



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION**  
**CENTRE HOSPITALIER**  
**SAINTE MARIE**

87 avenue joseph raybaud

Bp 1519

06009 Nice

JUIN 2019

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	27
DOSSIER PATIENT	37
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	44
<b>ANNEXE</b>	50

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> <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 SAINTE MARIE	
Adresse	87 avenue joseph raybaud 06009 Nice
Département / région	ALPES-MARITIMES / PACA
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	630786754	ASSOCIATION HOSPITALIERE SAINTE MARIE	12 rue de l'hermitage-cs20099 Cs 20099 63407 CHAMALIERES
Etablissement de santé	060020047	C.M.P. LE REMBRANDT - CHS STE MARIE DE NICE	58 boulevard general delfino 06000 Nice
Etablissement de santé	060787686	C.M.P BEAUSOLEIL - CHS STE MARIE DE NICE	5 AVENUE DE VILAINE 06240 Beausoleil
Etablissement de santé	060787876	CMP RAIMBALDI - CHS ST MARIE DE NICE	26 boulevard Raimbaldi 06000 Nice
Etablissement de santé	060787835	CPJ STE AGATHE - CHS STE MARIE DE NICE	6 boulevard general delfino 06300 Nice
Etablissement de santé	060019643	C.M.P. DU CHS SAINTE MARIE DE NICE	PLACE DU GENERAL DE GAULLE 06260 Puget-Theniers
Etablissement de santé	060780996	CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE	87 avenue joseph raybaud Bp 1519 06009 Nice
Etablissement de santé	060788577	CMP JOFFRE - CHS STE MARIE DE NICE	51 avenue marechal joffre 06000 Nice

Etablissement de santé	060788379	CMP CAGNES SUR MER - CHS STE MARIE DE NICE	65 AVENUE DE LA GARE 06800 Cagnes-Sur-Mer
Etablissement de santé	060787587	CMP MENTON ST MICHEL - CHS ST MARIE DE NICE	16 rue prato 06500 Menton
Etablissement de santé	060020021	C.M.P. HLM POINT DU JOUR - CHS STE MARIE DE NICE	341 AVENUE DU GENERAL LECLERC 06700 Saint-Laurent-Du-Var

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	381	174

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<p>Définir les conditions d'appel et d'engagement des psychiatres, psychologues et infirmiers sur la liste Départementale des professionnels de santé volontaires, susceptibles d'intervenir en cas d'urgence médico psychologique (CUMP)</p> <p>Convention de partenariat – recrutement praticiens</p> <p>Convention relative à l'accueil des internes en médecine pendant la durée d'agrément des services</p> <p>Urgence psychiatrique Adolescents – Orientation temporaire CAP St Roch</p> <p>Convention Cadre des activités et prestations inter établissement entre le CHU de Nice et le CHSM relative à la prise en charge des patients relevant de soins psychiatriques et somatiques sur le territoire de la santé</p> <p>Avenant n°1 à la Convention Cadre – Urgences psychiatriques et somatiques</p> <p>Avenant n°2 à la Convention Cadre – Entre le CMRR du CHU de Nice et les Consultations Mémoire du CHSM</p> <p>Avenant n°3 à la Convention Cadre – Organisation provisoire de la prise en charge somatique</p> <p>Avenant n°4 à la Convention Cadre – Suite fin de l'avenant n°3 + Annexe N° 1</p> <p>Organisation provisoire de la prise en charge somatique</p> <p>Programme de soins psychiatriques en ambulatoire</p> <p>Convention de prise en charge des soins somatiques et psychiatriques assurés par deux établissements différents pour les personnes détenues</p> <p>Protocole Cadre :</p> <p>Prise en charge sanitaire des personnes détenues</p> <p>Création d'une Unité pour Sortants</p> <p>Programme PRAPS</p>



Coopération pour la réalisation des dispositifs médicaux stériles - Avenant n°1  
 Convention pour la réalisation des analyses de biologie médicale par le laboratoire du CHU  
 Avenant n°1  
 3 Conseil Local en Santé Mental  
 Cagnes, Carros, Nice  
 Convention de participation au programme expérimental "Médiateurs de Santé/Pairs"  
 Convention de Télémédecine  
 Protocole relatif aux placements thérapeutiques au sein des familles d'accueil agréées par le Président du Conseil Général  
 Partenariat avec pour objectif d'améliorer le projet de vie de l'usager dans sa partie médicale et sociale - Convention exploitation cafétéria  
 Mise à disposition pour garantir accès aux soins au sein des établissements des Vallées  
 Convention de mise à disposition  
 Convention pour l'accueil des patients du CHSM en service de gastro-entérologie  
 Convention partenariat SSR en addictologie  
 Convention partenariat concernant les besoins d'examens EEG  
 Convention de partenariat -  
 Fonctionnement de la SIPAD  
 Convention tripartite Santé, Sécurité, Justice  
 Amélioration de la sécurité au sein du CHSM  
 Convention sur les modalités d'organisation des audiences de contrôle et de contestation des mesures de soins psychiatriques  
 Convention de partenariat  
 Plusieurs conventions signées pour de la recherche médicale avec différents organisme

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

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

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Obligation d'amélioration

Droits des patients

### Recommandation d'amélioration

Management de la qualité et des risques

## 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

## 5. Suivi de la décision

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 3 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Homme ou Femme	CH Ste Marie - Nice	Troubles Psychotiques	Non Programmé	Complexe avec séquence isolement/contention	Santé mentale
2	Homme ou Femme	CH Ste Marie - Nice	Troubles suicidaires	Non programmé	Complexe avec passage urgences	Santé mentale
3	Homme ou Femme	HDJ Bellagio	Psychose chronique	Programmé	Complexe	Santé mentale
4	Homme ou Femme	CMP Menton	Troubles addictifs	Programmé	Simple	Santé mentale
5	Homme ou Femme	CPJ Congrès - Nice	Psychose Chronique	HDJ	Simple	Santé mentale
6	Personne âgée	CH Ste Marie - Nice	Troubles dépressifs	Non programmé	Complexe avec troubles somatiques associés	Santé mentale

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

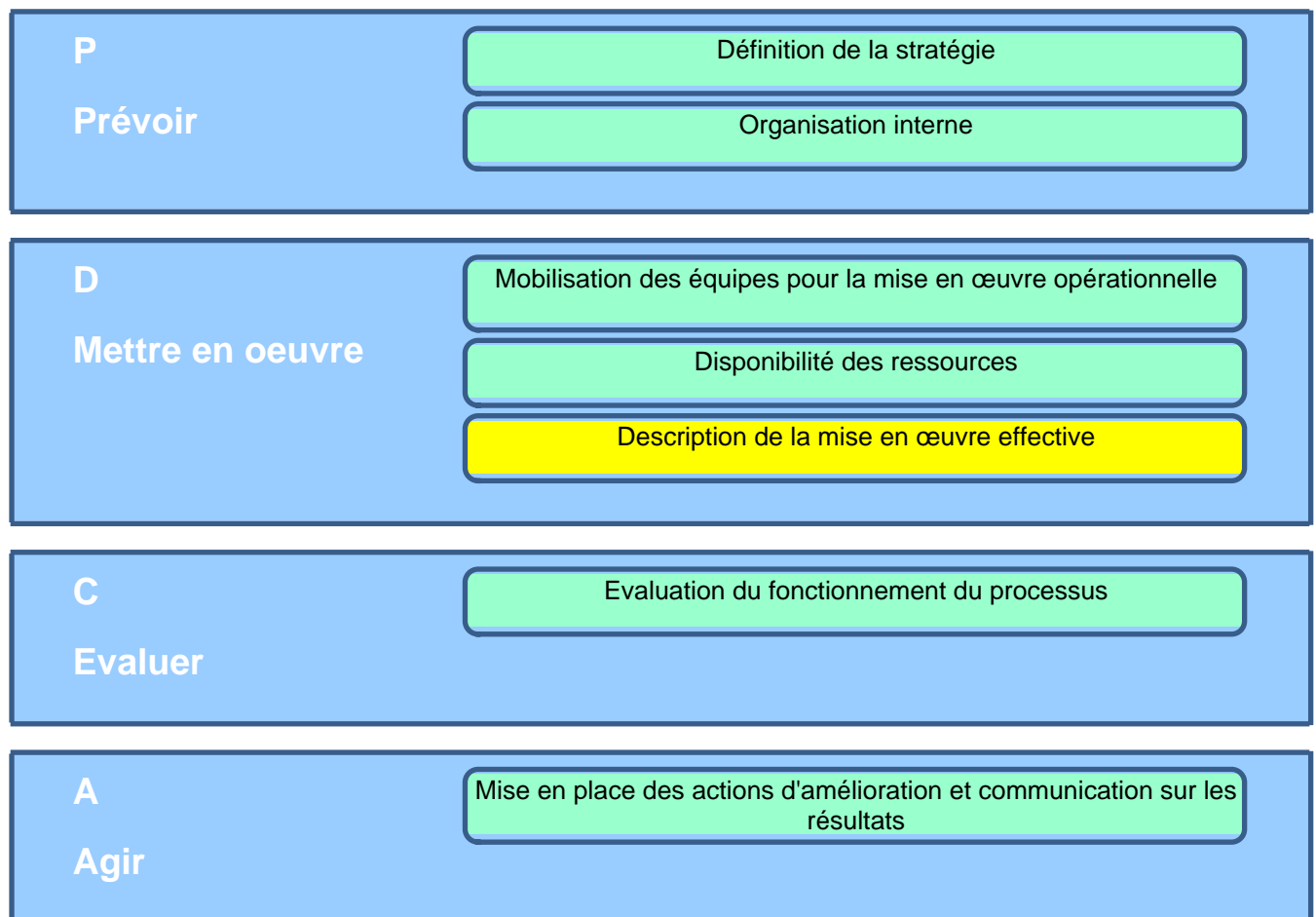
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre Hospitalier Sainte-Marie de Nice a intégré sa politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques au projet d'établissement élaboré pour la période 2018-2022. Elle est portée par le management, et sa validation par les instances est effective. Dans un document intitulé "Projet Qualité- Gestion des risques", l'établissement affiche la volonté de s'engager dans une politique conciliant trois dimensions : le développement d'une nouvelle culture qualité et sécurité des soins, la sécurité des biens et des personnes, et la satisfaction des usagers. Des axes et objectifs prioritaires sont déterminés ; cette politique intègre notamment les obligations légales et réglementaires et la gestion de crise, ainsi que l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). En complément, l'établissement a formalisé un document en Juillet 2018 présentant ses stratégies de développement de l'EPP. Un plan de communication a été mis en œuvre pour informer les personnels sur les axes principaux du projet d'établissement et de la politique qualité-risques. Le Centre Hospitalier Sainte-Marie a défini des stratégies favorisant le développement de la culture qualité-risques et l'implication des professionnels dans les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. On peut citer notamment : la participation de l'établissement à la semaine sécurité des patients, l'installation d'une "chambre des erreurs", et l'organisation de journées à thèmes ; la journée d'intégration des nouveaux embauchés intègre une séquence sur le management qualité-risques. Le compte qualité a été élaboré à partir d'une identification des risques, hiérarchisés pour chaque thématique, à l'aide d'une méthodologie adaptée. La participation des professionnels de terrain a été organisée. Un document intitulé "La certification et nous" a été élaboré, présentant une synthèse de l'analyse de chaque thématique, ainsi que les plans d'amélioration respectifs. Ce document est intégré à la base documentaire de l'établissement. La politique qualité-risques est déclinée dans le Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) qui prend en compte l'ensemble des éléments attendus. Le PAQSS est mis à jour en continu, sa validation par les instances est assurée 2 fois par an. Les actions du compte qualité des différentes thématiques sont présentes dans le PAQSS ; les responsables des actions et les modalités de suivi sont précisées. Le CH Sainte-Marie de Nice a mis en place une organisation permettant d'impliquer les représentants des usagers dans les instances, notamment à la CDU. L'information régulière des représentants des usagers sur la démarche qualité et gestion des risques est organisée ; deux médiateurs de santé pairs sont impliqués dans des démarches innovantes. Les représentants des usagers ont participé à l'analyse de la thématique "Droits des patients", et, dans le cadre de la CDU, des préconisations d'actions d'amélioration sont formulées dans les rapports annuels. Par ailleurs, une association d'usagers tient une permanence deux fois par mois dans un espace dédié.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage de la thématique "Management de la qualité et gestion des risques" est assuré sur le plan institutionnel par la directrice et par le médecin président de la Conférence Médicale d'Établissement (CME). Au niveau stratégique et opérationnel, la mise en œuvre de la politique est pilotée par le service qualité-risques et les coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins. Cette équipe s'appuie notamment sur le Comité de Pilotage Qualité-Risques (COPIL), sur la Commission d'Analyse et de Suivi des Événements Indésirables (CASEI), ainsi que sur les instances et personnes ressources impliquées dans les différents domaines liés au système de management qualité-risques. Une fiche de mission générique a été formalisée pour les pilotes des différentes thématiques. Au niveau des pôles et des services, le pilotage s'appuie sur les responsables médicaux et paramédicaux ainsi que sur les correspondants qualité : 1 infirmier est désigné pour chaque service, ses activités sont décrites dans une fiche de mission. La fonction de coordination des risques associés aux soins est assurée par un médecin psychiatre et par un cadre de santé. Ce dernier assure l'encadrement des correspondants qualité. L'établissement a organisé la mise en œuvre de la politique par les différentes composantes du management de la qualité et des risques. La gestion des plaintes et des réclamations est assurée par la direction générale. Les modalités de recensement et de traitement sont formalisées dans une procédure. La veille réglementaire est assurée conjointement par la direction et le président de la CME qui ventilent les informations dans les différents services, et s'assurent de la mise en œuvre des actions requises. Les responsabilités concernant les différents domaines de vigilance et de veille sanitaire sont déterminées, leurs modalités de coordination également. L'évaluation de la satisfaction des patients est gérée par le service qualité ; les résultats sont analysés en collaboration avec la CDU. La démarche d'identification et de hiérarchisation des risques a priori est gérée par le service qualité-risques. L'actualisation de la cartographie a été effectuée à l'occasion de l'élaboration du compte qualité. La méthodologie est adaptée, et les modalités de réduction des risques sont définies. Une charte d'incitation au signalement des événements indésirables (EI) est élaborée. Le traitement des EI non associés aux soins relève de la CASEI. La gestion des Événements Indésirables associés aux soins (EIAS) est confiée au service qualité -risques et aux coordonnateurs des risques associés aux soins. Une procédure décrit les étapes du traitement d'un signalement ; les fiches sont examinées par le service qualité-risques pour définir leur orientation. Une

