur en Unité de soins de longue durée.

L'organisation systématique de revues de mortalité et de morbidité, dès lors que la contention mécanique dépasse 7 jours et pour les séjours longs en chambre d'isolement, traduit la volonté des professionnels de mener une réflexion sur leurs pratiques a posteriori.

Les représentants des usagers ont accès à l'ensemble des lettres d'éloges, de plaintes et réclamations, sans sélection préalable ni anonymisation des courriers, pour étude et propositions d'actions d'amélioration à transmettre à la CME.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le respect des droits, de la satisfaction du patient et de son entourage font l'objet d'une évaluation périodique annuelle dans le cadre d'une revue de processus par le comité de pilotage qualité.

Des actions d'évaluation en matière de respect des droits du patient sont menées dans chaque unité de soins. Des évaluations de pratiques professionnelles concernant le respect du protocole de mise en chambre d'isolement, de la procédure de l'annonce d'un dommage lié aux soins, et la connaissance de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge sont menées.

Le registre dématérialisé des mesures d'isolement ou de contention permet l'évaluation des pratiques de prescriptions et des surveillances correspondantes, dont les résultats sont présentés annuellement à la Commission des usagers et au Conseil de surveillance. La CME est informée chaque trimestre de la situation quantitative des mesures et organise le suivi qualitatif en lien avec le département d'information médicale, afin d'analyser et d'interpréter les données recueillies entre services et pôles, conformément à l'instruction du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention.

Des revues de mortalité et de morbidité sont organisées dès lors que la contention mécanique dépasse 7 jours et pour les séjours longs en chambre d'isolement.

Un audit ciblé sur la surveillance médicale du patient en isolement réalisé en janvier 2018 a conclu à un taux de conformité des pratiques au regard de la procédure en vigueur de 100%.

Les questionnaires de satisfaction des patients font l'objet d'une analyse annuelle par unité de soins, dont les résultats sont formalisés dans le bilan d'activité de la Commission des usagers.

Le compte qualité de l'établissement mentionne deux indicateurs QSS nationaux, du thème Dossier Patient en santé mentale, à savoir « Mention de la protection judiciaire et des personnes désignées (Critère 2) », valeur : 70 en 2016, 73 en 2014 contre 39 en 2011, et « Trace de la modalité d'hospitalisation à l'admission et de l'information donnée au patient sur cette modalité (admissions en SPDRE et SPDT)(critère 3) », valeur : 100 en 2016, 95 en 2014 contre 6 en 2011.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, inscrites dans le plan d'actions du compte qualité, sont mises en place et suivies par le trinôme en responsabilité sur le processus, en lien avec la commission des usagers.

Une note d'information en date du 29.11.2017 rappelant les règles de surveillance médicale du patient en isolement, émanant du président de la CME, et la formalisation d'une procédure ciblée sur l'implication de la famille dans la préparation de la sortie d'un patient hospitalisé témoignent de la mise en œuvre des actions d'amélioration au regard des risques prioritaires identifiés.

La communication des résultats auprès des professionnels est réalisée via intranet, par voie d'affichage au sein des services , en Conseil de pôle, en Revue de contrat de pôle, en CME et en Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Les usagers sont informés des résultats par les représentants de la Commission des usagers, via le site internet de l'établissement et par voie d'affichage dans les salles dédiées à l'accueil des unités intra et extrahospitalières.

**c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**



# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

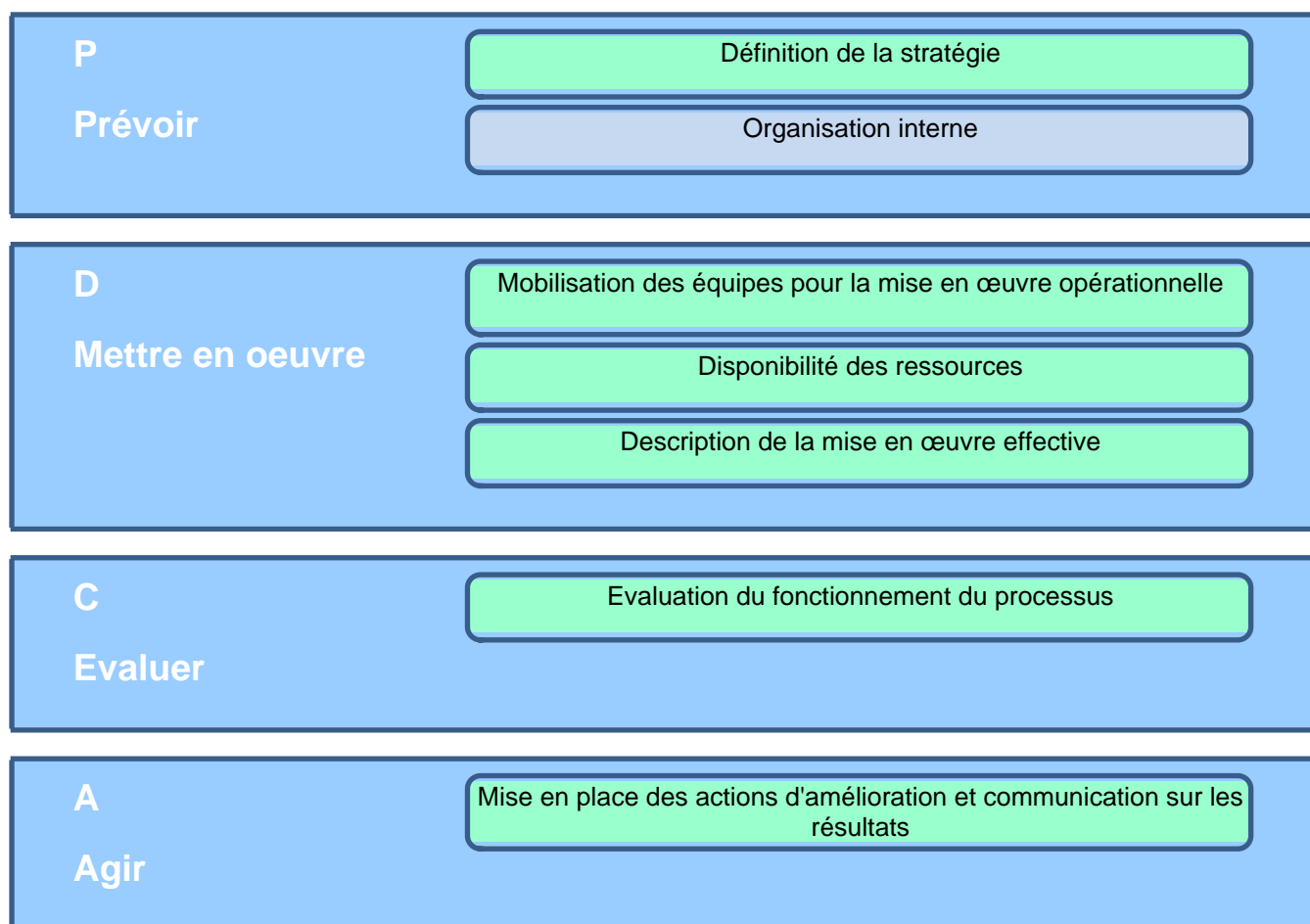
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 Gérard Marchant (CHGM) de Toulouse organise la prise en charge en Psychiatrie des patients de son territoire géographique, au sein de 7 secteurs cliniques pour Adultes formant 3 pôles, d'un pôle de Psychiatrie infanto-juvénile et d'un pôle dédié aux soins en milieu pénitentiaire. Chaque secteur organise son offre de soins en hospitalisation complète, en accueil de jour et en ambulatoire, incluant les soins sans consentement. Cette offre de soins est complétée par un pôle médical et technique qui comprend l'USLD, les médecins généralistes, l'addictologie, et les secteurs médico-techniques (cabinet dentaire, pharmacie...). et par des dispositifs "experts" intersectoriels, sous forme d'équipes mobiles et de structures spécialisées. On peut citer par exemple, le Pavillon d'accueil des Jeunes Adultes (PAJA), l'Unité de Crise et d'Hospitalisation pour Adolescents (UCHA), le Centre d'Accueil Thérapeutique RECIFS dédié aux troubles des conduites alimentaires, etc.

Les stratégies formalisées dans le projet d'établissement sont en concordance avec les axes du CPOM signé pour la période 2013 à 2018. Les axes du projet médical et de soins évoquent des améliorations à mettre en œuvre concernant notamment, l'éducation thérapeutique, les soins somatiques et la planification des soins infirmiers. Des stratégies et parcours spécifiques sont élaborés pour les patients présentant des risques particuliers. Par exemple, pour les personnes âgées, un hôpital de jour est dédiée à leur accueil, ainsi qu'une équipe mobile. De plus, pour compléter l'offre de soins développée en SLD, une unité de 22 lits de Psychogériatrie sera ouverte en Mars 2018, ainsi qu'une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR). L'établissement contribue à la prise en charge des patients admis aux urgences du CHU de Toulouse, par la participation des psychiatres du CHGM au système de garde médicale. Un partenariat est établi avec le CHU de Toulouse en termes d'organisation du parcours du patient relevant de l'accueil et de l'hospitalisation en urgence.

L'inscription de l'établissement dans son territoire de santé, se concrétise notamment par son implication dans le GHT de Haute Garonne et Tarn Ouest et dans une Communauté Psychiatrique de Territoire. Le fonctionnement du service d'HAD psychiatrique (Hospitalisation A Domicile) est piloté par un Groupement de Coopération Sanitaire public-privé (GCS). De nombreuses conventions sont établies avec des établissements voisins permettant des échanges de compétences au bénéfice d'une prise en charge globale du patient.

Au sein de sa politique Qualité-Risques validée par les instances, l'établissement a identifié 11 parcours patients spécifiques. L'analyse des risques a été effectuée pour chaque parcours, en impliquant des représentants des différents types de structures. Les actions d'améliorations ont été versées au PAQSS de l'établissement. Tous les risques prioritaires et à surveiller, intégrés aux 11 comptes Qualité, sont assortis d'un plan d'action précisant les modalités de leur mise en œuvre.