méthodologie est utilisée pour analyser les causes, notamment les causes profondes, avec les professionnels concernés. Les modalités spécifiques sont prévues pour les EI graves. Une organisation est en place pour le déploiement et la mise en œuvre des démarches d'EPP. Dans ce cadre, le plan d'action consécutif à la certification V2010 a été mis en œuvre : une commission d'EPP est en place et se réunit régulièrement pour suivre l'avancement des démarches et actualiser ses stratégies. L'accompagnement méthodologique des professionnels est assuré par le service qualité-risques et par un binôme médecin- cadre supérieur de santé chargé de la coordination. Les différentes composantes du système qualité-risques sont coordonnées avec le service Qualité-risques, grâce à la composition du COPIL et à la représentation du service qualité et des coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins dans les instances et les groupes de travail. Des bilans et des comptes-rendus des instances (CLAN, CLUD, CLIN, etc.) sont élaborés et transmis au service qualité-risques. Les plans d'actions d'amélioration émanant de ces instances sont intégrés au PAQSS. Au regard de ses missions, de ses projets et des risques identifiés, l'établissement organise la mise à disposition des ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés.

Un plan de formation est élaboré chaque année, prenant en compte les priorités institutionnelles, celles des pôles et des services, ainsi que des demandes individuelles. Un dispositif de gestion documentaire est en place. Actuellement l'établissement utilise son site intranet pour classer les documents. La mise à jour des documents est organisée. L'acquisition d'un nouveau logiciel intégrant le suivi des plans d'actions d'amélioration est programmé pour le début d'année 2019. Des procédures d'achats et de maintenance sont en place pour les matériels, les équipements, et les locaux. L'établissement recherche actuellement un financement pour la reconstruction de la quasi totalité de ses locaux. Le système d'information a été construit en adéquation avec les spécificités de l'établissement, en tenant comptes des besoins des utilisateurs. L'acquisition et le renouvellement des matériels font l'objet d'une programmation annuelle ou pluriannuelle. Les circuits et interfaces sont définis pour assurer le fonctionnement des différentes thématiques et pour la mise en œuvre des soins. Il en est de même pour le management central de la qualité et des risques qui collabore avec tous les responsables des secteurs d'activité, notamment avec le Département d'Information Médicale (DIM) et avec le service Communication.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Suite à l'élaboration du projet d'établissement, depuis quelques mois l'établissement a modifié la structuration des pôles cliniques. Cette restructuration a nécessité une mobilisation importante des professionnels pour adapter leurs modes d'intervention auprès des patients et revoir les coopérations et coordinations à mettre en œuvre au quotidien. Les cadres communiquent aux professionnels les résultats des évaluations et des vérifications de la traçabilité des activités. Des actions correctives sont mises en œuvre si besoin. Le signalement des événements indésirables est effectif. Un plan d'action est en cours afin de développer le signalement des EI associés aux soins.

Les professionnels ont participé à l'identification des risques de leurs pôles. Ils ont été destinataires d'une synthèse de chaque thématique incluant les risques prioritaires et les plans d'actions respectifs. Le PAQSS est constitué d'actions transversales concernant tout l'établissement. Pour favoriser la déclinaison de la démarche qualité de l'institution sur le terrain, la direction des soins a mis en place un dispositif d'autoévaluation géré par les cadres de santé : 2 dossiers patients sont audités chaque mois dans chaque service, à l'aide de critères et d'items portant sur la traçabilité dans les dossiers, sur la gestion du chariot d'urgences, sur l'évaluation de la douleur, et sur le dépistage des troubles nutritionnels. Des actions correctives sont mises en œuvre dans les dossiers après l'audit. Depuis peu, l'outil utilisé est informatisé et centralise les résultats mensuels de chaque service dans un tableau de bord annuel. En parallèle, les actions d'évaluation et de communication à effectuer régulièrement par les cadres ont été planifiées sur une fiche appelée "Quali'drier". Pour compléter ce dispositif l'établissement a élaboré un projet de "Fiche support" par service, destinée à centraliser certaines données témoignant de l'appropriation de la démarche qualité : par exemple, les évaluations menées, les patients traceurs réalisés, les réclamations, la participation à une démarche d'EPP, le taux de retour des questionnaires de satisfaction, etc. Toutefois, la politique qualité-risques n'est pas totalement déclinée sur le terrain. Au niveau de la structuration des pôles cliniques, seul le pôle "Territoires" dispose d'un conseil de pôle qui se réunit régulièrement. Les projets et contrats de pôle n'étant pas encore formalisés, le PAQSS de l'établissement n'est pas formellement décliné. Au niveau des services, l'appropriation des audits de dossiers par les cadres est inégale selon les services, en termes de régularité de réalisation et d'exploitation des résultats. Les actions d'amélioration qui en découlent ne sont pas formalisées actuellement. Les conseils seront organisés sur les 6 pôles de l'établissement dès le premier semestre 2019, cet objectif a déjà été intégré aux missions des médecins-chefs de pôles.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences nécessaires pour le fonctionnement du service qualité-risques sont disponibles. Dans le cadre de l'appropriation des notions de maîtrise des processus et d'analyse des risques, certaines actions de formation ont été plus largement développées dans l'établissement. Les ressources humaines, et les

moyens en matériels et en documentation sont disponibles dans les secteurs.

Le plan de formation est mis en œuvre chaque année, et les recrutements sont effectués selon les besoins identifiés pour chaque catégorie professionnelle et chaque type de prise en charge en intra et en extra-hospitalier. L'établissement identifie les compétences et les profils spécifiques pour répondre aux besoins actuels : ainsi 1 "infirmier expert clinique" est mis à disposition des équipes, et certains professionnels sont identifiés pour développer des "pratiques avancées". Le dispositif de gestion documentaire est opérationnel et connu des professionnels qui se sont bien appropriés le classement des documents. Les matériels et équipements nécessaires aux soins et à la prise en charge des patients sont disponibles dans les unités et au service qualité-risques. La maintenance préventive et curative est opérationnelle. Concernant les locaux, dont certains ne sont plus adaptés, en attendant les financements nécessaires pour reconstruire ses unités de soins, le CH Sainte-Marie met progressivement en œuvre des réhabilitations.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les processus de management du système qualité- risques sont mis en œuvre tel que prévu dans les procédures. La coordination des différentes composantes du management de la qualité et de la gestion des risques est effective. Les plaintes et réclamations sont recensées ; leur exploitation implique systématiquement les professionnels concernés ainsi que les membres de la CDU. Un tableau de bord fait état du degré d'avancement de chaque dossier et des délais de traitement. Les actions d'amélioration qui en résultent sont intégrées au PAQSS et leur suivi est assuré. Le signalement des événements indésirables est effectif pour l'ensemble de l'établissement. Le retour d'information aux déclarants est assuré. Les modalités de traitement sont mises en œuvre tel que prévu dans les procédures, en impliquant les professionnels de terrain. Au 1er semestre 2017, l'établissement avait enregistré onze décès : huit patients admis en hospitalisation complète, et trois suivis en hôpital de jour, en HAD et au SMPR. Dans ce contexte, en avril 2017, une mission d'enquête diligentée par l'ARS a été menée concernant les décès survenus en 2016. Des recommandations ont été émises par la mission, l'établissement a produit les justificatifs de mise en œuvre et a modifié les procédures concernées. Ainsi, depuis avril 2017, tous les décès sont considérés comme des EI graves ; ils font l'objet d'une RMM et sont signalés à l'ARS. En septembre 2018, l'ARS a analysé l'ensemble des douze décès signalés au 1er semestre 2018, sur la base des déclarations de l'établissement et des compléments d'information fournis pour certains cas. L'analyse conclut au caractère inévitable pour huit décès ; les actions d'amélioration issues des RMM ont été mises en œuvre. La traçabilité de l'ensemble de ces éléments est effective. La note relative à l'analyse de ces décès a été transmise à l'établissement en septembre 2018 et présentée lors de la visite. Dans le cadre de la gestion de crise, une simulation "attentat" a été effectuée, témoignant du caractère fonctionnel du dispositif. L'évaluation de la satisfaction des usagers est opérationnelle. Le questionnaire de sortie est utilisé pour les patients hospitalisés à temps complet. Le taux de retour est très satisfaisant et l'exploitation des résultats est communiquée à la CDU pour analyse et propositions d'amélioration. Les actions prévues au compte qualité sont en cours de réalisation ; ainsi un questionnaire spécifique a été élaboré pour les patients en hôpital de jour, un autre est destiné aux prises en charge en ambulatoire, et des questionnaires sont disponibles pour les 3 types de soins développés en SMPR. Au niveau central, les instances impliquées dans le management qualité-risques sont fonctionnelles, elles se réunissent régulièrement et des compte-rendus sont formalisés. Les interfaces entre directions fonctionnelles de l'établissement, secteurs d'activités, et service qualité-risques sont opérationnelles, assurant la fluidité des circuits d'information et une cohérence globale dans la mise en œuvre de la politique. La présence des représentants des usagers à certains groupes de travail et aux instances, dont la CDU, favorise leur implication dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique qualité-risques. Cependant, les stratégies ne permettent pas le déploiement de l'EPP dans toutes ses dimensions. En effet, dans le but de développer l'implication des professionnels de terrain, l'établissement privilégie actuellement certaines méthodes d'EPP, telles que l'analyse des événements indésirables et le patient traceur. Les démarches d'amélioration des pratiques correspondant aux principales pathologies sont peu développées, et aucun indicateur de pratique clinique spécifique à la Psychiatrie n'a été défini. De plus, les enjeux de pertinence ne sont pas clairement identifiés ; les études de pertinence sont rares, tant sur les prescriptions médicamenteuses que sur les hospitalisations. Par exemple, la pertinence des prescriptions médicamenteuses du sujet âgé a été étudiée jusqu'en 2014, mais aucune démarche de ce type n'a été menée depuis cette date. D'autre part, les cadres n'étant pas formés aux différentes méthodes de l'EPP, ils ne peuvent être vecteurs du déploiement des démarches. Il n'existe pas de démarche d'évaluation du bon usage du médicament et de la pertinence des prescriptions. Une démarche a été menée jusqu'en 2014 sur la pertinence de la prescription des psychotropes chez les personnes âgées. Actuellement aucune démarche d'EPP n'est engagée sur ces thèmes. Une formation à la méthodologie EPP a été actée, destinée à l'ensemble des médecins-chefs, cadres supérieurs de santé, et cadres de santé, pour la fin du premier trimestre 2019 et le début du second trimestre 2019.

### C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS



Le fonctionnement des différents processus liés au management de la qualité et des risques est évalué régulièrement selon des modalités diversifiées : on peut citer notamment les indicateurs portant sur le signalement et le traitement des évènements indésirables, ceux concernant la gestion des plaintes et des réclamations, ainsi que ceux traitant des activités de vigilance. Ces indicateurs sont présentés dans un tableau de bord. L'avancement des démarches d'EPP est suivi par la commission EPP. Un bilan des actions visant à développer la culture qualité-risques est effectué chaque année. Une auto-évaluation globale du management qualité -risques est réalisée une fois par an par le service qualité et les coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins. Une grille de critères construite en collaboration avec le Réseau Qualité de PACA est utilisée ; le bilan est présenté en COPIL qualité-risques et des actions d'amélioration concernant les modalités du management sont définies pour les segments concernés. Une grille spécifique traite des points concernant la fonction de coordination des risques associés aux soins. Sur le plan global du pilotage de l'établissement, de nombreux indicateurs sont relevés témoignant des ressources allouées aux services et de leur activité. Les indicateurs HN sont relevés ; les constats des experts visiteurs confirment les données saisies sur la plateforme dédiée. Durant les dernières années, en complément des indicateurs QSS nationaux, l'établissement a développé des évaluations itératives diligentées soit par le siège de l'Association Sainte-Marie, soit en interne. La direction des soins mène une initiative permettant de développer la notion de pilotage au niveau des unités de soins : dans chaque service, le cadre effectue chaque mois une évaluation de 2 dossiers patients et de la gestion du chariot d'urgences, à partir critères prédéfinis portant sur le rôle infirmier. Pour autant, le dispositif d'évaluation n'est pas totalement structuré. Le pilotage par processus est récent. La restructuration de pôles étant récente, les indicateurs qualitatifs représentatifs des différents types de prise en charge ne sont pas identifiés. L'établissement est conscient de ces difficultés, il envisage de revoir les tableaux de bord des différentes afin de pouvoir mettre en œuvre des revues de processus en 2019, et de clarifier les liens entre les indicateurs déjà relevés et les objectifs d'amélioration. Actuellement, seul le dispositif d'évaluation des "Droits des patients" couvre l'ensemble de la thématique sur les services concernés. Pour autres thématiques, le dispositif n'est pas clairement identifié, ou incomplet : soit il ne porte pas sur l'ensemble de la thématique (Parcours du patient, Prise en charge médicamenteuse), soit il ne concerne pas la totalité des services concernés (Dossier Patient).