La validation, par les instances, du compte qualité global du Parcours Patient, est effective.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a défini une organisation pour piloter la thématique Parcours Patient. Le pilotage institutionnel relève de la Direction générale, de la Direction du service de soins, et du président de la CME. Au niveau opérationnel, 11 binômes médecins-cadres ont été nommés au regard des 11 parcours définis par l'établissement. Les rôles et responsabilités de ces pilotes sont formalisés dans une lettre de mission générique incluant l'analyse des risques, l'élaboration du compte qualité, ainsi que la surveillance régulière et l'évaluation du fonctionnement de leur processus.

Au regard de ses missions, le CHGM de Toulouse organise la prise en charge des patients selon des modalités diversifiées, en prenant en compte les besoins des patients vulnérables en raison de leur âge, de leur handicap, de la chronicité de leur affection, ou de leur situation sociale. La prise en charge en hospitalisation ou en soins ambulatoires des personnes admises sans leur consentement est organisée. Les soins aux détenus s'effectuent au SMPR dans les 2 établissements pénitentiaires, ou à l'UHSA (Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée) au sein de l'hôpital. Les patients mineurs sont accueillis au sein d'un dispositif gradué : hospitalisation complète, de jour, et soins ambulatoires, incluant des structures spécifiques aux adolescents, telles que l'UCHA et la "Consult'Ados". La prise en charge somatique des patients est organisée selon plusieurs modalités. L'organisation est formalisée pour chaque secteur clinique, faisant intervenir notamment le CHU, une équipe de médecins généralistes du CHGM, les internes des services, voire les praticiens hospitaliers. Grâce aux conventions et partenariats en vigueur, les besoins en consultations et examens spécialisés sont pris en compte. La gestion des urgences vitales organisée en termes de formation des personnels, de matériels, ainsi que de procédures et de conduites à tenir selon la localisation et le type de structures.

Afin de répondre aux besoins de soins des patients, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires. Le recrutement des personnels est organisé pour les différentes qualifications. L'actualisation des compétences et les formations relatives à des soins innovants sont prises en compte dans les priorités du plan annuel de formation. Le recueil des besoins des professionnels est organisé, impliquant l'encadrement des services. Une priorisation est effectuée en fonction des axes de développement institutionnels et de ceux des pôles, ainsi qu'en fonction des besoins individuels (par exemple pour des nouveaux arrivants, ou des personnels changeant d'affectation, etc.). La permanence des soins est assurée sur un plan médical et paramédical grâce aux systèmes de garde et d'astreintes définis. Les règles de présence des professionnels aux sein des services sont formalisées.

Les besoins en ressources matérielles sont définis pour chaque type d'activité. Des procédures sont établies pour les besoins de fonctionnement quotidien et d'investissements (matériels, locaux, système d'information, etc.). La maintenance préventive et curative des locaux et des équipements est organisée.

La documentation utile à la réalisation des soins, ainsi qu'aux processus supports et de management, est centralisée dans la base documentaire, située sur l'intranet du CHGM.

Les interfaces participant à la mise en œuvre des soins sont identifiées et organisées, de manière à fluidifier le parcours du patient au sein des unités et entre secteurs d'activité.

## **D / METTRE EN OEUVRE**

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

Les plans d'actions prioritaires relevant du parcours patient sont définis en fonction de la typologie des unités. Par exemple, un plan d'actions global est défini pour tous les hôpitaux de jour Enfants et Adultes, et chaque unité de soins s'approprie les améliorations applicables à sa structure. Les professionnels sont informés de la réalisation des audits récents et des indicateurs utilisés. Dans les secteurs d'activité concernés par les campagnes nationales des indicateurs QSS, les professionnels participent au relevé et connaissent leurs résultats.

Les EPP en cours sont connues des professionnels rencontrés. L'implication des équipes au signalement des événements indésirables et aux dispositifs de retour d'expérience est effective.

Les différents types de réunions, dont le conseil de pôle, permettent l'information et la sensibilisation régulière des professionnels sur les objectifs d'amélioration de leurs secteurs respectifs. Des réunions médecins-cadres sont organisées pour assurer un management concerté au niveau des secteurs et des pôles. Les résultats des audits et indicateurs sont suivis et commentés avec les équipes, celles-ci participent à l'identification des actions correctives.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences, matériels et documentation sont disponibles dans les secteurs.

Les recrutements sont en adéquation avec les activités de soins à réaliser. Le plan de formation est mis en œuvre, les responsables des pôles participent à la priorisation des actions de formation de leurs secteurs. Des formations aux nouveaux arrivants sont disponibles, ainsi que des formations permettant l'amélioration de l'identification et la prise en charge des principaux risques présentés par les patients en santé mentale. Des formations spécifiques à la coordination du parcours patient sont initiées dans certains secteurs.

L'accès des professionnels à la base documentaire est effectif. Ils participent à l'élaboration des procédures et protocoles qui les concernent. Une réflexion est en cours pour intégrer les documents utilisés en HAD dans la base documentaire générale de l'établissement. La disponibilité des principales applications informatiques est mesurée, comme en témoigne les indicateurs Hôpital Numérique relevés par le CHGM. Les professionnels sont globalement satisfaits de la disponibilité des applicatifs et du délai d'intervention en cas de panne.

Les procédures d'achat et de maintenance des matériels, des équipements et des locaux sont mises en œuvre. Les besoins urgents ou prioritaires sont pris en compte.

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

Dans chaque secteur, les soins sont mis en œuvre en respectant les procédures, les principes de fonctionnement définis et les circuits. Les protocoles de soins correspondant à des situations particulières sont connus des professionnels. Les interfaces sont opérationnelles dans tous les pôles.

La traçabilité des activités dans le dossier patient informatisé est assurée par les équipes à chaque étape de la prise en charge. Le dossier patient commun permet l'accès aux informations des prises en charge antérieures. Pour le service d'HAD qui utilise un dossier informatisé spécifique, les professionnels saisissent le séjour dans le dossier commun, de façon à ce que tous les professionnels concernés par le patient soient informés de cette prise en charge. Le compte-rendu d'hospitalisation en HAD est également intégré dans le dossier commun.

En pratique, l'évaluation clinique initiale est réalisée par les médecins et par les infirmiers ; elle est complétée si nécessaire par d'autres professionnels vers lesquels le patient peut être orienté (psychologues, rééducateurs, etc.). L'évaluation initiale comporte systématiquement une évaluation somatique dans des délais compatibles avec l'état clinique du patient, et systématiquement dans les 24h suivant l'admission du patient en hospitalisation sans consentement.

Cependant, l'évaluation initiale de l'état de santé du patient ne comporte pas toujours l'ensemble des informations attendues. A l'occasion des investigations sur le terrain, et lors d'un patient traceur, il a été constaté que certaines observations médicales d'admission ne font pas référence aux allergies du patient, et/ou à ses antécédents. Des éléments sont souvent présents dans les observations nommées "synthèses" qui ont été saisies lors des hospitalisations précédentes, ou en cours du séjour en cours, mais ne sont pas toujours repris et complétés dans l'observation médicale d'admission. De plus, la traçabilité du raisonnement clinique infirmier n'est pas assurée dans le dossier à l'admission du patient. L'analyse des informations recueillies dans le support "Habitudes de vie" n'est pas toujours réalisée : les diagnostics infirmiers et les risques prévalents à l'admission ne sont pas mis en évidence, ni sous forme de conclusion dans le questionnaire, ni sous forme d'observation de type "Macro-cible d'admission" ou équivalent.

Dans certains secteurs un support de planification des soins est également utilisé.

Le projet personnalisé de soins du patient est élaboré et actualisé dans le cadre des réunions de synthèse clinique. Les infirmiers préparent un bilan servant de base aux échanges et à la concertation des professionnels pendant la réunion. Une réflexion est en cours dans l'établissement pour faciliter la lisibilité des projets personnalisés de soins dans le dossier et harmoniser les pratiques d'utilisation des différents supports.

L'évaluation continue de l'état de santé est effective et tracée dans le dossier patient, ainsi que l'intégration des comptes-rendus et résultats d'exams effectués à l'extérieur du CHGM. Les conventions et partenariats en vigueur permettent de mobiliser toutes les compétences extérieures utiles pour assurer une prise en charge globale et rapide du patient.

La coordination de la prise en charge du patient est assurée par l'accès au dossier partagé, et d'autre part grâce aux réunions cliniques hebdomadaires instituées dans chaque secteur. Des réunions sont également organisées en présence des personnels affectés en extra-hospitalier pour assurer la continuité et la coordination en amont et en aval de l'hospitalisation. La traçabilité des conclusions des réunions cliniques est assurée dans le dossier patient. Les instances concernées par la prise en charge du patient sont opérationnelles, et se réunissent conformément à la réglementation en cours.

La sortie du patient est organisée en amont, en concertation avec le patient et/ou son entourage. L'établissement a mis en place une commission pour étudier les séjours longs et un projet institutionnel conséquent est dédié aux unités de suite qui sont chargées de la réhabilitation sociale du patient ; ce projet conduira à la réduction de la capacité d'accueil de ces unités. Les professionnels de l'établissement ont pris en compte la réglementation concernant la remise et l'envoi de la lettre de sortie à J zéro. Cet indicateur est suivi régulièrement.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les contrats de pôle sont basés sur la production d'indicateurs d'activité, et de moyens alloués. Des objectifs institutionnels sont déterminés, ainsi qu'une liste d'indicateurs à surveiller par le pôle (quantitatifs et qualitatifs). D'autres indicateurs sont relevés en routine par l'établissement concernant la thématique Parcours Patient : par exemple, le nombre de professionnels formés au risque suicidaire, à la prise en charge des addictions. Quelques indicateurs de pratique clinique sont utilisés, notamment un indicateur composite qui cible les pratiques cliniques de prévention et de surveillance du risque métabolique.

Les indicateurs QSS nationaux sont relevés chaque année, les années paires, l'audit Qualhas, les années impaires, un audit interne de dossiers patient portant sur les indicateurs QUALHAS et d'autres indicateurs complémentaires. Les indicateurs Hôpital Numérique sont intégrés à la plateforme OSIS et les données sont globalement conformes aux valeurs cibles et aux constats effectués par les experts-visiteurs.

Les pilotes des 11 parcours patient définis dans l'établissement sont chargés de déterminer les modalités d'évaluation et de surveillance de leurs processus. Un support a été défini pour centraliser les méthodes et outils à utiliser (les audits, enquêtes et indicateurs d'une part ; les EI signalés et leurs modalités de traitement d'autre part ; ainsi que le programme d'amélioration et les EPP en cours). Pour quelques parcours, des modalités sont définies et intégrées au support prévu. Les indicateurs QSS transversaux sont exploités pour le parcours Hospitalisation complète en Psychiatrie. La satisfaction du patient en intra hospitalier est mesurée régulièrement par les résultats des questionnaires de sortie ; une réflexion est en cours pour pérenniser un mode de relevé de la satisfaction des patients pris en charge en extra-hospitalier.

Néanmoins, le dispositif d'évaluation ne porte pas sur l'ensemble de la thématique Parcours patient. Pour

la plupart des parcours identifiés dans l'établissement, les modalités d'évaluation ne sont pas totalement définies et/ou ne sont pas centralisées dans le support prévu. Pour exemples : pour le Parcours patient en hospitalisation de jour, un audit effectué en 2017 est cité, sans que sa fréquence ne soit précisée, et aucun indicateur qualitatif n'est défini. Le parcours patient en HAD n'est assorti d'aucun indicateur qualitatif de fonctionnement du processus. Seule la satisfaction du patient est mesurée. Pour le parcours SLD, le seul indicateur produit est le nombre de chutes. Le support centralisant les modalités d'évaluation n'est pas complété.

## A / AGIR

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

Les indicateurs utilisés en routine, dont les IQSS pour l'hospitalisation complète en Psychiatrie, sont exploités et donnent lieu à des actions d'amélioration. Les EPP conduisent systématiquement à la définition d'actions d'amélioration ; les plans d'actions consécutifs au compte qualité ont engendré plusieurs nouveaux thèmes d'EPP. Une réflexion est en cours pour créer ou modifier certains supports du dossier informatisé afin d'assurer l'exhaustivité des informations à enregistrer pour certaines étapes du parcours patient.

La mise en œuvre des actions définies dans les 11 parcours du compte Qualité est en cours, et certaines actions sont finalisées. Les modalités de réalisation et de suivi sont identiques à celles du PAQSS, impliquant en priorité les pilotes concernés.

La politique de communication est définie au sein du service Qualité-Risques. Les résultats des évaluations sont communiquées aux instances et aux professionnels par le biais des cadres et des réunions dans les pôles. D'autres vecteurs d'information sont utilisés, telles que les parutions régulières (lettre qualité, posters, flyers thématiques...), et le livret élaboré suite à l'élaboration du compte qualité.

L'information des usagers est réalisée par les affichages des résultats des indicateurs et en réunion de la CDU.

### c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>L'évaluation initiale de l'état de santé du patient ne comporte pas toujours l'ensemble des informations attendues.</p> <p>A l'occasion des investigations sur le terrain, et lors d'un patient traceur, il a été constaté que certaines observations médicales d'admission ne font pas référence aux allergies du patient, et/ou à ses antécédents. Des éléments sont souvent présents dans les observations nommées "synthèses" qui ont été saisies lors des hospitalisations précédentes, ou en cours du séjour en cours, mais ne sont pas toujours repris et complétés dans l'observation médicale d'admission. De plus, la traçabilité du raisonnement clinique infirmier n'est pas assurée dans le dossier à l'admission du patient. L'analyse des informations recueillies dans le support "Habitudes de vie" n'est pas toujours réalisée : les diagnostics infirmiers et les risques prévalents à l'admission ne sont pas mis en évidence, ni sous forme de conclusion dans le questionnaire, ni sous forme d'observation de type "Macrocible d'admission" ou équivalent.</p>	17a
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	<p>Le dispositif d'évaluation ne porte pas sur l'ensemble de la thématique Parcours patient.</p> <p>Pour la plupart des parcours identifiés dans l'établissement, les modalités d'évaluation ne sont pas totalement définies et/ou ne sont pas centralisées dans le support prévu. Pour exemples : pour le Parcours patient en hospitalisation de jour, un audit effectué en 2017 est cité, sans que sa fréquence ne soit précisée, et aucun indicateur qualitatif n'est défini.</p> <p>Le parcours patient en HAD n'est assorti d'aucun indicateur qualitatif de fonctionnement du processus. Seule la satisfaction du patient est mesurée.</p> <p>Pour le parcours SLD, le seul indicateur produit est le nombre de chutes. Le support centralisant les modalités d'évaluation n'est pas complété.</p>	2e

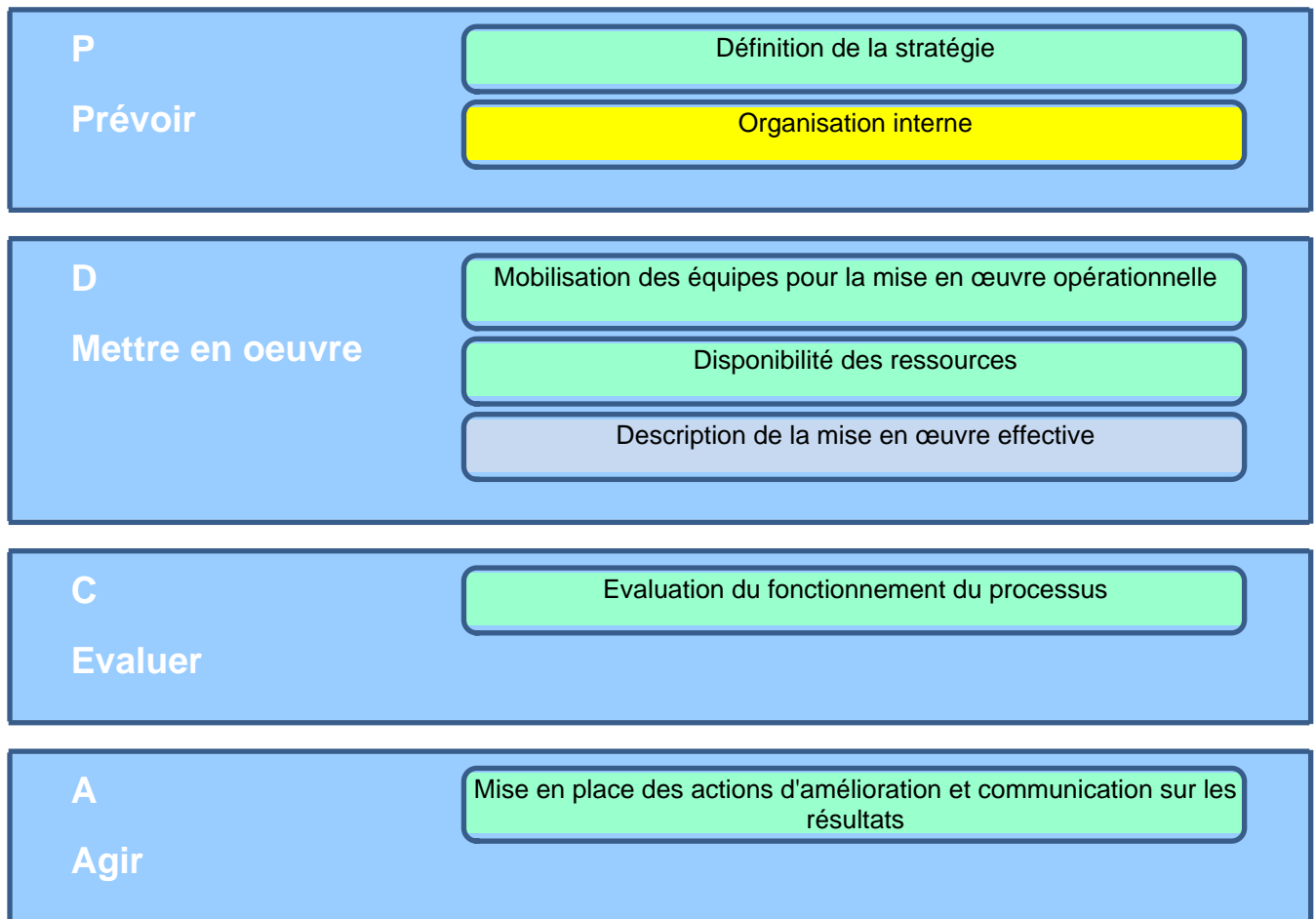
# DOSSIER PATIENT

## 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**

La politique du dossier patient est formalisée dans la politique qualité et gestion des risques de 2017 et validée par la CME et le COPIL qualité gestion des risques. Les objectifs sont d'améliorer le recueil et la traçabilité des données relatives à la prise en charge du patient dans le cadre de la nouvelle version du dossier patient informatisé, de soutenir l'optimisation qualitative de la tenue du dossier en développant les actions de formation continue, auprès de l'ensemble des acteurs concernés, sachant que le document de sortie (CRH) remis au jour de la sortie est une priorité institutionnelle, de garantir par des évaluations régulières la bonne gestion du dossier patient.

Le CH Gérard MARCHANT a procédé à une analyse des risques en prenant en compte notamment la précédente certification, les indicateurs nationaux relatifs à la tenue du dossier patient, les événements indésirables et les évaluations internes. Une cartographie des risques est établie et un plan d'action est intégré au PAQSS.

A partir de la cartographie des risques et des résultats d'audit patient traceur, le compte qualité a retenu 3 risques : il comporte 6 plans d'actions. Ils ont été validés par le comité stratégique Qualité et la CME, et présentés aux instances de l'établissement. Trois actions sont réalisées et trois autres sont en cours.