## A / AGIR

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

Le dispositif institutionnel d'amélioration est organisé concernant les modalités de mise en œuvre : pour chaque action un responsable est identifié et le suivi des plans d'action est opérationnel. Ce dispositif intègre le suivi des recommandations non levées à l'issue de la procédure de certification V2010. Les investigations lors de la visite V2014 montrent que les plans d'actions des 7 thèmes concernés par ces recommandations ont été mis en œuvre en totalité. Suite aux évaluations menées concernant le management qualité-risques et les autres thématiques, des actions d'amélioration sont définies et formalisées dans le PAQSS. Le traitement des EI, et celui des plaintes et réclamations font également l'objet d'actions intégrées au PAQSS. Les actions versées au compte Qualité sont soit finalisées, soit en cours de réalisation pour l'ensemble des processus examinés durant la visite de certification. Toutefois, le dispositif institutionnel d'amélioration continue est partiellement structuré. Le dispositif d'évaluation n'étant pas complet pour certaines thématiques, le dispositif d'amélioration ne couvre que ce même périmètre. Le CH Sainte-Marie communique largement sur les évaluations et les résultats obtenus. Les supports et les modalités de diffusion sont définis. Les affichages obligatoires des indicateurs nationaux sont effectifs aux points stratégiques de l'établissement. Les indicateurs sont présentés sur l'intranet et sur le site Internet. Le PAQSS est réajusté en permanence en fonction des évaluations et retours d'expériences effectués. L'avancement de la réalisation des actions du PAQSS fait l'objet d'un bilan tous les 6 mois, présenté aux instances. La politique qualité-risques est mise une fois par an à l'ordre du jour du Conseil Associatif et Local de Surveillance, de la CME, de la CDU, du COPIL et du Comité de Direction. Le dispositif d'évaluation et d'amélioration continue contribue à la révision de la politique qualité-risques qui intervient tous les 5 ans au moment de l'élaboration du projet d'établissement.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	<p>La politique qualité-risques n'est pas totalement déclinée sur le terrain.</p> <p>Au niveau de la structuration des pôles cliniques, seul le pôle "Territoires" dispose d'un conseil de pôle qui se réunit régulièrement. Les projets et contrats de pôle n'étant pas encore formalisés, le PAQSS de l'établissement n'est pas formellement décliné.</p> <p>Au niveau des services, l'appropriation des audits de dossiers par les cadres est inégale selon les services, en termes de régularité de réalisation et d'exploitation des résultats. Les actions d'amélioration qui en découlent ne sont pas formalisées actuellement. Les conseils seront organisés sur les 6 pôles de l'établissement dès le premier semestre 2019, cet objectif a déjà été intégré aux missions des médecins-chefs de pôles.</p>	1e
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>Les stratégies de l'établissement ne permettent pas le déploiement de l'EPP dans toutes ses dimensions.</p> <p>Dans le but de développer l'implication des professionnels de terrain, l'établissement privilégie actuellement certaines méthodes d'EPP, telles que l'analyse des événements indésirables et le patient traceur. Les démarches d'amélioration des pratiques correspondant aux principales pathologies sont peu développées, et aucun indicateur de pratique clinique spécifique à la Psychiatrie n'a été défini. De plus, les enjeux de pertinence ne sont pas clairement identifiés ; les études de pertinence sont rares, tant sur les prescriptions médicamenteuses que sur les hospitalisations. Par exemple, la pertinence des prescriptions médicamenteuses du sujet âgé a été étudiée jusqu'en 2014, mais aucune démarche de ce type n'a été menée depuis cette date.</p> <p>D'autre part, les cadres n'étant pas formés aux différentes méthodes de l'EPP, ils ne peuvent être vecteurs du déploiement des démarches.</p> <p>Il n'existe pas de démarche d'évaluation du bon usage du médicament et de la pertinence des prescriptions. Une démarche a été menée jusqu'en 2014 sur la pertinence de la prescription des psychotropes chez les personnes âgées. Actuellement aucune démarche d'EPP n'est engagée sur ces thèmes</p>	1f
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	<p>Le dispositif d'évaluation n'est pas totalement structuré.</p> <p>La restructuration de pôles étant récente, les indicateurs qualitatifs représentatifs des différents types de prise en charge ne sont pas identifiés. L'établissement est conscient de ces difficultés, il envisage de revoir les tableaux de bord des différentes afin de pouvoir mettre en œuvre des revues de processus en 2019, et de clarifier les liens entre les indicateurs déjà relevés et les objectifs d'amélioration.</p> <p>Actuellement, seul le dispositif d'évaluation des "Droits des patients" couvre l'ensemble de la thématique sur les services concernés. Pour autres thématiques, le dispositif n'est pas clairement identifié, ou incomplet : soit il ne porte pas sur l'ensemble de la thématique (Parcours du patient, Prise en charge médicamenteuse), soit il ne concerne pas la totalité des services concernés (Dossier Patient).</p>	2e
A / Mise en place des actions d'amélioration et communicatio	PS	<p>Le dispositif institutionnel d'amélioration continue est partiellement structuré</p> <p>Le dispositif d'évaluation n'étant pas complet pour certaines thématiques, le dispositif d'amélioration ne couvre que ce même périmètre.</p>	8a

<b>Sous étape de la thématique</b>	<b>Qualification</b>	<b>Ecart /preuve(s)</b>	<b>Critère V2010</b>
n sur les résultats			

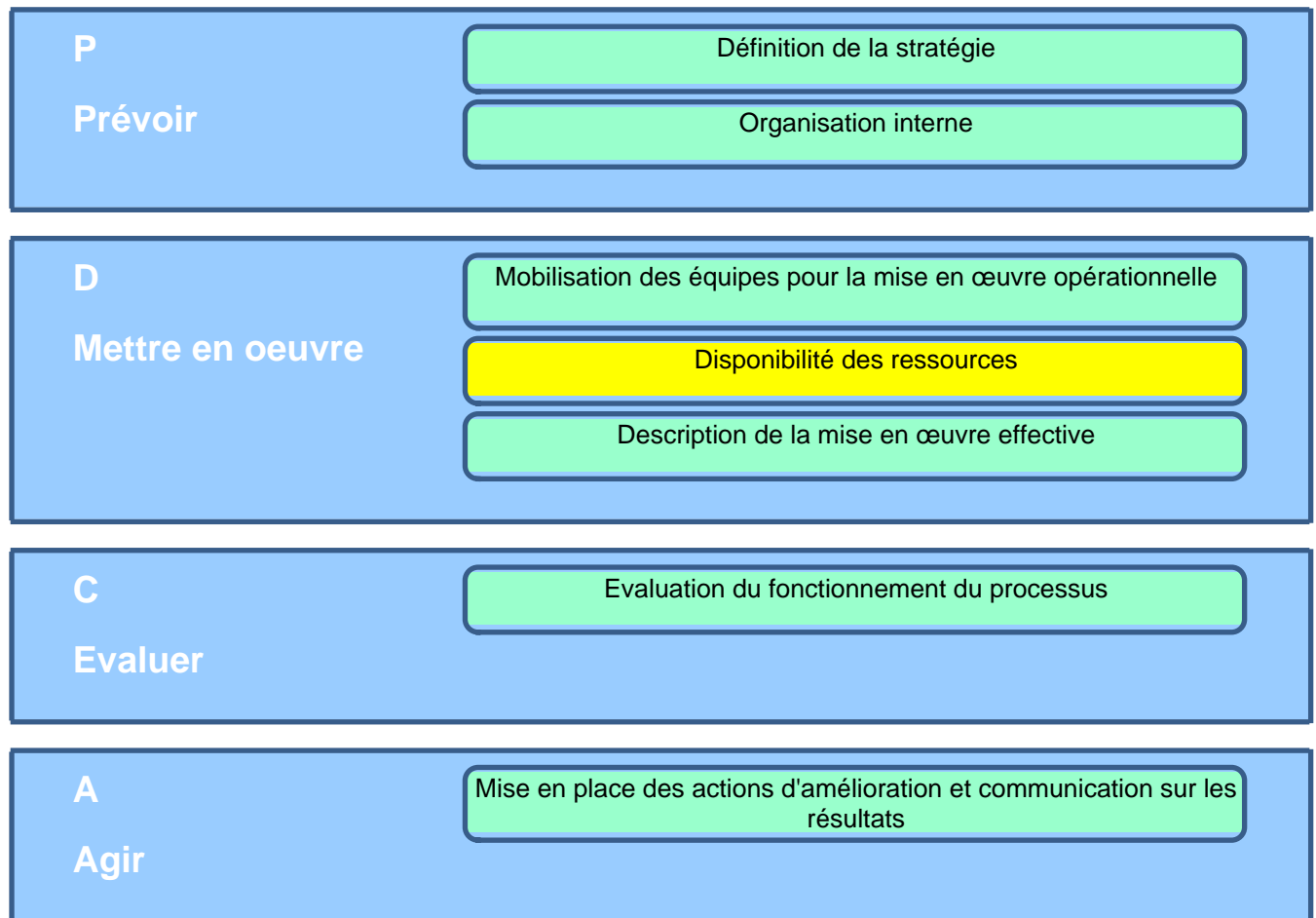
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le respect des droits est inscrit dans les orientations stratégiques et dans le nouveau projet d'établissement 2018/2022 approuvé par les instances. Ce nouveau projet à travers les différents projets, médical, de soins, qualité/gestion des risques et architectural, propose une stratégie et des objectifs relatifs aux droits des patients, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions, des recommandations en cours issues de la précédente certification sur les droits des patients et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Dans le cadre de ce nouveau projet, l'établissement a revu l'organisation médicale de ses services de soins afin de favoriser les libertés individuelles, notamment celle d'aller et venir. Les trois pôles de psychiatrie générale créés sont dotés depuis le 4 juin 2018 chacun d'au moins une unité ouverte pour accueillir les patients en soins libres et de deux unités fermées dédiées aux soins sans consentement. Toujours en matière de stratégie, l'établissement a formalisé sa politique sur les droits des patients en octobre 2018 avec en particulier un engagement sur l'accès des patients à leurs droits et l'implication des représentants d'usagers dans la gouvernance de l'établissement. Deux associations d'usagers sont signataires de cette politique. Par ailleurs, l'établissement s'est engagé dans le programme européen Quality Rights. De même, l'établissement a formalisé une politique de réduction du recours à l'isolement en date du 11 septembre 2018. Cette politique précise les modalités devant permettre à terme de limiter le recours à ces pratiques tant sur le plan structurel avec un objectif précis de réduction du nombre de chambres d'isolement que sur le plan des pratiques professionnelles avec la formation des professionnels à la bientraitance avec le programme Omega, le développement de l'expertise clinique des infirmiers et la promotion des activités thérapeutiques. Enfin, une politique de bientraitance de la personne soignée a été définie et formalisée en date du 13 novembre 2018, confirmant l'engagement de la direction, de la Conférence Médicale d'Etablissement (CME) et de la direction des soins au respect des droits du patients et à l'interrogation sur les pratiques de soins en cours. Cette stratégie et ces différents projets, validés par les instances concernées, sont déclinés dans un programme d'action formalisé et priorisé. La politique sur les droits des patients a été validée et celle relative à l'isolement/contention sera présentée aux prochaines instances concernées, en particulier à la CDU du 14 décembre prochain. En parallèle, l'association tutélaire mène une campagne sur les valeurs de l'association hospitalière notamment celles relatives aux droits des patients qui doit aboutir à son terme à la production de différents supports, et en particulier un poster appelé arbre des valeurs. Sur l'identification des risques, une cartographie des risques liés aux droits des patients a été réalisée. Cette cartographie a été établie selon une méthodologie définie avec un niveau de maîtrise attribué pour chaque risque identifié. Sept risques prioritaires ont été versés au compte qualité en vue de la préparation de la visite de certification. Pour chaque risque retenu dans le compte qualité, un plan d'action, validé par la direction qualité, est défini en terme de pilotage, de calendrier et d'indicateurs de suivi. Les plans d'actions du compte qualité sont intégrés dans le PAQSS institutionnel qui est articulé avec le compte qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les droits des patients sont rattachés à la direction des soins, et le directeur des soins assure la présidence de la CDU par délégation de la directrice. En ce qui concerne le pilotage du processus, il est assuré par le directeur des soins et le président de la CME. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels ou des fiches de missions. Par ailleurs, le comité de bientraitance vient d'être relancé après un nouvel appel à candidature et sa première réunion se tiendra à l'issue de la CDU du 14 décembre prochain. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines. La formation des professionnels aux droits des patients, à la bientraitance et à la gestion des situations de violence est organisée. De façon régulière, le plan de formation annuel prévoit des actions ciblées comme actuellement sur la gestion des situations de violence ou l'information du patient en cas de dommage lié aux soins. Sur les pratiques d'isolement et de contention, les gardes et astreintes médicales sont organisées pour permettre l'évaluation clinique des patients en situation d'isolement/contention tant sur le plan psychiatrique que sur le plan somatique, notamment le week-end. De même, les dotations des effectifs soignants dans les unités de soins permettent d'assurer la présence de deux soignants la nuit, voir de trois dans les unités sensibles comme par exemple à l'USIP. En matière de ressources hôtelières, l'établissement a procédé à la rénovation de quatre unités de soins depuis la visite précédente. Cette entreprise de rénovation a permis une augmentation du nombre de chambres individuelles (+15) et des chambres à deux lits (+6) avec pour corollaire une diminution des chambres à 3 lits (-9) et à 4 lits (-4). Par ailleurs, dans le cadre du projet d'établissement 2018/2022, un projet architectural a été formalisé devant permettre à terme d'offrir aux patients des conditions d'hospitalisation répondant aux standards attendus, notamment en matière de respect de l'intimité et de la dignité du patient. Sur l'organisation de la prise en charge du patient permettant le respect des libertés individuelles, notamment celle d'aller et venir, les trois pôles de