**ORGANISATION INTERNE**

Un pilote institutionnel, le médecin DIM et une pilote opérationnel, la cadre TIM ont été nommés pour animer la thématique dossier patient. Ces professionnels ont été informés de leur rôle et responsabilité.

Les pilotes participent au Collège De l'Information Médicale et de l'Evaluation de la Qualité des Soins (CODIMEQS), sous-commission de la CME, qui traite et décide de l'actualité du dossier patient.

Le dossier patient est informatisé avec un logiciel sur l'ensemble de l'hôpital Gérard MARCHAND sauf pour le service d'hospitalisation à domicile qui a un logiciel spécifique géré par un CGS public/privé.

Toutefois, le support du dossier HAD demeurant au domicile du patient n'est pas identifié au nom du patient et du service. La pochette plastique contenant le traitement du patient, son accord pour l'hospitalisation, le projet de soin, les coordonnées des référents HAD, la synthèse médicale, n'est pas identifiée au nom du patient et du service HAD. Les intervenants autres que ceux de l'HAD peuvent méconnaître l'hospitalisation et les modalités de prise en charge du patient par Psydom 31. Les documents risquent de s'égarer plus facilement. L'établissement va mettre en place, en collaboration avec la clinique privé, le même support et la même identification pour le dossier patient en HAD.

Les règles de gestion du dossier patient et d'archivages sont, en grande partie, formalisées et diffusées dans la gestion documentaire positionnée dans l'intranet de l'établissement. La GED contient également des guides pour les utilisateurs (dossier papier, dossier informatisé) et des tutoriels.

Le règlement intérieur des archives suit les règles du code du patrimoine et des archives départementales. La gestion des archives est assurée sous la responsabilité du département d'information médicale (DIM).

Les règles d'accès au dossier patient sont définies : habilitation des professionnels dans le respect de leur profil métier, identification des personnes référentes pour assurer l'accès au dossier patient dans le respect des délais impartis.

Cependant, les règles de consultation et de stockage des dossiers archivés dans les unités de soins ne sont pas formalisées dans la procédure. La durée de conservation des dossiers médicaux papiers et des films de radiologie est de 2 ans après la fin de la prise en charge du patient dans les unités de soins.

Les lieux de stockage des services dans des unités de soins (HJ La Paloumère, CMP CATTP les Arènes, Accueil Van Gogh) ont des locaux dédiés aux archives mais ils ne sont pas sécurisés. Au SMPR de Seysses, le local d'archivage est partagé avec le vestiaire et une zone de rangement (carton, matériel). La confidentialité des données du patient ne sont donc pas respectés. Ces locaux d'archivage sont accessibles par d'autres professionnels que ceux habilités à accéder aux archives médicales. Des événements indésirables de perte de dossier ont par ailleurs été déclarés. Suite à la visite terrain des experts-visteurs, le CH MARCHANT a informé par note de service, la mise à jour prochaine du règlement intérieur des archives et donné les règles d'accessibilité aux archives et de consultation des dossiers dans les unités de soins.

Le DIM organise des formations sur le dossier patient informatisé en collaboration avec les référents DPI de chaque unité. Dans le cadre du dossier informatisé, des modalités de fonctionnement en mode dégradé sont prévues.

Le service du SI et les prestataires externes assurent la maintenance des logiciels et matériels nécessaires au bon fonctionnement du Dossier Patient Informatisé.

L'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès est organisé.

Les circuits sont définis entre le moment de la création du dossier patient et son archivage, et entre les

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Suite au CODIMEQS, les informations concernant le processus Dossier Patient sont relayées lors des réunions de pôle et des réunions d'encadrement.

Les responsables des secteurs d'activité sensibilisent ensuite les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières lors des transmissions soignantes). Les campagnes IPAQSS sur la tenue du dossier patient et la réalisation de patient traceur contribuent à cette sensibilisation.

Deux référents DPI par unité de soins relaient les informations relatives à ce dossier et à ses modifications.

Le management s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Pour accéder au DPI, les professionnels disposent d'un login et d'un mot de passe obtenue après une initiation par le référent DPI.

Les actions d'amélioration sur le dossier patient informatisé sont menées en concertation avec les professionnels des services et les référents DPI.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Il est mis à la disposition des professionnels des outils et des formations à la gestion du dossier du patient.

Les ressources en compétences (effectifs, formation) sont effectives dans les secteurs d'activité. Les référents DPI de chaque secteur d'activité sont formés par le DIM. Il assure la formation des nouveaux arrivants. En 2017, le DIM a fait appel à un prestataire extérieur pour la formation de tout le personnel à une nouvelle version du logiciel du dossier patient.

La documentation est accessible sur l'intranet de l'établissement (GED informatisé) : les guides, les procédures et les mémos y sont disponibles. Le livret d'accueil pour les hospitalisés informe les patients de leurs droits d'accès à leur dossier pour les patients adultes ou mineurs.

Cependant, l'accès du patient à son dossier n'est pas assuré dans les délais définis par la réglementation. Pour 2016 et 2017, les indicateurs de l'établissement présentés en CDU montrent, pour la moitié des demandes d'accès pour les dossiers de moins de 5 ans, une transmission au patient au-delà de 8 jours. La transmission du dossier en dehors des délais peut entraîner un retard de prise en charge pour le patient. En 2016, l'établissement a amélioré le circuit d'information pour une recherche et transmission plus rapide du dossier patient des unités de soins à la direction générale mais près la moitié des dossiers restent transmis au patient après les délais réglementaires. Après réflexion, le DIM et le président de CME vont revoir la procédure et détailler les indicateurs en mentionnant le délai entre l'appel au patient et le rendez-vous pris entre le médecin et le patient pour la consultation de son dossier.

Au niveau des ressources matérielles, l'établissement est doté de poste informatique en nombre suffisant pour les professionnels. Les locaux dédiés à l'archivage centrale des dossiers patient sont accessibles aux seuls personnels autorisés.

La maintenance des équipements informatiques est assurée par les informaticiens de l'établissement et des sociétés extérieures.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services de soins sont informatisés à 100 % (dossier administratif, dossier médical, prescription médicamenteuse, dossier soins, transmissions ciblées, la planification des soins).

Le service HAD, bien qu'utilisant un autre logiciel, intègre un compte rendu de la prise en charge dans le dossier patient informatisé du CH MARCHANT permettant la continuité du dossier unique et la consultation des données en temps utile.

L'accès au dossier patient par les professionnels est sous habilitation en fonction de leurs profils. Chaque professionnel signe une charte d'utilisation des ressources informatiques. Les personnels reçoivent un code d'accès personnalisé au dossier patient à leur arrivée. Seul les étudiants ou stagiaire n'ont pas d'accès personnel aux dossiers. Ils consultent ou inscrivent des informations sous la responsabilité de leur maître de stage.

Les nouveaux arrivants ont une initiation par les référents ce qui leur permet d'avoir leur login et mot de passe. Ils ont ensuite une formation obligatoire dispensée par le DIM. La consolidation des savoirs se fait ensuite par compagnonnage.

En cas de panne informatique dans les services, une procédure dégradée est mise en œuvre. Chaque unité de soins possède un PC et une imprimante indépendante. Le PC de sauvegarde est configuré pour contenir la mallette numérique (stockage local des documents en PDF du DPI). Dans le bureau, une mallette papier est également présente contenant (ordonnancier, certificat) tous documents essentiels pour assurer les soins.

Les dossiers archivés sont facilement accessibles dans le système d'information (dossiers numérisés) et dans les locaux des archives. Les unités de soins conservent deux ans et l'année en cours après la fin de la prise en charge du patient. Les archives sont ensuite réunies dans un même lieu au CH MARCHANT, via un transport organisé et sécurisé. Le DIM poursuit depuis plusieurs années une démarche de tri et d'élimination des anciennes archives conformément aux instructions interministérielles relatives aux archives et au code du Patrimoine et en partenariat avec la direction départementale des archives.

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient, en temps utile, dans le dossier du patient et la communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes sont assurées.

Le patient est informé de ses droits d'accès à son dossier patient par le livret d'accueil de l'établissement. Une procédure pour le traitement des demandes est en place et connue des professionnels.

## **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement, notamment à l'aide d'indicateurs, l'évaluation de la tenue du dossier patient : suivi des IQSS nationaux chaque année, patients traceurs 2 à 3 par unités de soins, indicateurs Hôpital Numérique. Le département d'informatique médicale se saisit des résultats et met en place d'autres indicateurs permettant le suivi du DPI. Par exemple, le suivi des documents à la sortie du patient est suivi quotidiennement par le DIM et l'encadrement des services concernés grâce à un logiciel de requête.

Les unités de soins développent également leur propre indicateur, comme la vérification de saisie de certains items du DPI pour chaque dossier patient à intervalle régulier.

Des fiches d'EI signalent les évènements indésirables sur la thématique dossier patient. L'analyse des FEI est faite par la cellule d'analyse des EI.

Les délais pour l'accès du patient à son dossier sont suivis et communiqués à la CDU.

## **A / AGIR**

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre, notamment au regard des résultats obtenus des évaluations.

Ces actions sont reprises dans le PAQSS permettant un suivi coordonné et structuré de ces dernières par le COPIL qualité gestion des risques et le CODIMEQS. Suite aux Audits patient traceur, la saisie dans le DPI a été optimisée.

La communication des résultats des actions d'évaluation (Audits, IQSS) est faite en CODIMEQS et disponible sur le réseau informatique de l'établissement. Les professionnels sont également informés de façon orale par l'encadrement (réunion de service, réunion de cadres).

La CDU est informée des demandes de dossiers patients.