psychiatrie générale, récemment créés, ont été organisés pour disposer chacun d'une unité ouverte dédiée aux patients hospitalisés en soins libres. La gestion documentaire est organisée sous la forme d'une gestion électronique des documents (GED). Les procédures et protocoles relatifs aux droits des patients sont formalisés. Parmi ceux-ci, il convient de citer ceux relatifs, à la mise en chambre de soins intensifs psychiatriques actualisé en septembre 2018, au signalement d'une situation de maltraitance en date du 14 novembre dernier et à l'annonce d'un dommage lié aux soins révisé en août 2018. Cependant, les organisations définies dans les règlements intérieurs des pôles et unités de soins ne permettent pas toujours de respecter les libertés individuelles. Les règlements intérieurs définis par les pôles comportent des disparités notamment sur la liberté d'aller et venir des patients. Les possibilités de déplacement peuvent être différentes pour des patients ayant la même modalité d'hospitalisation. L'établissement s'est engagé à supprimer les règlements intérieurs de sa gestion documentaire. Un seul règlement intérieur est d'usage pour les patients pris en charge en temps plein. Les règlements des unités de soins et des pôles ont donc été supprimés durant la visite de certification au profit d'un seul règlement intérieur associatif déjà existant. Toutefois, les experts-visiteurs n'ont pu évaluer leur mise en œuvre. Un document synthétique permettra de préciser les règles de vie dans les unités de soins et viendra compléter le règlement intérieur. Il comprendra notamment la question de l'accès aux chambres. Une charte de bientraitance est en place depuis 2012. De même, l'établissement s'est doté d'une charte de vidéo-protection approuvée le 15 novembre 2018 ainsi que d'un protocole portant sur le respect du droit à l'image (03/18). Ensuite, dans le cadre de la recommandation en cours sur le respect de la dignité et de l'intimité du patient, l'établissement dispose depuis 2016 d'un guide portant sur les bonnes pratiques pour le respect de la dignité et de l'intimité du patient dans les unités de soins. Enfin, l'établissement a également formalisé en novembre 2018 un protocole sur la prévention du risque de chute, de la déambulation excessive et de l'agitation chez le sujet âgé, avec un processus décisionnel portant sur le maintien de la personne âgée en tant que mesure de dernier recours en cas d'échec des méthodes préventives et alternatives. L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU est organisée via le livret d'accueil. Par ailleurs, le site internet est organisé de façon à délivrer aux usagers les informations relatives à leurs droits et informations nécessaires à leur hospitalisation. Un espace familles et des usagers est organisé avec la tenue de permanence régulière les 2ème et 4ème jeudi de chaque mois. Sur le suivi des pratiques d'isolement/contention prévu par l'instruction du 29 mars 2017, l'établissement s'est organisé pour mettre en place un registre numérique adossé au dossier patient informatisé. Le registre répond aux indicateurs définis et peut être présenté sans délai aux autorités compétentes et personnes autorisées. Les formulaires de prescription médicale et de surveillance infirmière sont intégrés dans le dossier patient informatisé. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité tant au niveau institutionnel avec la direction qualité, le président de la CME et la CDU, qu'au niveau opérationnel avec le DIM, le comité violence ou la commission d'analyse et de suivi des événements indésirables.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle sur le respect des droits des patients et le respect des libertés individuelles. Les responsables médicaux et paramédicaux mettent en oeuvre l'ouverture des unités décidée et validée par la direction et la communauté médicale dans les trois pôles de psychiatrie générale. A ce jour, trois unités sont ouvertes et une quatrième est en cours d'ouverture sur le pôle Centre. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs pôles ou sur le processus droits des patients. A titre d'exemple, l'ouverture des trois unités a amené les responsables médicaux et paramédicaux à revoir les organisations de soins et les prises en charge en développant notamment la contractualisation et la responsabilisation des patients. Par ailleurs, ces mêmes responsables portent une attention particulière aux décisions d'isolement et à la traçabilité de la surveillance des patients en isolement/contention dans le dossier patient. De même, ils favorisent tant que faire se peut les alternatives permettant de limiter le recours à l'isolement, soit par la promotion d'activités thérapeutiques ou occupationnelles dans les unités de soins, soit par un adressage des patients vers les activités proposées par l'établissement sur le plan des activités physiques, sportives et culturelles dans l'hôpital ou sur la ville. En matière de réduction des risques et de promotion de la bientraitance, les responsables, notamment les cadres de santé, sont vigilants sur les formations proposées relatives à la gestion des situations de violence et d'agressivité. Les mesures sont prises pour faciliter les départs en formation, en particulier sur la formation OMEGA et l'information du patient en cas de dommage lié aux soins. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Un suivi de l'occupation des chambres d'isolement est fait par le médecin DIM et chaque responsable de pôle ou d'unité en est informé. De même, une vigilance est apportée pour garantir un lit parallèle à tout patient isolé ou contenu comme le précise les recommandations de bonnes pratiques. Pour les patients connaissant des isolements séquentiels, des solutions sont recherchées collectivement. A titre d'exemple, une équipe a mis en place une RCP pour une patiente en y associant la direction des soins. Au terme de cette RCP, une action corrective a été mise en place, respectueuse des besoins de la patiente et de la

liberté d'aller et venir. De même, le directeur des soins et l'encadrement supérieur surveillent les indicateurs produits mensuellement par les cadres de santé et en cas de discordance ou de non conformité, engagent une analyse en y associant les personnels concernés.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les pôles et les unités. Les dotations des effectifs paramédicaux observées dans les unités de soins lors de la visite permettent la dispensation des soins requis par les patients hospitalisés. Une équipe soignante de première assistance (ESPA) en cas de violence est disponible. Cette équipe vient en appui des unités pour prévenir et gérer les situations de violence. Par ailleurs, à l'initiative du directeur des soins, deux infirmiers experts cliniciens ont été nommés sur la base de leur expérience en psychiatrie. Ils sont membres de l'ESPA, participent au comité violence et sont disponibles pour aider les équipes dans les prises en charge complexe. La rencontre des pilotes et de ces deux professionnels ainsi que les relevés d'interventions ont permis de constater une diminution du recours à l'isolement et des demandes d'appels à renfort de l'ESPA. Il est à noter également la formation régulière des soignants au programme OMEGA, au nombre de 32 pour l'année 2018. De même, 283 soignants ont été formés à l'annonce d'un dommage lié aux soins depuis 2016. De nombreux professionnels sont qualifiés pour mener des prises en charge spécifiques, comme cela a pu être observé avec une arthérapeute exerçant au sein de l'USIP et au SMPR. Toujours dans le domaine des soins, il est à noter l'existence d'un atelier thérapeutique agricole favorisant la réhabilitation et l'accès au travail protégé ou autre des patients accueillis. De même, il existe un atelier thérapeutique dédié aux activités manuelles ainsi qu'un service d'activités physiques adaptées. L'établissement dispose également de deux médiateurs de santé pairs qui exercent leurs missions au sein des équipes de soins des CMP et CDJ. Par ailleurs, deux éducatrices de la PJJ sont, par convention, mises à disposition du centre de crise pour adolescents (SIPAD), assurant une présence du lundi au vendredi. Sur le plan médical, des consultations en addictologie sont proposées aux patients pour accompagner un sevrage tabagique. A ce jour, l'établissement dispose de 350 lits hors chambres d'isolement (18). La répartition des lits est la suivante : 121 chambres individuelles, 33 chambres à 2 lits, 53 chambres à 3 lits et 1 chambre à 4 lits. Depuis 2012, l'établissement a procédé à la rénovation de 4 unités de soins permettant une augmentation des chambres individuelles. De plus, la fermeture du SISO, rénové en 2012/2013 a permis l'installation d'une unité fermée (St Jean). L'établissement vient de procéder à la fermeture de l'unité St Christophe, vétuste, avec une affectation des patients sur les autres unités de soins. En matière de chambre d'isolement et suite à l'ouverture des unités, l'établissement a diminué le nombre de ses chambres d'isolement, au nombre de 18 le jour de la visite. De même, les équipements de vidéosurveillance ont été, pour les mêmes raisons, abaissés au nombre 188 à ce jour. L'essentiel de ces dispositifs est installé dans les circulations (133). Une partie de la surveillance des patients en isolement se fait à partir de ces équipements. Les visites de ces chambres d'isolement ont permis de constater que l'établissement a pris en compte les différentes remarques, notamment celles du CGLPL, et permettent ainsi le respect de l'intimité des patients. Ainsi, les toilettes et sanitaires ne sont plus visibles après le retrait ou le floutage des caméras de surveillance. L'établissement a engagé une réflexion pour doter les chambres d'isolement de systèmes d'appels. Un matériel est en cours de test. Les locaux ne permettent pas toujours d'assurer le respect des droits des patients. En effet, les locaux d'hospitalisation complète pour adultes sont vétustes, voire très dégradés et ne permettent pas toujours de respecter l'intimité et la dignité des patients. La plupart des unités visitées disposent de chambres à 3 lits voire 4 lits (1 chambre à St Pierre). Certaines chambres ne disposent pas de points d'eau ou de salles de bains. Dans les salles de bains communes, il existe des douches non séparées par des cloisons, même si des cloisons amovibles peuvent être installées ; leur utilisation n'a pu être constatée. Dans certaines cours grillagées, les patients sont à la vue des autres usagers et visiteurs, notamment dans une unité à proximité du restaurant du personnel. Cette situation, identifiée par l'établissement, avait fait l'objet d'une réserve lors de la visite initiale précédente, levée à la suite de la transmission d'un rapport de suivi et transformée en recommandation en lien notamment avec le projet de reconstruction non engagé à ce jour. La direction a informé les experts visiteurs que le projet de reconstruction des unités des soins devait être présenté à l'autorité de tutelle courant décembre 2018. Ce projet repose sur la construction d'unités de soins de 25 lits pour un total de 306 lits. Toutes les unités de soins sont dotées d'un téléphone portable destiné aux appels des patients, leur permettant de s'isoler afin d'assurer la confidentialité de leurs communications. Les téléphones professionnels sont utilisés très à la marge dans le cas exceptionnel où 2 patients ne disposant pas de téléphones personnels veulent passer simultanément un appel. Sur le plan des équipements, les unités de soins et les professionnels sont dotés des matériels nécessaires à leur activité, notamment en matière informatique. La maintenance et l'entretien des locaux et équipements sont assurés et permettent un bon fonctionnement des activités de soins aux patients. L'établissement dispose également d'un parc automobile permettant la mobilité des professionnels. Une salle de sports est également disponible. En matière de documentation, les ressources nécessaires à l'activité des professionnels et à l'information des patients et usagers sont disponibles via une gestion électronique des documents (GED) accessible à tous les professionnels. Une check-list précise les documents qui doivent faire l'objet d'un affichage obligatoire dans les services de soins. Les livrets d'accueil sont disponibles dans tous les services visités.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures

établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Sur le dispositif structuré d'hospitalisation sans consentement, les visites des unités, les patients traceurs et la consultation des dossiers ont montré sa conformité au respect des des droits des patients. Les différentes visites de la CDSP dont la dernière les 21 et 22 novembre 2018, n'ont pas donné lieu à ce jour à des remarques particulières sur la légalité des procédures en place. Sur la confidentialité des informations de santé, les visites des unités ont permis de constater des pratiques respectueuses de la confidentialité des informations relatives aux patients, tant au niveau de la gestion des dossiers que de l'organisation des soins. Pour ce qui concerne l'information du patient et de son entourage sur son état de santé et les soins proposés, incluant la démarche d'information en cas de dommage lié aux soins, est assurée par les médecins et les professionnels, chacun pour ce qui le concerne et conformément à la procédure établie. De même, le recueil du consentement éclairé du patient ou de ses représentants est recherché et le cas échéant, le refus de soins est entendu. Dans certaines unités, le consentement du patient aux soins fait l'objet d'un écrit ou d'une signature. Un contrat sur l'observance médicamenteuse est proposé sur les CDJ avec la signature du médecin, du patient et d'un soignant. En matière de restrictions de libertés motivées par l'état clinique du patient, celles-ci font l'objet d'une prescription médicale tracée dans le dossier informatisé et d'une information au patient. Sur les pratiques d'isolement/contention, toute prescription et toute décision est tracée et motivée, notamment sur la motivation de celle-ci et du dernier recours. Les prescriptions réalisées par les internes sont confirmées par les seniors avec une traçabilité effective dans le dossier. La visite des unités et l'examen des dossiers des patients en isolement a permis de constater des pratiques conformes aux recommandations. Les durées des prescriptions initiales et de renouvellement sont conformes et le suivi somatique du patient avec les risques potentiels fait l'objet d'une traçabilité. Toujours, sur les pratiques d'isolement, il a pu être constaté la disponibilité d'une chambre ou d'un lit parallèle pour les patients placés en isolement. Sur la surveillance infirmière des patients en isolement/contention, elle fait l'objet d'un plan de surveillance défini par le psychiatre. La surveillance est horodatée et la traçabilité des observations est effective comme cela a pu être constaté lors de l'examen des dossiers patients en isolement lors du passage dans les unités. Cependant, les dispositions relatives au suivi des mesures d'isolement/contention ne sont pas totalement mises en oeuvre. En effet, comme le prévoit l'instruction du 29 mars 2017, la CME n'est pas informée de façon trimestrielle sur les données quantitatives et qualitatives recueillies par le DIM. Par ailleurs, le rapport annuel 2017 sur les activités d'isolement/contention n'a pas été présenté au jour de la visite pour avis à la CDU et au Conseil Associatif de Surveillance (CAS) et ni transmis à l'autorité de tutelle. L'établissement précise que ce rapport sera présenté à la CDU du 12 décembre, à la CME du 11 décembre prochain et au CAS le 17 décembre 2018. Après la visite, il a été adressé à la délégation territoriale de l'ARS. Ce rapport sera également soumis pour avis au prochain CAS. La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre de son projet personnalisé de soins est recherchée par l'équipe soignante. Chaque patient dispose d'un référent médical et certaines équipes ont mis en place des référents soignants. Une attention particulière est portée à l'accueil des familles en l'absence cependant de lieux dédiés aux visites des familles dans la majorité des unités. Le programme ProFamilles est proposé dans l'établissement. De même, l'accueil personnalisé et soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent est effectif tant au niveau médical que des professionnels non médicaux. Il a pu être constaté plusieurs dispositifs d'accompagnement des familles tant sur l'hospitalisation complète que partielle, en particulier sur les centres de jour. Sur les pratiques permettant le respect des libertés individuelles, les patients ont accès à leurs effets personnels, peuvent librement gérer leur argent, conserver leur téléphone portable et accéder à tout moment à leurs chambres, à l'exception des temps d'entretien de leurs chambres. Pour les patients dans l'incapacité de gérer leurs argent, un service est en place pour faciliter cette gestion du lundi au vendredi. Des bourses d'échanges de vêtements au profit des patients sont organisées régulièrement à l'initiative des professionnels. Sur la gestion du tabac, le règlement intérieur prévoit des mesures permettant aux patients de fumer mais aussi d'accéder à des produits de substitution. Pour les patients en unité fermées, les cours intérieures sont ouvertes sur des horaires couvrant largement la journée. Enfin, une cafétéria est accessible 7j/7j pour les patients et familles. Les adolescents hospitalisés sont autorisés à fumer après accord parental un certain nombre de cigarettes au regard de leur âge, avec un maximum de cinq cigarettes par jour. L'accès aux ministres du culte est effectif pour cinq confessions avec une information des patients par un affichage dans chaque unité de soins. Une messe est donnée chaque semaine dans l'église de l'établissement. Sur la question des directives anticipées, l'établissement a mis en place une information des patients dans le livret d'accueil. Les instances, la CDU, l'ERE, le comité violence sont opérationnels. Les comptes rendus sont assurés et diffusés à l'ensemble des professionnels via le site intranet. Le rapport d'activité de la CDU pour l'année 2017 est également disponible. De même, les circuits sont respectés et les interfaces entre les pôles, les directions fonctionnelles et les instances sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée pour chaque instance.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure une évaluation périodique et régulière des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage sur la base d'outils identifiés, indicateurs, tableaux de bord, et bilan d'



activité. Les IQSS sont recueillis conformément au calendrier national. En l'absence de recueil organisé en 2018, l'établissement a mené un recueil hors protocole HAS sur cette année 2018. Les résultats sur la Tenue du Dossier Patient, notamment sur les critères portant sur la mention de la protection judiciaire et la trace de la modalité d'hospitalisation montrent une amélioration de la traçabilité de ces informations par rapport à la campagne précédente. Pour le recueil des personnes désignées, notamment la personne de confiance, les résultats ont amené la direction des soins à plus de vigilance sur ce recueil. Pour ce qui concerne le suivi des pratiques d'isolement/contention, l'établissement dispose des indicateurs contenus dans le registre numérique adossé au dossier patient informatisé. Par ailleurs, un état mensuel de l'occupation des chambres d'isolement est réalisé et transmis au président de CME, au directeur des soins, aux chefs de pôles, aux cadres supérieurs et cadres de santé. Un audit inter-établissement isolement/contention a été réalisé en mars 2017 sur les cinq établissements psychiatriques de l'association tutélaire. Cet audit a conduit à des améliorations tant sur la formalisation des politiques que l'actualisation des procédures d'isolement et de contention et la sensibilisation des professionnels sur la traçabilité des mesures dans le dossier. Le rapport annuel sur les pratiques d'isolement est réalisé par le DIM comme cela a pu être constaté. Les indicateurs Hôpital Numérique sont également suivis de façon régulière. L'hôpital dispose également d'indicateurs internes sur, la désignation de la personne de confiance, la mention de la protection judiciaire et des personnes désignées, sur l'information des patients en soins consentement et le délai d'accès du patient à son dossier qui sont suivis depuis 2013 par le DIM. Par ailleurs, la direction des soins a mis en place un tableau de bord avec des indicateurs de suivi portant sur l'audit de deux dossiers patient réalisé chaque mois par le cadre de santé de l'unité avec des résultats transmis au directeur des soins. Deux des critères concernent la désignation de la personne de confiance et l'autre la protection judiciaire.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les actions d'amélioration prioritaires par l'établissement portent sur la mise en conformité des locaux, la reconstruction des unités et sur la recherche d'alternatives à l'isolement avec notamment la mise en place d'espace d'apaisement comme cela a pu être observé sur la clinique des autistes ou au SIPAD. Des supports et modalités de diffusion sont établis, notamment sur les valeurs de l'établissement et le respect des droits des patients. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Les organisations définies dans les règlements intérieurs des pôles et unités de soins ne permettent pas toujours de respecter les libertés individuelles. Les règlements intérieurs définis par les pôles comportent des disparités notamment sur la liberté d'aller et venir des patients. Les possibilités de déplacement peuvent être différentes pour des patients ayant la même modalité d'hospitalisation. L'établissement s'est engagé à supprimer les règlements intérieurs de sa gestion documentaire. Un seul règlement intérieur est d'usage pour les patients pris en charge en temps plein. Les règlements des unités de soins et des pôles ont donc été supprimés durant la visite de certification au profit d'un seul règlement intérieur associatif déjà existant. Toutefois, les experts-visiteurs n'ont pu évaluer leur mise en œuvre.	10e
D / Disponibilité des ressources	NC	Les locaux ne permettent pas toujours d'assurer le respect des droits des patients. Les locaux d'hospitalisation complète pour adultes sont vétustes, voire très dégradés et ne permettent pas toujours de respecter l'intimité et la dignité des patients. La plupart des unités visitées disposent de chambres à 3 lits voire 4 lits (1 chambre à St Pierre). Certaines chambres ne disposent pas de points d'eau ou de salles de bains. Dans les salles de bains communes, il existe des douches non séparées par des cloisons, même si des cloisons amovibles peuvent être installées ; leur utilisation n'a pu être constatée. Dans certaines cours grillagées, les patients sont à la vue des autres usagers et visiteurs, notamment dans une unité à proximité du restaurant du personnel. Cette situation, identifiée par l'établissement, avait fait l'objet d'une réserve lors de la visite initiale précédente, levée à la suite de la transmission d'un rapport de suivi et transformée en recommandation en lien notamment avec le projet de reconstruction non engagé à ce jour. La direction a informé les experts visiteurs que le projet de reconstruction des unités des soins devait être présenté à l'autorité de tutelle courant décembre 2018. Ce projet repose sur la construction d'unités de soins de 25 lits pour un total de 306 lits.	10b
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les dispositions relatives au suivi des mesures d'isolement/contention ne sont pas totalement mises en œuvre Comme le prévoit l'instruction du 29 mars 2017, la CME n'est pas informée de façon trimestrielle sur les données quantitatives et qualitatives recueillies par le DIM. Par ailleurs, le rapport annuel 2017 sur les activités d'isolement/contention n'a pas été présenté au jour de la visite pour avis à la CDU et au Conseil Associatif de Surveillance (CAS) et ni transmis à l'autorité de tutelle. L'établissement précise que ce rapport sera présenté à la CDU du 14 décembre ainsi qu'à la CME du 11 décembre prochain. Ce rapport sera également présenté lors du prochain (CAS)	10e



# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

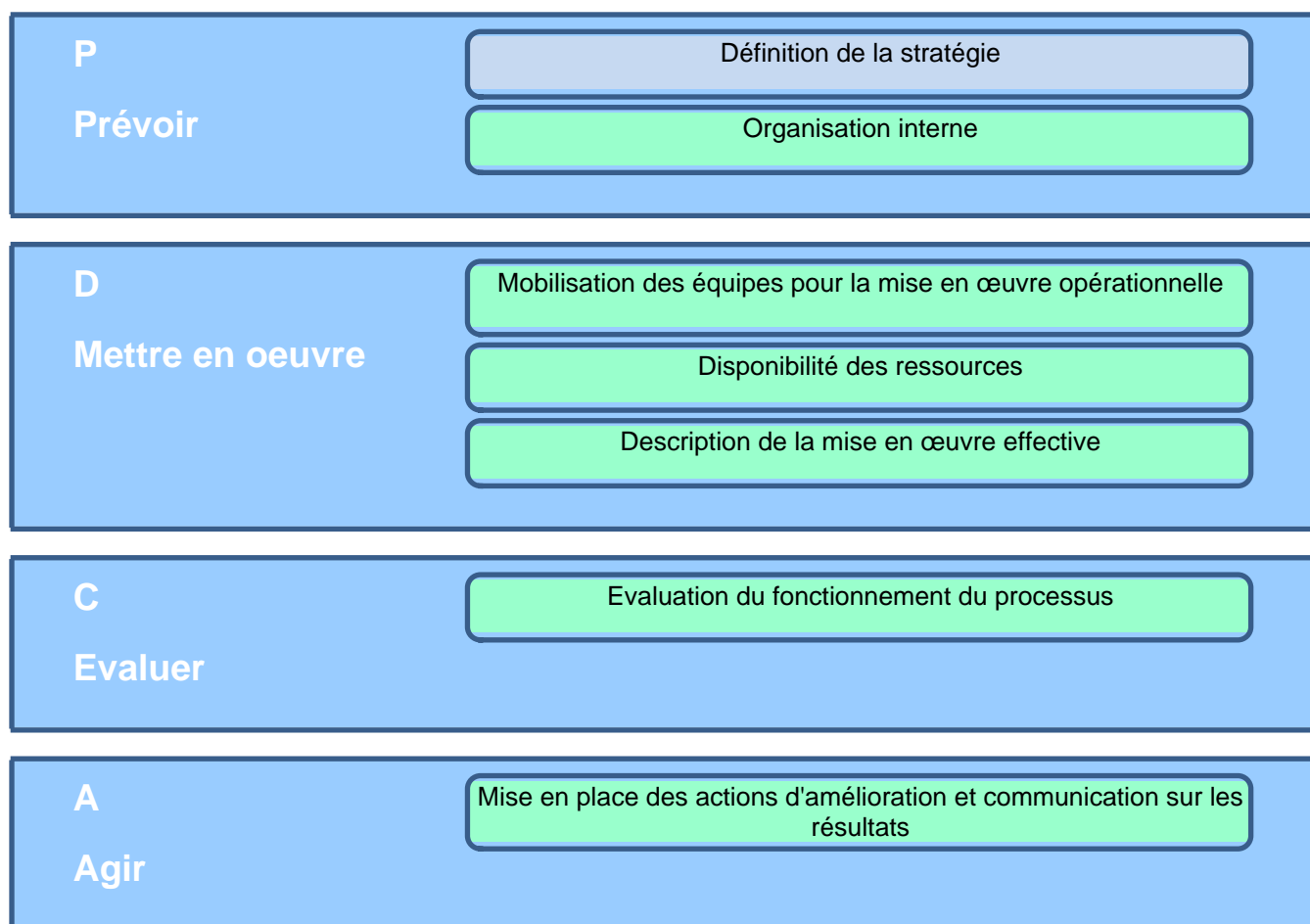
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 projet d'établissement du CHSM de Nice décrit les orientations fortes des parcours de soins au sein de l'établissement pour soutenir ses responsabilités territoriales. Elles recouvrent 7 des 13 secteurs de psychiatrie générale du département 06.

Le projet médical définit les évolutions du dispositif de soins et les orientations médicales nécessaires au regard des besoins et des attentes des populations. Il met en valeur les dimensions de respect de la personne, la place centrale des soins dans la communauté, l'importance de la réinsertion sociale.

Il souligne l'importance du vieillissement de la population et de l'augmentation de la précarité en son sein.

Il prend en compte les orientations du projet régional de santé 2012-2017 et celles du PRS2 en cours de finalisation, conformément aux attentes de l'ARS. L'élaboration du projet s'est appuyée sur le résultat d'enquêtes de santé mentale en population générale réalisées en région PACA, ainsi que sur des données de l'observatoire gérontologique départemental.

Les avancées de la mise en œuvre du projet médical 2011-2015 ont été rappelées. Elles concernent l'inscription du CMP en situation pivot de la prise en charge, la création des Soins Intensifs Intégrés dans la Cité (SIIC), la création du centre d'évaluation et de diagnostic de la schizophrénie ou encore celle de l'Équipe de Liaison en Soins d'addictologie (ELSA).

Le projet s'appuie sur les conventions existantes avec les partenaires extérieurs à l'établissement. Elles concernent notamment le CHU de Nice avec qui il partage la responsabilité de la mise en œuvre du Centre d'Accueil Psychiatrique (CAP) localisé au CHU et le ministère de la Justice dans le cadre de la convention santé justice. Il s'inscrit dans une démarche stratégique du virage ambulatoire dans laquelle l'hospitalisation n'est plus au centre de l'organisation du parcours de soins mais plutôt en situation de recours pour les structures extra hospitalières.

La réorganisation des parcours de soins est définie selon une territorialisation de l'hospitalisation à temps plein avec la création effective de trois pôles de psychiatrie générale. L'un d'entre eux est plus particulièrement en charge des sujets âgés présentant des troubles psychiatriques. Un des pôles de psychiatrie générale est le support de l'organisation des accueils et des admissions au sein de l'établissement. Le troisième pôle de psychiatrie générale dispose de ressources transversales pour assurer les soins dispensés aux personnes présentant un état d'addiction.

Ces trois pôles sont chacun en interaction étroite avec le pôle territoriale qui assure la responsabilité de l'ensemble des structures extra hospitalières insérées sur le territoire.

L'importance de la prise en charge somatique est particulièrement prise en compte avec le rattachement de médecins somaticiens auprès de chacun des pôles. Leur action est coordonnée par un médecin coordonnateur. Le pôle de psychopathologie de la crise est en charge des parcours de soins spécifiques concernant les adolescents dans le cadre de l'unité de Soins Intensifs Psychiatrique aux Adolescents Difficiles (SIPAD). Il assure également la prise en charge de patients difficiles au sein de l'Unité de Soins Intensifs psychiatriques (USIP) et, au sein du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR), celles des patients détenus à la maison d'arrêt de Nice. Le pôle de réhabilitation psychosociale met en œuvre un parcours de patients adultes souffrant d'autisme dans le cadre de la clinique de l'autisme, un parcours d'entraînement à l'autonomie pour des patients chroniques. Au sein de ce pôle, les ateliers thérapeutiques et la fédération socio-thérapeutique apportent des ressources transversales pour compléter les parcours de soins au profit de l'ensemble des unités de l'établissement.

Le projet d'établissement a été élaboré en concertation pluri-professionnelle en y associant les représentants des usagers. Il a été présenté et validé en CME. Il a été validé par l'Agence Régionale de Santé.

La construction du projet d'établissement a donné lieu à l'élaboration d'une cartographie des risques propre au parcours patient. Cette démarche a été conduite en impliquant les différentes catégories professionnelles. L'analyse des risques a été réalisée selon une méthodologie validée par la HAS prenant en compte la fréquence, la gravité et le niveau de maîtrise des risques. La politique du parcours patient s'appuie sur cette évaluation structurée des risques qui ont été priorisés. Les mesures de traitement des risques ont été arrêtées et validées par les instances du CHSM.

Les risques priorisés et les plans d'action qui s'y rapportent ont été inscrits au compte qualité.

Les professionnels identifiés pour le pilotage opérationnel du processus parcours patient sont en charge du suivi de ce plan d'action.

## ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus a été confié à un comité de pilotage constitué des porteurs des principaux processus parcours patients mis en oeuvre au CHSM. Ils concernent le parcours patient en psychiatrie adulte, le parcours sujet âgé, le parcours somatique, les parcours troubles autistiques et réhabilitation psycho-sociale, le parcours adolescents, le parcours détenus.

Une organisation a été mise en place avec l'identification de référents qualités dans chacune des unités du CHSM. Les orientations de formation inscrites dans les plans de formation 2017 et 2018 prennent en compte des objectifs en relation avec le parcours patient, notamment relatives à la prise en charge de la douleur en psychiatrie, aux formations DPC "OMEGA", à la prévention du suicide. On y retrouve également les formations AFGSU et NRBC. Le plan de formation 2018 inscrit la formation à la prise en charge du traumatisme psychique dans les suites des événements dramatiques du 15 juillet 2015 à Nice. Les nouveaux arrivants font l'objet d'une démarche d'accompagnement par les pairs et d'une journée de formation aux modalités de fonctionnement du CHSM.

Les ressources documentaires nécessaires à la mise en oeuvre des parcours patients couvrent l'ensemble des parcours patients identifiés. Elles sont accessibles à l'ensemble des professionnels sur le portail intranet. Ils sont régulièrement informés sans délai des mises à jour sur le portail.

Un document intitulé "la certification et nous" a été diffusé à l'ensemble des personnels marquant le point de situation de la démarche qualité à l'approche de la visite de certification. Les indicateurs et le plan d'action inscrits au compte qualité y sont présentés.

Le déploiement du logiciel support du Dossier Patient Informatisé (DPI) sur l'ensemble des unités de l'intra ou de l'extra hospitalier permet une actualisation en directe des informations nécessaires à la prise en charge.

Le dispositif de garde et permanence est formalisé. Il existe un règlement intérieur pour les gardes et astreintes en date de 2016. Les comptes rendus des réunions de la Commission d'organisation de la Permanence Psychiatrique (COP-PSY) soulignent l'importance accordée par l'établissement au suivi de ces dispositions.

Un document daté de 2016 précise la politique de l'organisation des soins somatiques au CHSM. Il a été révisé en octobre 2018. Il souligne, en raison de la fréquence des comorbidités somatiques, les enjeux de la prise en charge somatique chez les patients présentant des troubles psychiatriques. Il décrit les objectifs d'évaluation initiale et de prise en charge tout au long du parcours d'hospitalisation. Il souligne l'importance du renforcement de la coordination entre psychiatres et médecins somaticiens. Des vacations de spécialistes en Cardiologie, Gastro-entérologie, Neurologie, Pneumologie au sein de l'établissement viennent compléter l'offre de soins. Le CHSM dispose d'une capacité de radiologie standard et d'un cabinet dentaire.

Le coordonnateur des soins somatiques a établi un document d'organisation des soins somatiques à l'intention de tout nouveau praticien médecin généraliste débutant au CHSM. Il vise à faciliter l'appropriation par ces praticiens des particularités des problématiques de soins somatiques rencontrées chez les patients souffrant de troubles psychiatriques.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La structuration des pôles est très récente et le PAQSS est seulement constitué d'actions transversales applicables à tout l'établissement.

Lors des visites dans les unités, les professionnels ont cité les risques principaux de leurs secteurs d'activité et les indicateurs nationaux utilisés (IPAQSS).

La réunion de planification des entrées en visioconférence à partir du C2A, les réunions de synthèse dans les unités, les réunions à caractère scientifique tenues dans les unités rendent compte de la mise en oeuvre de la qualité et de la sécurité des parcours de soins. Cela concerne plus particulièrement la fluidité des parcours, la prise en compte du risque suicidaire, de la dangerosité, de la composante somatique.

La mobilisation des équipes transversale, comme l'équipe soignante de première assistance, les infirmiers experts, l'équipe de liaison et de soins en addictologie, ou encore celles qui interviennent en transversalité en extra hospitalier, témoigne aussi de l'engagement des équipes soignantes pour la qualité et la sécurité des parcours de soins.

Sous la conduite du directeur des soins et de l'encadrement supérieur, le management de proximité des unités est engagé dans la déclinaison des plans d'action institutionnels. Les cadres des unités intra hospitalière organisent à leur niveau la politique d'évaluation mensuelle de dossiers patients pour s'assurer de la conformité des pratiques. Ils conduisent régulièrement des actions de sensibilisation à la démarche qualité sécurité des soins. Elles sont réalisées lors de réunions institutionnelles dans leur unité ou lors d'échanges informels avec les professionnels. Ces actions de sensibilisation sont encore à

formaliser.

Les données des évaluations conduites au sein de l'établissement sont affichées dans les unités et connues des professionnels de santé.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs en personnel soignant des unités ont été présentés par l'établissement avec la définition d'un niveau minimum pour chacune d'entre elles sur les différents temps de service de jour et de nuit.

Ils permettent d'assurer une prise en charge pluri professionnelle, médecins, soignants, psychologues, neuropsychologues, ergothérapeutes, art-thérapeutes, assistants sociaux.

Lors de la visite il est constaté un déficit de 9 ETP médecins pour un effectif théorique à 73 et de 8,5 ETP IDE pour un effectif à 303. Cette situation a obligé l'établissement à recourir au recrutement de médecins et d'IDE intérimaires.

Lors des rencontres avec les professionnels dans les différentes unités, il a pu être constaté que les possibilités d'accès aux formations étaient effectives. L'actualisation de la validité des formations AFGSU est transmise par l'établissement à chacune des unités. Cette organisation permet de planifier les formations selon les besoins. Plus de 160 formations AFGSU ont été réalisées en 2018.

L'équipe Soignante de Première Assistance (ESPA) est une ressource transversale au sein de l'établissement. Elle permet d'intervenir en urgence dans les différentes unités d'hospitalisation de l'établissement dans les situations de tension ou de crises. Elle est mise en œuvre selon une procédure définie. Elle est mobilisée à la demande d'un personnel d'une unité qui alerte le poste de sécurité ou le cadre d'astreinte qui mobilise les personnes ressources pour intervenir dans la situation. Ce personnel est désigné chaque jour selon un plan de charge partagé par l'ensemble des pôles de soins en intra hospitalier.

Deux infirmiers reconnus en tant qu'infirmier expert sont en charge d'un dispositif d'accompagnement et de renfort des professionnels de santé dans la gestion des situations difficiles lors des prises en charge des patients. Ils sont les premiers acteurs d'un dispositif innovant que l'établissement a souhaité mettre en place pour mettre en valeur la capitalisation de l'expérience et favoriser le développement d'initiatives partagées par l'ensemble des professionnels. Ce dispositif d'infirmier expert est amené à se développer avec une cible fixée à 8 ETP. Il vise à favoriser le partage d'expérience et la construction de savoirs nouveaux dans une dimension de compagnonnage. Il s'ouvre à des perspectives de recherche dans le domaine du soin en psychiatrie. Les deux infirmiers experts participent à l'élaboration d'un module de formation à la gestion de la violence en réalité virtuelle.

Ces deux infirmiers sont membres permanents de l'ESPA. Ils interviennent dans ce cadre avec les professionnels des unités dédiés chaque jour à cette fonction. Cette organisation facilite les transferts et les constructions de savoir.

Au sein du pôle de réhabilitation psycho social deux psychiatres des unités d'hospitalisation temps plein ont été recrutés sur une modalité de temps partagé pour développer une activité de formation à la remédiation cognitive ouverte à l'ensemble des professionnels soignants. De même, deux éducateurs de la PJJ sont à disposition de l'unité de crise pour adolescents (SIPAD).

Un référent qualité a été identifié dans chacune des unités pour faire le lien et assurer la diffusion des informations des groupes de travail auxquels ils étaient associés. Au cours de la visite dans les unités de l'intra ou de l'extra hospitalier, il a pu être constaté la mise en œuvre effective de ces relais et leur implication dans la démarche.

Un temps de médecin somaticien est à disposition dans chacune des unités de psychiatrie générale pour assurer la prise en charge somatique sur toute la durée du séjour du patient. Les tableaux de permanence et les numéros d'urgence sont affichés dans les unités.

Le déploiement des unités sur le pôle territoire se fait dans 7 CMP pivots et 9 antennes CMP. L'homogénéisation de leur fonctionnement est défini dans le projet d'offre de soins sur le territoire, avec une systématisation de l'entretien infirmier en première intention. Ils assurent la gestion des programmes de soins sans consentement. Un questionnaire de satisfaction réservé aux usagers des structures extra hospitalières et à leur famille est à leur disposition.

Au sein du pôle territoire, les Services de Soins Intensifs Intégrés dans la Communauté permettent, en amont et en aval de l'hospitalisation, une organisation de prestations soignantes de proximité. Ils permettent le suivi des patients en hospitalisation à domicile (HAD) ou en hébergement thérapeutique. Ils peuvent effectuer des visites à domicile pour des patients suivis au CMP ou encore réaliser des interventions dans la communauté consécutives à des signalements des autorités.

Une attention particulière est portée au développement des relations avec le réseau primaire de soins. Tous les soignants exerçant dans les unités de soins ont été formés à l'évaluation des troubles psychopathologiques.

Les horaires du CMP Bellagio ont été élargis en soirée et au samedi matin pour faciliter l'accès aux soins, en particulier dans les suites de l'attentat de Nice du 14 juillet 2015.