Les résultats des IQSS sont communiqués aux usagers et aux professionnels, par affichage dans les services ou dans les instances dont la CDU.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	<p>Le support du dossier HAD demeurant au domicile du patient n'est pas identifié au nom du patient et du service.</p> <p>La pochette plastique contenant le traitement du patient, son accord pour l'hospitalisation, le projet de soin, les coordonnées des référents HAD, la synthèse médicale, n'est pas identifiée au nom du patient et du service HAD.</p> <p>Les intervenants autres que ceux de l'HAD peuvent méconnaître l'hospitalisation et les modalités de prise en charge du patient par Psydom 31. Les documents risquent de s'égarer plus facilement.</p> <p>L'établissement vont mettre en place, en collaboration avec la clinique privé, le même support et la même identification pour le dossier patient en HAD.</p>	14b
	NC	<p>Les règles de consultation et de stockage des dossiers archivés dans les unités de soins ne sont pas formalisées.</p> <p>La durée de conservation des dossiers médicaux papiers et des films de radiologie est de 2 ans après la fin de la prise en charge du patient dans les unités de soins.</p> <p>Les lieux de stockage des services dans des unités de soins (HJ La Paloumère, CMP CATTTP les Arènes, Accueil Van Gogh) ont des locaux dédiés aux archives mais ils ne sont pas sécurisés. Au SMPR de Seysses, le local d'archivage est partagé avec le vestiaire et une zone de rangement (carton, matériel). La confidentialité des données du patient ne sont donc pas respectés. Ces locaux d'archivage sont accessibles par d'autres professionnels que ceux habilités à accéder aux archives médicales. Des événements indésirables de perte de dossier ont par ailleurs été déclarés. Suite à la visite terrain des experts-visteurs, le CH MARCHANT a informé par note de service, la mise à jour prochaine du règlement intérieur des archives et donné les règles d'accessibilité aux archives et de consultation des dossiers dans les unités de soins.</p>	14a
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>L'accès du patient à son dossier n'est pas assuré dans les délais définis par la réglementation.</p> <p>Pour 2016 et 2017, les indicateurs de l'établissement présenté en CDU montrent, pour la moitié des de demande d'accès pour les dossiers de moins de 5 ans, une transmission au patient au-delà de 8 jours.</p> <p>La transmission du dossier en dehors des délais peut entrainer un retard de prise en charge pour le patient.</p> <p>En 2016, l'établissement a amélioré le circuit d'information pour une recherche et transmission plus rapide du dossier patient des unités de soins à la direction générale mais près la moitié des dossiers restent transmis au patient après les délais réglementaires. Après réflexion, le DIM et le président de CME vont revoir la procédure et détailler les indicateurs en mentionnant le délai entre l'appel au patient et le rendez-vous pris entre le médecin et le patient pour la consultation de son dossier.</p>	14a



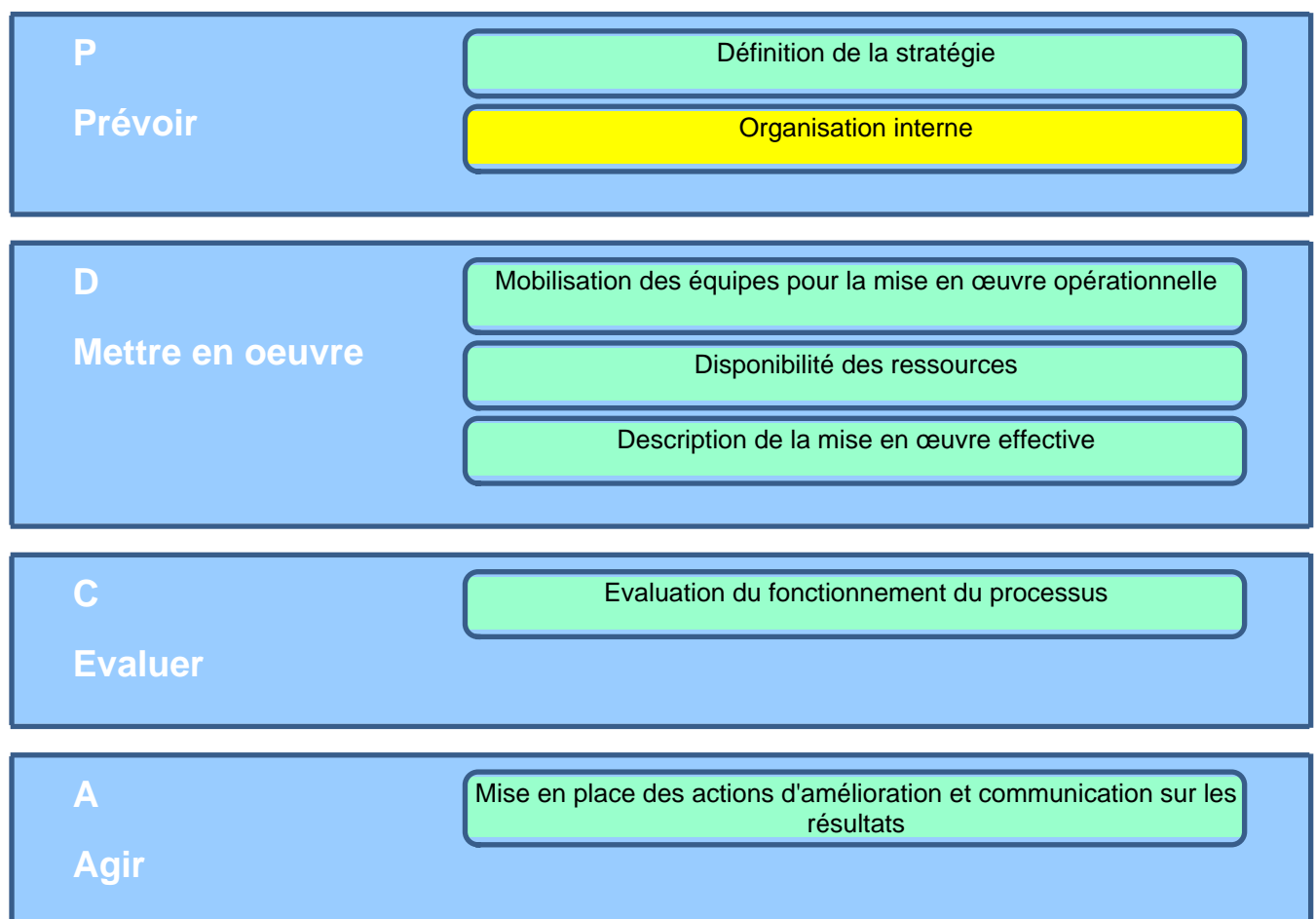
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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**

Le Centre Hospitalier Gérard Marchant a formalisé sa politique de la prise en charge médicamenteuse à partir de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la Prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Cette stratégie est intégrée dans le projet d'établissement 2014/2018 Axe 5 sur la prise en charge pharmaceutique somatique et addictologie. La politique qualité du CHGM reprend également dans sa partie « sécuriser les pratiques à risque » le management de la PECM. Le CHGM a nommé un responsable du système de la qualité du management de la prise en charge médicamenteuse du patient dès 2011. La direction est impliquée dans la démarche de certification ISO de la pharmacie pour la partie dispensation avec l'organisation d'une revue de direction annuelle.

Il existe un manuel qualité du management de la prise en charge médicamenteuse en date du 28/07/2015. Le contrat d'objectif et de moyen 2013/2017 dans son axe sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins intègre la certification de la pharmacie iso 9001 réalisée sur la partie dispensation en 2017. Le CHGM fait partie d'un GHT qui réfléchit à la mutualisation d'automates pour la PECM.

Le CHGM a identifié les risques pour chaque étape du circuit du médicament en tenant compte de risques spécifiques (médicaments à risques notamment) et de risques plus génériques (liés à l'informatisation par exemple). Il s'appuie également sur des résultats d'évaluation, la cartographie des risques ARCHIMED de 2013, la certification V2010, des EPP ainsi que des audits externes (certification ISO 9001 V2008) et internes. Ces risques sont hiérarchisés selon une méthode définie et sont analysés avec les professionnels concernés.

La politique de prise en charge médicamenteuse est déclinée dans le plan d'action qualité qui définit les modalités de sa mise en œuvre (risques, actions, pilotes, échéances, indicateurs de suivi). Ce programme est présenté en COMEDIMS et au COPIL qualité, il est articulé avec le Compte Qualité présenté à la HAS autour de 4 risques principaux : politique du médicament non formalisée pour sa part, les risques liés au dossier informatisé, l'analyse des erreurs médicamenteuses, les médicaments à risques.

Néanmoins, l'établissement ne dispose pas d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en vue notamment de réduire la morbidité évitable. Les données de référence permettant une prescription conforme ne sont pas mises à disposition des professionnels. L'analyse des risques ne prend pas en compte la prise en charge médicamenteuse de la population spécifique du patient âgé. Ce risque est cependant identifié dans le compte qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage de la mise en œuvre de cette politique et du suivi du programme d'action est assuré par le COMEDIMS, sous-commission de la CME. Il informe régulièrement la CME des tableaux de bord d'indicateurs, du bilan des erreurs médicamenteuses et de leur traitement ainsi que des résultats des audits réalisés dans ce domaine. Le manuel qualité de la PEC médicamenteuse décrit le processus. La fiche du processus est réalisée ainsi que le tableau de bord de suivi par un groupe de travail spécifique. Les pilotes de processus disposent d'une fiche de mission.

Le CHGM dispose d'une pharmacie à usage interne. L'organigramme de la PUI est défini. Le service pharmacie fait partie du pôle médical et technique. Le chef de pôle est aussi le pharmacien gérant de la PUI. L'accès à la PUI est sécurisé avec usage de code.

La liste des prescripteurs habilités est actualisée de manière régulière et disponible auprès de la PUI.

La dispensation est nominative avec analyse des ordonnances et avis pharmaceutiques, elle est réalisée pour l'ensemble des patients en hospitalisation continue.

La permanence pharmaceutique est organisée, dotation pour besoins urgents dans les unités, dotation pour soins somatiques dans une armoire, chariot situé dans un sas accolé à la PUI, astreinte à domicile en dehors des heures d'ouvertures de la PUI.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète de la prescription à l'administration.

Toutefois, les règles d'administration ne sont pas définies et la traçabilité de l'acte n'est pas organisée en ce qui concerne la procédure dégradée. En effet la procédure dégradée du logiciel ne prévoit pas un support unique pour la prescription et la traçabilité de l'administration. Dans la procédure dégradée du logiciel dossier du patient, il est prévu d'utiliser la dernière ordonnance du module de prescription éditée sur support papier et, pour tracer l'administration, un document papier spécifique au mode dégradé. C'est un non-respect des bonnes pratiques de prescription : absence de support unique prescription administration et retranscription des prescriptions. Le CHGM n'avait pas identifié ce risque et a fait preuve de réactivité avec le choix d'une solution et projet de commande en mars.

Les organisations sont formalisées « document organisation du circuit du médicament » de la prescription à l'administration du médicament et de l'admission à la sortie du patient y compris la

gestion du traitement personnel du patient hospitalisé.

En revanche, il n'existe pas de mode opératoire ou de procédure concernant la gestion du traitement personnel du patient en CMP. Lors d'une visite terrain en CMP, l'expert-visiteur a constaté la présence de boîtes de traitement appartenant aux patients dans le rangement de la salle de soins fermée à clefs. Ces boîtes ne sont pas toutes identifiées avec l'étiquette patient ce qui peut occasionner un risque d'erreur de patient et ou de traitement.

L'établissement a formalisé une organisation permettant de sécuriser la dispensation des médicaments. Le rangement est effectué dans des armoires mobiles identiques à toutes les unités. La fonction transport est sous la responsabilité de la direction du patrimoine et de la logistique en concertation avec la PUI et les unités.

Cependant, les règles de gestion, rangement, étiquetage, stockage de médicaments, particulièrement des médicaments à risque ne sont pas respectées concernant les kits de première urgence. Il n'y a pas de sécurisation des conditions de stockage dans les services des kits de première urgence ; en effet, le kit de première urgence mis à disposition des professionnels dans chaque unité de soins n'est pas rangé dans un contenant scellé. Il se trouve dans une pochette plastique transparente, le plus souvent agrafée ou fermée par un sparadrap. Ce kit contient notamment des médicaments à risque (adrénaline). Le CHGM a réagi en passant une commande pour des contenants adaptés et des scellés pendant la visite.

Les circuits et les interfaces sont définis avec les secteurs cliniques, médico-techniques, logistiques et économiques.

La gestion des erreurs médicamenteuses fait l'objet d'une gestion structurée avec analyse collective méthodique en RMM, sur les unités en présence du déclarant.

Les vigilances réglementaires pharmacovigilance, matériovigilance et réactovigilance sont organisées et efficaces. Un dispositif de gestion documentaire est en place.

Les besoins en formation initiale du module de prescriptions du logiciel sont définis, y compris pour les nouveaux arrivants.

## D / METTRE EN ŒUVRE

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

Le cadre de proximité s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment les procédures et protocoles mis en place.

Une évaluation périodique de la PEC médicamenteuse est réalisée (audits, EPP) et les professionnels sont informés des résultats lors de la réunion d'équipe.

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (après RMM par exemple, étiquetage mis en place) comme en témoignent les professionnels rencontrés sur le terrain.

Un ou deux référents pharmacie sont identifiés par unité de soins et chaque préparateur de la PUI est également référent d'unité de soins.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement a identifié et défini les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la politique de la PEC médicamenteuse.

Les effectifs et les compétences des personnels répondent aux besoins. Il y a 2 praticiens hospitaliers à la PUI et des assistants ; interne et externe, des préparateurs. Dans les unités l'effectif minimum permet de garantir la présence d'IDE pour l'administration des traitements. Les professionnels sont formés au logiciel du circuit du médicament et notamment pour tous les nouveaux arrivants, médicaux et non médicaux, avant l'ouverture des codes d'accès au logiciel. Les équipements informatiques sont en nombre suffisant.

En revanche, les actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses ne sont pas menées. Le CHGM n'organise pas de formations régulières aux risques d'erreurs médicamenteuses. La totalité des professionnels n'est pas formée, il n'y a pas d'inscription au programme de la formation continue de cette thématique. Une chambre des erreurs est à disposition des professionnels qui le souhaitent une fois par an.

Des outils d'aide à la prescription, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels, base de données et livret thérapeutique, fiche technique de bon usage par exemple sur la clozapine et sa surveillance biologique.

La liste des médicaments à risque a été finalisée en octobre 2017 dans un document synthétique et très complet incluant le détail des risques ainsi que les mesures préventives à mettre en œuvre à chaque étape du circuit.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels des unités de soins et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur démontrent l'effectivité de la mise en œuvre de la prise en charge médicamenteuse et



de sa traçabilité.

Sur l'intranet on retrouve la procédure PECM ainsi que de nombreux modes opératoires. On peut citer le mode opératoire : médicaments stupéfiants de 2014 par exemple qui est connu et respecté comme nous avons pu le constater lors des visites des salles de soins.

La mise en œuvre de la prise en charge médicamenteuse est réalisée en s'appuyant sur l'organisation, les circuits et les interfaces opérationnelles définis. Les vérifications de la température des réfrigérateurs, du contrôle des périmés et du contrôle du kit d'urgence sont effectives et font l'objet d'une traçabilité.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète (prescription, dispensation, administration) et déployée sur l'ensemble des services du CHGM.

Les pharmaciens réalisent l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient à chaque nouvelle prescription en incluant le traitement personnel du patient.

La dispensation est nominative pour l'ensemble des unités de l'établissement.

Le déploiement de la conciliation est débuté sur 3 unités.

La traçabilité de l'administration est assurée en temps réel par le personnel habilité en s'appuyant sur la procédure en place.

Des documents d'information sur les traitements médicamenteux sont mis à disposition des patients (utilisation des documents du réseau PIC) et des ateliers du médicament bi mensuels sont assurés par les pharmaciens dans les unités qui en font la demande (actuellement 5 unités).

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation globale du processus a été réalisée en 2013 avec une cartographie des risques à toutes les étapes du processus. Par ailleurs, les équipes de soins signalent, par le biais des fiches événements indésirables les erreurs médicamenteuses ainsi que tout événement lié au circuit du médicament, ceci de façon croissante. Celles-ci sont ensuite analysées systématiquement par les pharmaciens avec les équipes

Les équipes de soins participent au recueil et à l'analyse des erreurs médicamenteuses et des actions correctives sont mises en place si nécessaire.

Les professionnels réalisent des audits réguliers de la prise en charge médicamenteuse notamment des audits de dispensation en 2014, 2016 et 2017 qui ont permis à la PUI d'accéder à la certification ISO sur cette partie du processus mais également des audits sur les prescriptions (IQSS) et l'administration en 2016 et 2017.

Des indicateurs spécifiques « réévaluation antibiothérapie 48/72 H », « Taux d'acceptation des avis pharmaceutiques » pour n'en citer que quelques uns.

Également des enquêtes de satisfaction pharmacie ont été menées auprès des professionnels des unités.

Différentes EPP sont réalisées sur la thématique du médicament, l'EPP administration des médicaments dans les unités d'hospitalisation continue depuis 2016 et l'EPP prescriptions des correcteurs anticholinergiques depuis 2014.

## A / AGIR

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

L'analyse des résultats et des plans d'action est réalisée par le COPIL qualité et gestion des risques. Les actions correctives enrichissent le programme qualité de la PUI et du CHGM et sont suivies également par le COPIL.

Les bilans des actions d'améliorations sont présentés en COMEDIMS (sous commission de la CME) ainsi qu'en réunion d'encadrement.

Les professionnels de terrain sont tenus informés par les préparateurs de la pharmacie et par les cadres de proximité.

Le CHGM communique de manière régulière les résultats des audits dans la « lettre qualité » qui est une publication mensuelle à destination de tous les professionnels.

La commission des usagers est tenue informée.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	L'établissement ne dispose pas d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en vue notamment de réduire la morbidité évitable. Les données de référence permettant une prescription conforme ne sont pas mises à disposition des professionnels. L'analyse des risques ne prend pas en compte la prise en charge médicamenteuse de la population spécifique du patient âgé. Ce risque est cependant identifié dans le compte qualité.	20a bis
P / Organisation interne	NC	Les règles de gestion, rangement, étiquetage, stockage de médicaments, particulièrement des médicaments à risque ne sont pas respectées concernant les kits de première urgence. Il n'y a pas de sécurisation des conditions de stockage dans les services des kits de première urgence ; en effet, le kit de première urgence mis à disposition des professionnels dans chaque unité de soins n'est pas rangé dans un contenant scellé. Il se trouve dans une pochette plastique transparente, le plus souvent agrafée ou fermée par un sparadrap. Ce kit contient notamment des médicaments à risque (adrénaline). Le CHGM a réagi en passant une commande pour des contenants adaptés et des scellés pendant la visite.	20a bis
	PS	Les règles d'administration ne sont pas définies et la traçabilité de l'acte n'est pas organisée en ce qui concerne la procédure dégradée.  En effet la procédure dégradée du logiciel ne prévoit pas un support unique pour la prescription et la traçabilité de l'administration. Dans la procédure dégradée du logiciel dossier du patient, il est prévu d'utiliser la dernière ordonnance du module de prescription éditée sur support papier et, pour tracer l'administration, un document papier spécifique au mode dégradé. C'est un non-respect des bonnes pratiques de prescription : absence de support unique prescription administration et retranscription des prescriptions. Le CHGM n'avait pas identifié ce risque et a fait preuve de réactivité avec le choix d'une solution et projet de commande en mars.	20a
	PS	Il n'existe pas de mode opératoire ou de procédure concernant la gestion du traitement personnel du patient en CMP. Lors d'une visite terrain en CMP, l'expert-visiteur a constaté la présence de boîtes de traitement appartenant aux patients dans le rangement de la salle de soins fermée à clefs. Ces boîtes ne sont pas toutes identifiées avec l'étiquette patient ce qui peut occasionner un risque d'erreur de patient et ou de traitement.	20a
D / Disponibilité des ressources	PS	Les actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses ne sont pas menées.  Le CHGM n'organise pas de formations régulières aux risques d'erreurs médicamenteuses. La totalité des professionnels n'est pas formée, il n'y a pas d'inscription au programme de la formation continue de cette thématique. Une chambre des erreurs est à disposition des professionnels qui le souhaitent une fois par an.	20a



# GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de l'existence, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la qualité et la sécurité des équipements et produits médicaux et non médicaux mis à disposition au domicile du patient par l'HAD.