Les centres psychothérapeutiques de jour et les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel pour la plupart fusionnés sous la forme d'un Centre Psychothérapeutique de Jour (CPJ) sont au nombre de 9 répartis



sur le territoire. Ils visent à favoriser la souplesse des temps de prise en charge et à soutenir une évolution de la prise en charge par paliers successifs.

Les unités d'hospitalisation à temps partiels ou d'HAD complètent les ressources disponibles pour les prises en charge, de même que les capacités d'appartement thérapeutique (27 places) ou d'accueil familial thérapeutique (24 places).

Le pôle territoire met également en œuvre des structures à vocation régionale avec des activités spécialisées. Elles sont portées par le centre intersectoriel de thérapie familiale systémique, les consultations étudiants, le centre ressources schizophrénique, le groupe de remédiation cognitive.

Les professionnels du pôle territoire sont investis dans les activités de CLSM de Nice, Cagnes sur Mer et Carros dans une perspective de concertation et de coordination avec les collectivités territoriale au service de l'amélioration des parcours de soins au sein de ces communautés.

Des programmes d'éducation thérapeutique des patients sont mis en œuvre au centre d'évaluation cognitive (Entraînement aux cognitions sociales, ...), dans les hôpitaux de jour (Entraînement aux habilités sociales) et dans les CMP (Programme PACT, PROFAMILLE, ...). Le Centre d'accueil Sainte Agathe met en œuvre un programme de gestion du quotidien pour une population de patients particulière qui a du mal à trouver sa place dans d'autres dispositifs de soins ambulatoires.

Les professionnels de santé de l'ensemble des unités ont accès sur le portail numérique du CHSM à l'ensemble des procédures relatives à la mise en œuvre du parcours patient. Ils ont aussi accès aux indicateurs de l'établissement et à ceux propre à leur unité. Les modalités d'accès aux ressources sont connues des professionnels. L'organisation actuelle de la GED doit faire l'objet d'une évolution pour améliorer sa mise en œuvre et faciliter la recherche des documents.

Lors des visites dans les unités en intra ou en extra hospitalier, il a pu être constaté la disponibilité des moyens informatiques pour l'accès au DPI à toutes les étapes de la prise en charge. Ces moyens sont déployés en nombre suffisant pour répondre aux exigences de tenue du DPI. Le logiciel qui porte le DPI est fonctionnel. Son fonctionnement est maîtrisé par les professionnels. Il est évolutif pour intégrer les besoins nouveaux attendus par les professionnels (exemples de la fiche d'évaluation du risque suicidaire, lettre de liaison, ...).

Les unités d'hospitalisation sont équipées des matériels nécessaires à la prise en charge des patients. Elles disposent de matériels ECG en nombre suffisant et de qualité pour assurer la régularité des enregistrements. Des tenues hospitalières adaptées peuvent être prescrites aux patients en cas de risque suicidaire important. Ces tenues, appelées "Kit antisuicide", sont faites d'une matière qui ne résiste pas à une pression trop forte et limitent le risque de pendaison.

Des chariots d'urgence sont présents dans chacune des unités d'hospitalisation à temps plein. Les unités de l'extra hospitalier sont dotés d'une mallette d'urgence. Les compositions de ces dispositifs sont établies. Lors des visites, il a pu être constaté la conformité de leur vérification périodique.

Des défibrillateurs cardiaques automatiques sont disponibles dans chacun des pôles en intra hospitalier. Ils sont déployés également dans les unités du pôle territoire.

Les unités d'hospitalisation du CHSM présentent globalement un état de vétusté important avec une promiscuité imposée aux patients, notamment dans les chambres à 3 lits, encore fort nombreuses. Les espaces dédiés à la mise en œuvre des soins ont une fonctionnalité parfois peu satisfaisante. Ils permettent cependant de préserver la dignité et la confidentialité des patients dans les temps de soins. Globalement le niveau de confort et d'intimité des chambres de patient reste très inégal et peu fonctionnel.

Les chambres d'isolement des trois pôles de psychiatrie générale sont toutes organisées sur un même modèle, avec un sas avec une double entrée, un sanitaire avec douche et toilettes.

L'accessibilité des personnes à mobilité réduite est effective dans les unités en intra hospitalier. Elle l'est moins dans les unités déployées sur le territoire du pôle territoire. Elles sont parfois localisées dans des maisons de ville à étages sans ascenseur. Cette situation qui limite l'accès à certaines parties de ces structures s'accompagne d'adaptations locales dans le fonctionnement permettant de pallier à cette difficulté.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Lors des rencontres avec les différents professionnels il a pu être constaté l'effectivité des liens de coordination entre les différentes structures sur l'ensemble des unités de l'établissement, ainsi que la diversité des moyens pour la mise en œuvre des parcours de soins.

Le Centre d'Admission et d'Accueil (C2A) est au centre du parcours d'admission des patients dans les unités d'hospitalisation à temps plein. Rattaché au pôle de psychiatrie général centre, il assure une mission transversale pour l'ensemble des unités d'hospitalisation. Il coordonne le travail réalisé en amont pour préparer les admissions. Une réunion en visioconférence est tenue tous les matins avec les responsables des trois pôles de psychiatrie générale pour évaluer et valider les demandes d'admission. Le C2A présente lors de cette réunion les demandes formulées chaque matin par le Centre d'Accueil Psychiatrique (CAP) du CHU de Nice transmises par Fax. Le C2A dispose d'un accès en lecture sur le logiciel support du DPI au CAP permettant de compléter éventuellement les informations transmises par ce service d'urgence.

Une vigilance particulière est portée à l'évaluation somatique qui a pu être faite en amont. Lors de cette réunion il est décidé sur dossier d'une première orientation des patients vers un des Pôles de Psychiatrie Générale (PPG). Lors de l'arrivée sur site, le patient est reçu au C2A par un infirmier d'accueil (IAC) qui actualise les données établies en amont de l'admission. Il renseigne une check liste d'admission qui comprend en particulier une évaluation du risque suicidaire. L'IAC accompagne ensuite le patient dans l'unité d'accueil après accord du psychiatre de cette unité. Il peut être faire appel au médecin somaticien ou au psychiatre si une intervention dans les locaux du C2A apparaît nécessaire.

En dehors des heures de fonctionnement du C2A (8h00 - 18h00), les patients dont l'admission a été validée sont reçus directement dans l'unité d'accueil.

Les accueils dans les unités spécialisées de l'USIP ou du SIPAD se font directement sans passage au C2A selon des modalités d'analyse des demandes avec un accueil particulier à ces parcours spécifiques.

Lors de son arrivée dans l'unité d'accueil, le patient est systématiquement examiné par un psychiatre de l'unité et par un médecin somaticien pour assurer sans délai l'évaluation initiale de l'état psychique et somatique. Ces informations sont tracées dans le DPI.

L'équipe soignante réalise le recueil des informations sur la personne à prévenir, la personne de confiance. Un inventaire des objets personnels est réalisé. Les objets de valeur sont déposés dans des enveloppes sécurisées conservées au niveau de l'administration. L'inventaire est réalisé en présence de deux soignants qui signent avec le patient la feuille d'inventaire.

A l'occasion de la visite, il a pu être constaté que les informations relatives à la continuité de la prise en charge sont régulièrement tracées dans le DPI par l'ensemble des intervenants à l'occasion des rencontres des soignants avec le patient ou lors des réunions de synthèse hebdomadaire.

La prise en charge des patients présentant des troubles addictifs associés à une comorbidité psychiatrique non stabilisée peut être réalisée dans chacune des unités de psychiatrie générale avec l'appui transversal de l'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) et du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) intra hospitalier.

La prise en charge du sujet âgé est portée en hospitalisation à temps complet par deux unités de soins à vocation intersectorielle d'un des pôles de psychiatrie générale. Chacune de ces unités dispose d'une chambre de mise en œuvre de soins particuliers.

Une équipe mobile de psychogériatrie est implantée dans la ville pour la mise en œuvre d'une consultation mémoire, d'un hôpital de jour. L'équipe peut se déplacer à domicile si nécessaire. Elle réalise des Téléstaff en lien avec les EHPAD du moyen et haut pays Niçois.

L'évaluation du risque suicidaire est effective dans l'ensemble des unités. La formalisation structurée de cette évaluation à partir de l'échelle RUD est en cours de déploiement dans l'établissement.

A l'occasion des patients traceurs réalisés en visite, il a pu être vérifié la mise en œuvre de la traçabilité des informations relatives à la continuité des soins et au projet de soins. Cela a été confirmé également lors des échanges avec les professionnels dans les unités. A l'occasion de sondage dans les dossiers, il a été constaté que la périodicité hebdomadaire de l'évaluation médicale des patients est effective.

Sur le plan somatique une attention particulière est portée à la surveillance électrocardiographique de l'espace Qt chez les patients sous traitement neuroleptique ou antidépresseur, compte tenu de leurs effets secondaires potentiels. Il en est de même pour la surveillance du transit au regard du risque d'occlusion intestinale.

La détermination de l'Indice de Masse Corporel est effectuée à l'admission et suivie régulièrement selon une périodicité mensuelle.

Les temps de synthèse de la prise en charge sont tracés de manière encore hétérogène selon les unités. L'établissement doit déployer prochainement une démarche de cibles particulières dans le plan de soins personnalisé. Il vient d'être mis en place une macro-cible entrée et sortie.

Cependant, à ce jour, la lettre de liaison n'est pas systématiquement remise au patient lors de la sortie. Lors de la visite il a été constaté que l'établissement avait mis en place récemment les moyens d'établir la lettre de liaison à partir du logiciel DPI. Mais la mise en œuvre de cette disposition reste très variable selon les unités.

Par ailleurs le suivi par l'établissement en 2017 de l'indicateur de délai d'envoi du courrier d'hospitalisation mentionne un taux de conformité de niveau C. Cette situation fait peser un risque sur la continuité de la prise en charge du patient. Le risque a été identifié par l'établissement et doit faire l'objet d'un plan d'action qui n'est pas encore établi à ce jour

L'organisation du pôle de psychopathologie de la crise permet de mettre en œuvre des parcours de soins spécifiques reconnus au plan régional pour des populations sensibles.

Les adolescents présentant des troubles importants du comportement peuvent être accueillis au SIPAD. Le processus d'admission et d'hospitalisation est structuré en lien avec les familles, les partenaires institutionnels et judiciaires. Le projet de soins personnalisé dans l'unité SIPAD est particulièrement structuré.

L'USIP répond à des parcours de soins pour des patients adultes en crise dont l'importance des troubles dépasse les capacités des unités conventionnels. Cette unité au sein de ce pôle travaille en coordination

avec le SMPR pour accueillir les patients détenus nécessitant une hospitalisation à temps complet, dont l'état de santé ne relève pas d'une UMD ou d'une UHSA. L'établissement s'est engagé dans une procédure de labellisation de cette unité.

Le SMPR soutient, dans un environnement complexe, des parcours de soins spécifiques pour les détenus. Les activités de CMP, d'hôpital de jour, de CSAPA, de CATTP et d'art thérapie déployées au sein du SMPR permettent d'apporter une réponse diversifiée aux besoins particuliers des patients dans l'univers carcéral. Les professionnels de cette unité mettent en œuvre des actions de prise en charge et de prévention, en relation étroite avec l'administration pénitentiaire. Ils font preuve d'une grande vigilance pour garantir aux détenus le respect de la confidentialité vis-à-vis de cette administration. Ils travaillent en relation étroite avec l'Unité Sanitaire portée par le CHU de Nice, co-localisée au sein de la maison d'arrêt.

Les différents temps du détenu dans son parcours judiciaire se redoublent d'un parcours de soin qui, au-delà de l'évaluation initiale réglementaire, peut être mis en œuvre tout au long de la détention dans le respect du libre choix du détenu de s'engager dans les soins. Une grande vigilance est portée à l'évaluation et à la prise en charge du risque suicidaire. Dans cet environnement, on peut souligner la possibilité de mise à disposition aux détenus étrangers d'un lexique traduit en plusieurs langues visant à favoriser leurs échanges dans leur environnement. Une plaquette d'information sur le SMPR et un livret d'accueil spécifique à l'hôpital de jour de cette unité sont remis aux patients détenus. Cela rend compte de l'engagement de cette équipe dans la démarche de bientraitance.

Le pôle de réhabilitation psychosociale vient apporter des ressources transversales avec deux ateliers thérapeutiques (Atelier Thérapeutique Agricole et Atelier Thérapeutique Polyvalent) pour enrichir le parcours patient d'activités manuelles et d'interactions sociales. Les patients qui entrent dans ce dispositif peuvent bénéficier d'un accueil en hospitalisation de nuit dans le CHSM. Le travail de ces structures est fortement articulé avec les ESAT des départements.

Ce pôle met en œuvre un parcours spécifique pour les patients autiste adulte en hospitalisation à temps complet et en hôpital de jour. Le travail de la clinique des autistes s'effectue en partenariat étroit avec la MDPH, les structures médico-sociales du territoire et les familles. Il a un recrutement départemental.