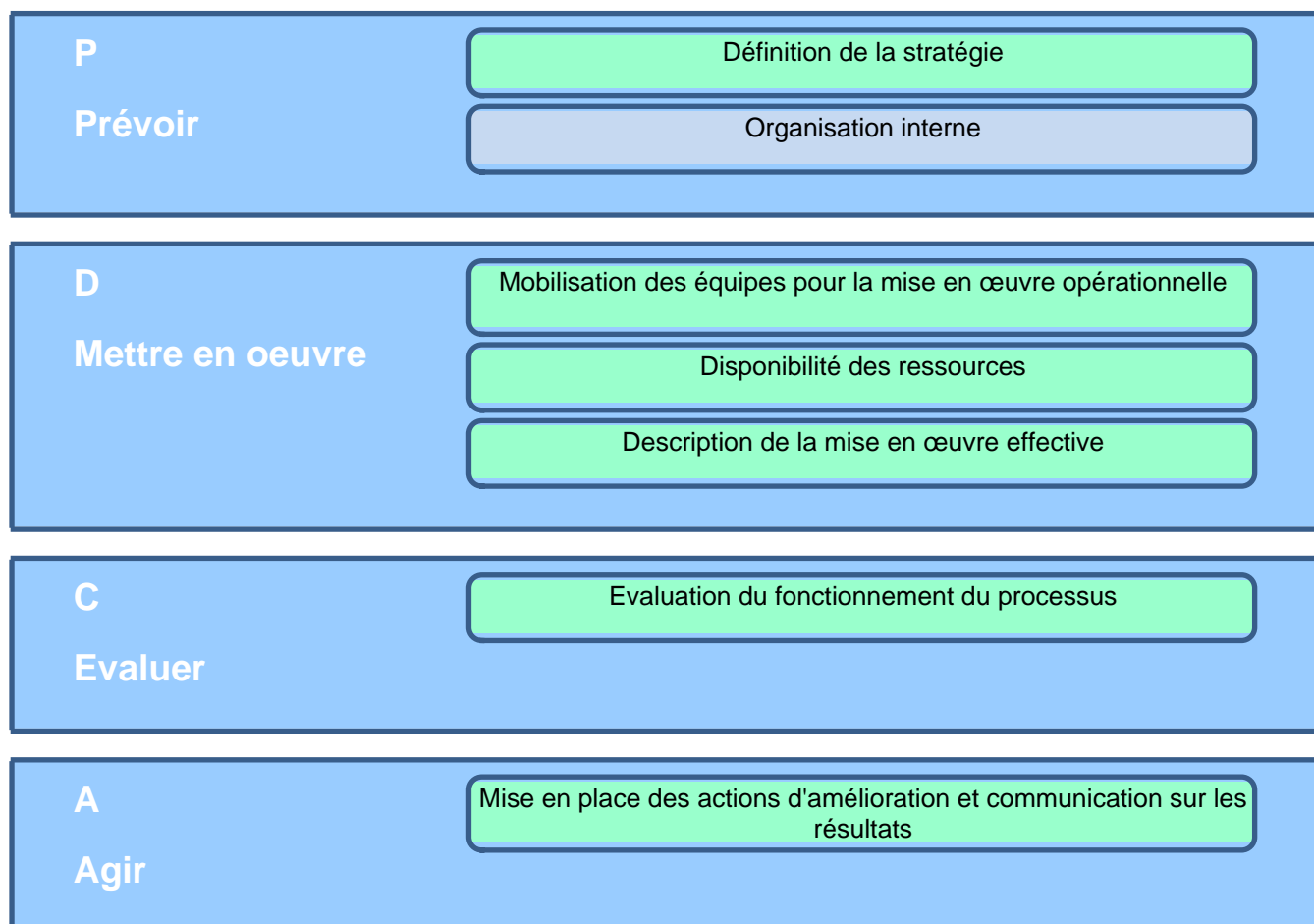
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

- le matériel d'assistance respiratoire, de perfusion, de nutrition, le matériel utilisé dans les techniques de pression négative ;
- les dispositifs médicaux stériles et non stériles, y compris le matériel dit "hôtelier" (par exemple le lit).

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

PsyDom, le service d'HAD de Psychiatrie a été créé en 2015. La structuration du service est portée par un GCS public -privé associant le CHGM et un groupe de cliniques privées de Toulouse. Le groupe privé prend en charge la population du Nord de la zone géographique et le CHGM du Sud ; chaque partie dispose de 15 places. L'analyse des risques a été effectuée par l'équipe d'HAD. Le compte qualité de cette thématique fait apparaître qu'une seule action qui a été mise en œuvre récemment. D'autres actions sont encore identifiées dans le PAQSS de l'établissement.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique est assuré par le médecin psychiatre et le cadre de santé, avec la collaboration de la personne chargée des commandes à la direction des services logistiques. Ces pilotes disposent d'une fiche de mission générique précisant leurs attributions concernant les processus relevant d'une part le parcours patient, et d'autre part, les processus touchant à la gestion des équipements et matériels.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse aux besoins relatifs à la prise en charge des patients en HAD sur plan institutionnel au niveau logistique. Cette approche est complétée au niveau du service d'HAD par une évaluation de la pertinence des admissions prenant en compte notamment les besoins concernant les matériels et équipements. L'encadrement médical et soignant, en concertation avec l'équipe infirmière, identifie les besoins du patient, et se charge des commandes. L'admission du patient n'est validée que lorsque l'équipe a la garantie de disposer des matériels nécessaires.

Sur le plan médical et soignant, le médecin coordonnateur est mis à la disposition du GCS par le groupe privé, mais le médecin psychiatre est affecté principalement au Centre Hospitalier ainsi que le cadre de santé. 2 équipes d'infirmiers sont mises à disposition du GCS, respectivement par les 2 établissements membres, qui gèrent également les équipements et produits nécessaires aux soins des patients de leur zone géographique.

Les modalités de fonctionnement et de gestion de la logistique sont formalisées dans le règlement du GCS.

Pour la partie relevant du CHGM, les besoins en locaux, matériels, équipements et produits pharmaceutiques, ont été définis dès l'élaboration du projet d'ouverture de la structure. Les procédures de gestion sont identiques à celles concernant les autres services du CHGM : selon la nature des fournitures, les responsables sollicitent les services compétents, pour le fonctionnement quotidien du service et/ou pour les besoins d'investissement ou de travaux.

Le service dispose d'un local de coordination en intra-muros, d'une flotte de véhicules, et de divers matériels et équipements utilisés au domicile des patients. Mis à part les fournitures en médicaments et piluliers, ainsi que le volet papier du dossier patient, les autres matériels ne sont pas laissés au domicile.

Les procédures en vigueur intègrent des solutions pour les approvisionnements en urgence, notamment pour les médicaments et le matériel bio-médical.

Les interfaces à mobiliser pour la réalisation des soins sont définies, ainsi que les circuits d'approvisionnements et de maintenance.

La maintenance préventive et curative des matériels et équipements est organisée selon les mêmes modalités que les autres services de l'hôpital. Le système d'information est intégré à celui du CHGM ; l'équipe d'HAD dispose d'un dossier patient spécifique permettant un accès depuis le domicile du patient par l'intermédiaire d'une application installée sur les smartphones des infirmiers. Une réflexion est en cours concernant la gestion fonctionnelle du dossier : en particulier pour les droits d'accès, les paramétrages et les possibilités d'extraction statistique d'informations.

La documentation nécessaire à la gestion des équipements et des matériels nécessaires aux soins en HAD est définie.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Depuis l'ouverture du service en 2015, les équipes identifient les risques liés à la gestion des équipements et matériels de l'HAD et définissent des actions d'amélioration. Le plan d'action du compte qualité de la thématique a été mis en œuvre.

Le responsable médical et le cadre de santé sensibilisent leur équipe aux objectifs quantitatifs et qualitatifs relevant des différents processus concernés. Une attention particulière est portée à l'étape de

pré-admission au cours de laquelle sont définis les équipements, matériels et produits qui doivent être utilisés au domicile du patient.

Les réunions d'équipes permettent d'échanger des informations concernant l'activité du service et les éventuelles difficultés de fonctionnement. Des actions correctives sont définies au besoin, avec les personnes et les services concernés.

Le recueil des EI est assuré par les professionnels du service qui, le cas échéant, s'impliquent dans les démarches d'analyse et de retour d'expérience.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences sont disponibles au sein du service HAD et au niveau des services économiques et logistiques de l'établissement. Les personnes impliquées dans la gestion des équipements et des matériels sont identifiées et formées dans ce domaine.

La documentation nécessaire est disponible, ainsi que toutes les fournitures et les prestations logistiques et informatiques permettant le bon fonctionnement des processus.

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

La prise en charge du patient en HAD est effectuée conformément aux procédures et dispositions définies.

La traçabilité de l'évaluation des besoins du patient est effective dans le dossier. Les circuits sont respectés, notamment pour l'élimination des déchets, et les interfaces avec les autres secteurs d'activité sont opérationnelles. Les modalités de mise à disposition des matériels et des médicaments au domicile sont formalisées au cas par cas, en fonction du profil de risque du patient.

Les instances du pôle gérant le service d'HAD et du GCS sont opérationnelles, les comptes-rendus témoignent des points abordés concernant ce domaine d'activité.

### **C / EVALUER**

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

Le service d'HAD dispose d'indicateurs quantitatifs de son activité et de l'utilisation de ses moyens de fonctionnement.

Les patients remplissent un questionnaire de satisfaction en fin de prise en charge. Le remplissage du questionnaire est quasi systématique et le taux de satisfaction est très important.

Les EI sont signalés par les professionnels d'HAD. Aucune fiche n'a concerné la gestion des matériels et équipements depuis l'ouverture du service en 2015.

### **A / AGIR**

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

Depuis son installation en 2015, le service d'HAD a stabilisé ses processus de fonctionnement. De nombreuses améliorations ont été définies et mises en œuvre suite aux difficultés et dysfonctionnements identifiés.

La définition des besoins en équipements et matériels a été affinée progressivement et les procédures ont été mises à jour.

Ainsi, suite à l'identification d'un risque concernant la confidentialité, les smartphones de l'équipe seront prochainement remplacés pour que leur verrouillage soit systématique.

Le dossier informatisé d'HAD a lui aussi bénéficié d'évolutions pour prendre en compte la spécificité de la prise en charge en Psychiatrie.

Les locaux de l'antenne de coordination ont été revus en réponse au risque d'incendie identifié par la commission de sécurité.

**c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**



## ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	P / Définition de la stratégie	NC	<p>La méthodologie retenue pour l'identification des risques n'a pas permis par la prise en compte du risque lié à la sécurité incendie.</p> <p>Malgré un avis défavorable de la Commission Communale de Sécurité pour le pavillon DIDE/LABORIT, deux incendies récents dont un fin janvier 2018, et une demande expresse du CHSCT de l'établissement, le risque, tel que mentionné dans le PAQSS et non dans le compte qualité, reste de criticité modérée.</p> <p>L'organisation interne du CHGM n'a pas d'ailleurs pas permis de coordonner et de gérer ce risque avec l'ensemble des risques propres à l'établissement de santé.</p> <p>Apprécié par la Direction du Patrimoine et de la Logistique, l'équipe qualité et gestion des risques n'était pas au courant de ces éléments.</p> <p>L'établissement a néanmoins mis en œuvre le plan d'actions correctives (8 prescriptions) et attend une nouvelle visite de la Commission communales de Sécurité pour en attester.</p>	6a
Gestion du risque infectieux	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure ne fait pas systématiquement l'objet d'une traçabilité au sein du dossier patient.</p> <p>La traçabilité dans le dossier patient de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure, essentielle au bon usage des antibiotiques, n'est pas systématique pour l'ensemble des prescriptions médicales concernées, comme en témoignent l'indicateur 2017 recueilli par le médecin référent en antibiothérapie et l'identification du risque par l'établissement au sein du compte qualité.</p> <p>Au regard de ces résultats, la cellule hygiène a défini des règles de prescription et de réévaluation de l'antibiothérapie, notamment entre la 48ème et la 72ème heure, inscrites au sein du manuel qualité dédié à la gestion du risque infectieux et mis à disposition des professionnels via la GED en janvier 2018. Par ailleurs, l'établissement a été réactif durant la visite des experts-visiteurs en planifiant sur l'année 2018 une étude prospective avec signalement par le pharmacien de chaque antibiothérapie prescrite au médecin référent en antibiothérapie qui tiendra un registre et sollicitera la réévaluation, le cas échéant, auprès du médecin généraliste responsable de l'unité de soins.</p>	8h
Parcours du patient	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>L'évaluation initiale de l'état de santé du patient ne comporte pas toujours l'ensemble des informations attendues.</p> <p>A l'occasion des investigations sur le terrain, et lors d'un patient traceur, il a été constaté que certaines observations médicales d'admission ne font pas</p>	17a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			référence aux allergies du patient, et/ou à ses antécédents. Des éléments sont souvent présents dans les observations nommées "synthèses" qui ont été saisies lors des hospitalisations précédentes, ou en cours du séjour en cours, mais ne sont pas toujours repris et complétés dans l'observation médicale d'admission. De plus, la traçabilité du raisonnement clinique infirmier n'est pas assurée dans le dossier à l'admission du patient. L'analyse des informations recueillies dans le support "Habitudes de vie" n'est pas toujours réalisée : les diagnostics infirmiers et les risques prévalents à l'admission ne sont pas mis en évidence, ni sous forme de conclusion dans le questionnaire, ni sous forme d'observation de type "Macro-cible d'admission" ou équivalent.	
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Le dispositif d'évaluation ne porte pas sur l'ensemble de la thématique Parcours patient. Pour la plupart des parcours identifiés dans l'établissement, les modalités d'évaluation ne sont pas totalement définies et/ou ne sont pas centralisées dans le support prévu. Pour exemples : pour le Parcours patient en hospitalisation de jour, un audit effectué en 2017 est cité, sans que sa fréquence ne soit précisée, et aucun indicateur qualitatif n'est défini. Le parcours patient en HAD n'est assorti d'aucun indicateur qualitatif de fonctionnement du processus. Seule la satisfaction du patient est mesurée. Pour le parcours SLD, le seul indicateur produit est le nombre de chutes. Le support centralisant les modalités d'évaluation n'est pas complété.	2e
Dossier patient	P / Organisation interne	PS	Le support du dossier HAD demeurant au domicile du patient n'est pas identifié au nom du patient et du service. La pochette plastique contenant le traitement du patient, son accord pour l'hospitalisation, le projet de soin, les coordonnées des référents HAD, la synthèse médicale, n'est pas identifiée au nom du patient et du service HAD. Les intervenants autres que ceux de l'HAD peuvent méconnaître l'hospitalisation et les modalités de prise en charge du patient par Psydom 31. Les documents risquent de s'égarer plus facilement. L'établissement vont mettre en place, en collaboration avec la clinique privé, le même support et la même identification pour le dossier patient en HAD.	14b
		NC	Les règles de consultation et de stockage des dossiers archivés dans les unités de soins ne sont pas formalisées. La durée de conservation des dossiers médicaux papiers et des films de radiologie est de 2 ans après la fin de la prise en charge du patient dans les unités de soins. Les lieux de stockage des services dans des unités de soins (HJ La Paloumère, CMP CATTIP les Arènes, Accueil Van Gogh) ont des locaux dédiés aux archives mais ils ne sont pas sécurisés. Au SMPR de Seysses, le local d'archivage est partagé avec le vestiaire et une zone de rangement (carton, matériel). La confidentialité des données du patient ne sont donc pas respectés. Ces locaux d'archivage sont accessibles par d'autres professionnels que ceux habilités à accéder aux archives médicales. Des événements indésirables de perte de dossier ont par ailleurs été déclarés. Suite à la visite terrain des	14a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			experts-visteurs, le CH MARCHANT a informé par note de service, la mise à jour prochaine du règlement intérieur des archives et donné les règles d'accessibilité aux archives et de consultation des dossiers dans les unités de soins.	
	D / Disponibilité des ressources	NC	L'accès du patient à son dossier n'est pas assuré dans les délais définis par la réglementation. Pour 2016 et 2017, les indicateurs de l'établissement présenté en CDU montrent, pour la moitié des de demande d'accès pour les dossiers de moins de 5 ans, une transmission au patient au-delà de 8 jours. La transmission du dossier en dehors des délais peut entrainer un retard de prise en charge pour le patient. En 2016, l'établissement a amélioré le circuit d'information pour une recherche et transmission plus rapide du dossier patient des unités de soins à la direction générale mais près la moitié des dossiers restent transmis au patient après les délais réglementaires. Après réflexion, le DIM et le président de CME vont revoir la procédure et détailler les indicateurs en mentionnant le délai entre l'appel au patient et le rendez-vous pris entre le médecin et le patient pour la consultation de son dossier.	14a
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	P / Définition de la stratégie	PS	L'établissement ne dispose pas d'une politique formalise de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en vue notamment de réduire la morbidimortalité évitable. Les données de référence permettant une prescription conforme ne sont pas mises à disposition des professionnels. L'analyse des risques ne prend pas en compte la prise en charge médicamenteuse de la population spécifique du patient âgé. Ce risque est cependant identifié dans le compte qualité.	20a bis
	P / Organisation interne	NC	Les règles de gestion, rangement, étiquetage, stockage de médicaments, particulièrement des médicaments à risque ne sont pas respectées concernant les kits de première urgence. Il n'y a pas de sécurisation des conditions de stockage dans les services des kits de première urgence ; en effet, le kit de première urgence mis à disposition des professionnels dans chaque unité de soins n'est pas rangé dans un contenant scellé. Il se trouve dans une pochette plastique transparente, le plus souvent agrafée ou fermée par un sparadrap. Ce kit contient notamment des médicaments à risque (adrénaline). Le CHGM a réagi en passant une commande pour des contenants adaptés et des scellés pendant la visite.	20a bis
		PS	Les règles d'administration ne sont pas définies et la traçabilité de l'acte n'est pas organisée en ce qui concerne la procédure dégradée. En effet la procédure dégradée du logiciel ne prévoit pas un support unique pour la prescription et la traçabilité de l'administration. Dans la procédure dégradée du logiciel dossier du patient, il est prévu d'utiliser la dernière ordonnance du module de prescription éditée sur support papier et, pour tracer l'administration, un document papier spécifique au mode dégradé. C'est un non-respect des bonnes pratiques de prescription : absence de support unique prescription administration et retranscription des	20a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			prescriptions. Le CHGM n'avait pas identifié ce risque et a fait preuve de réactivité avec le choix d'une solution et projet de commande en mars.	
		PS	Il n'existe pas de mode opératoire ou de procédure concernant la gestion du traitement personnel du patient en CMP. Lors d'une visite terrain en CMP, l'expert-visiteur a constaté la présence de boîtes de traitement appartenant aux patients dans le rangement de la salle de soins fermée à clefs. Ces boîtes ne sont pas toutes identifiées avec l'étiquette patient ce qui peut occasionner un risque d'erreur de patient et ou de traitement.	20a
	D / Disponibilité des ressources	PS	Les actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses ne sont pas menées. Le CHGM n'organise pas de formations régulières aux risques d'erreurs médicamenteuses. La totalité des professionnels n'est pas formée, il n'y a pas d'inscription au programme de la formation continue de cette thématique. Une chambre des erreurs est à disposition des professionnels qui le souhaitent une fois par an.	20a