Le Département d'Entraînement à l'Autonomie (DEA) est une structure spécialisée pour conduire deux types de parcours patient. Le premier s'adresse à des patients jeunes dont la maladie a gravement altéré leur capacité à construire un projet de vie. Il a pour objectif de construire les conditions d'une resocialisation. Le second s'adresse à des patients présentant un handicap important et des troubles particulièrement résistants. Cette deuxième unité a vocation à disparaître au fur et à mesure de la construction pour ces derniers de projets de vie adaptés au sein du territoire qui ne relèvent pas spécifiquement d'une hospitalisation.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CHSM a mis en place un recueil systématique d'indicateurs pour l'évaluation du parcours patient. Les indicateurs transversaux mesurés au niveau établissement relèvent de la continuité de la mesure des indicateurs IQSS, Hôpital Numérique ou encore des chutes. Les indicateurs issus des autoévaluations conduites dans les unités fonctionnelles concernent le dossier patient, la vérification du chariot d'urgence, les troubles nutritionnels ou encore la consommation de solutions hydroalcooliques.

Cependant, le dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs, n'est pas suffisamment formalisé. En effet, au jour de la visite, l'établissement n'a pas mis en place un dispositif structuré propre à l'évaluation du parcours patient.

Ces évaluations ne portent pas sur l'ensemble de la thématique et sur tous les services. A titre d'exemple, la conformité de la tenue du dossier patient n'est pas évaluée dans les unités extra hospitalières. On peut citer encore l'absence de structuration de l'évaluation de la mise en œuvre effective de la lettre de liaison à J0.

## A / AGIR

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

L'évolution de la criticité résiduelle des risques inscrits au compte qualités relatifs au processus parcours patient rend compte de l'impact d'amélioration des plans d'actions mis en œuvre.

La structuration à venir du dispositif d'évaluation propre au parcours patient devrait permettre de favoriser la mise en place de nouveaux plans d'action au plus près des besoins.

La recommandation de la visite V2010 relative à la détection des troubles nutritionnels a été prise en compte par l'établissement. Elle a fait l'objet d'un plan de suivi particulier. Les évaluations au cours de l'année 2017 et 2018 permettent de mesurer l'amélioration des relevés de poids et de calcul de l'IMC dans les unités.

Les attentes de conformité de l'imagerie médicale du CHSM, mentionnées dans le rapport de visite V 2010, ont été prises en compte. Elles ont fait l'objet de différents rapports de vérifications réglementaires en dates du 2 février 2016, du 17 mars 2016 et du 3 juin 2016. Les procédures de réalisation des examens d'imagerie et le guide d'activité radiologique ont été réactualisés en 2018.

Le CHSM déploie une communication institutionnelle importante pour faire connaître sur le territoire la diversité des parcours de soins qu'il soutient. En interne, le service qualité gestion assure une diffusion régulière des documents actualisés concernant la mise en œuvre du processus parcours patient.

Les référents qualité de chaque unité relayent la diffusion des informations des groupes de travail auxquels ils sont associés.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>La lettre de liaison n'est pas systématiquement remise au patient lors de la sortie</p> <p>Lors de la visite il a été constaté que l'établissement avait mis en place récemment les moyens d'établir la lettre de liaison à partir du logiciel DPI. Mais à ce jour la mise en œuvre de cette disposition reste très variable selon les unités.</p> <p>Par ailleurs le suivi par l'établissement en 2017 de l'indicateur de délai d'envoi du courrier d'hospitalisation mentionne un taux de conformité de niveau C.</p> <p>Cette situation fait peser un risque sur la continuité de la prise en charge du patient</p> <p>Le risque a été identifié par l'établissement et doit faire l'objet d'un plan d'action qui n'est pas encore établi à ce jour</p>	18a
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	<p>Le dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs n'est pas formalisé.</p> <p>Au jour de la visite, l'établissement n'a pas mis en place un dispositif structuré propre à l'évaluation du parcours patient. Les indicateurs transversaux mesurés au niveau établissement relèvent de la continuité de la mesure des indicateurs IQSS, Hôpital Numérique ou encore des chutes. Les indicateurs issus des autoévaluation conduites dans les unités fonctionnelles concernent le dossier patient, la vérification du chariot d'urgence, les troubles nutritionnels ou encore la consommation de solutions hydroalcooliques.</p> <p>Ces évaluations ne portent pas sur l'ensemble de la thématique et sur tous les services. A titre d'exemple, la conformité de la tenue du dossier patient n'est pas évaluée dans les unités extra hospitalières. On peut citer encore l'absence de structuration de l'évaluation de la mise en œuvre effective de la lettre de liaison à J0.</p>	2e

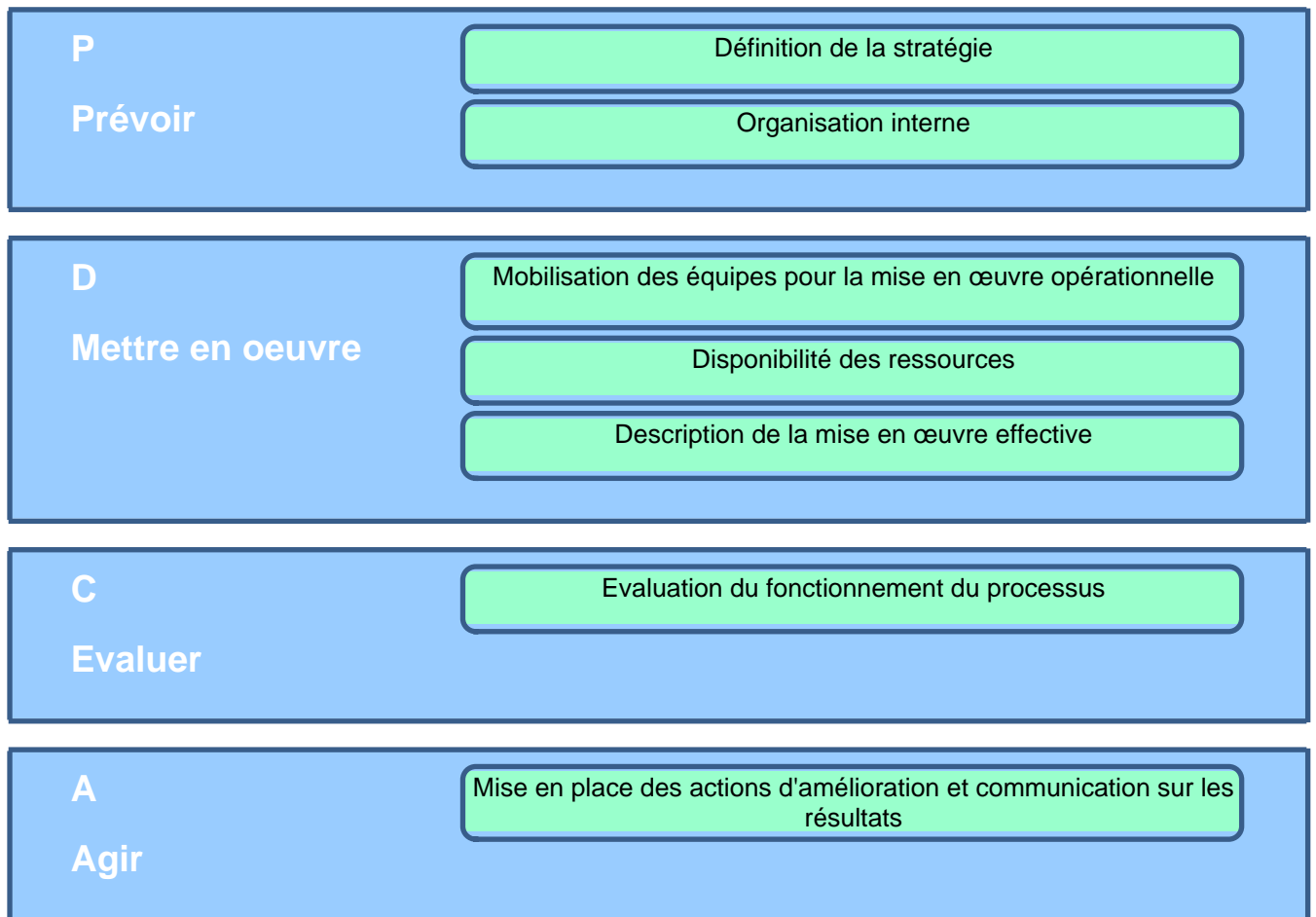
# DOSSIER PATIENT

## 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**

Plusieurs documents institutionnels définissent la stratégie du Dossier patient de l'établissement :

1°) le projet d'établissement institutionnel 2018-2022, validé par la CME (en mars 2018), et le Conseil Associatif de Surveillance (également en mars 2018), qui prévoit de poursuivre l'informatisation du dossier patient, d'ouvrir le Système d'Information Hospitalier sur l'extérieur, de satisfaire aux exigences d'Hôpital Numérique,

2°) le projet de soins inclus dans le projet d'établissement (Chapitre 3), lequel précise les actions nécessaires à mettre en place pour assurer la continuité de l'information, et notamment par la formation et l'utilisation des transmissions ciblées, l'amélioration de la qualité et l'exhaustivité dans les transmissions soignantes,

3°) la politique du dossier patient révisée en novembre 2018, et validée par la CME (novembre 2018), comprenant 4 thématiques : création, tenue et actualisation par l'ensemble des professionnels, gestion et circulation de l'information dans le respect des règles de confidentialité et archivage. Les objectifs stratégiques sont détaillés, ainsi que les engagements de la direction, de la CME, de la QGDR et des pôles de soins, les enjeux du dossier, les objectifs opérationnels, dont la poursuite de l'objectif de 100 % numérique, les responsabilités et les documents de référence. Des évaluations sont prévues : indicateurs de tenue du dossier patient, élaboration des comptes-rendus de la CDU, indicateurs Hôpital Numérique et rapport d'activité annuel de l'archivage médical.

L'ensemble de ces politiques sont disponibles sur intranet.

Est présent également dans le PAQSS institutionnel, un paragraphe H intitulé : « Développer la culture qualité et sécurité des soins », lequel prévoit la mise en place d'une plateforme informatique centralisant le recueil d'indicateurs et permettant un suivi instantané des résultats et leur progression.

Une cartographie des risques a été réalisée par le service qualité, en lien avec les professionnels concernés. 5 risques ont été identifiés, repris dans le compte qualité.

L'établissement a utilisé pour ce faire les indicateurs IQSS PSY, des indicateurs nationaux et régionaux en lien avec la thématique : délai d'accès au dossier patient, Hôpital numérique, des indicateurs internes de tenue du dossier patient, ainsi que le nombre de demandes d'accès au dossier patient.

Deux autres risques ont été ajoutées par le groupe de travail Dossier patient, créé en juin 2018. Le compte qualité a été ensuite validé par les instances, dont le Conseil Associatif de Surveillance (CAS), en mai 2018.

Les risques ont été identifiés en utilisant la méthode HAS (FXGX maîtrise), et des actions ont été proposés en regard. Les actions sont intégrées au PAQSS de l'établissement.

Un plan d'actions a également formalisé par le groupe Dossier Patient, validé par la CME en juin 2018. La plupart d'entre elles sont intégrées dans le PAQSS de l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

Deux pilotes ont été désignés pour animer et gérer ce processus : le médecin DIM pilote, chargé de l'animation du groupe Dossier patient, et le Directeur des soins, chargé de la qualité des dossiers soignants. Les deux pilotes disposaient de fiches de mission, communes à l'ensemble des pilotes des différents processus. Un groupe de travail Dossier patient est également en place (depuis juin 2018), et comprend, outre les pilotes, des médecins, des cadres supérieurs de santé, des représentants du DIM, la responsable de la gestion administrative des patients, la responsable qualité, .... Ce groupe s'est réuni 4 fois depuis le mois de juin. Il remplacera à terme l'ancien collègue DIM qui a cessé ses activités depuis 2017.

Une commission identitovigilance est également en place, et s'assure des bonnes pratiques relatives à la bonne identification des patients. Un référent sécurité du système d'information complète le dispositif de sécurisation des données. Il est désigné au niveau du groupe (5 établissements sanitaires concernés). Un conseiller à la sécurité est également désigné au sein de l'établissement (responsable informatique), avec dorénavant un temps partagé - 40 % de son temps - sur des missions sécurité au nouveau du groupe.

Suite aux résultats d'un audit (circuit du médicament du 6 au 8 novembre 2017) qui pointait des dysfonctionnements liés à un manque de formation (personnels infirmiers non formés au logiciel, notamment les nouveaux embauchés), l'établissement a engagé une politique de formation volontariste.

Ainsi, les formations « dossier » sont dorénavant obligatoires.

De nombreuses règles de gestion du dossier patient sont formalisées sous forme de procédures, protocoles ou de conduites à tenir.

Les habilitations des professionnels au dossier du patient sont définies en fonction de leur profil (mot de passe individuel modifié tous les 6 mois).

Une procédure dégradée du système d'information est également formalisée, organisant la continuité de l'activité en cas d'impossibilité d'accès au dossier patient informatisé.

L'ensemble de ces documents sont accessibles aux professionnels (sur l'intranet).

Un système de communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants en temps utile est défini (dossier informatique partagé et transmission opérationnelle d'information aux correspondants externes). L'accès aux dossiers patients est organisée.

La sécurité du système d'information est organisée (responsable sécurité informatique au niveau du groupe, responsable sécurité local, serveurs protégés, locaux informatiques adaptés et sécurisés, équipements informatiques sécurisés avec notamment la désactivation des ports USB, présence de Firewall, charte du système d'information, ...), avec de nombreux tests d'intrusion réalisés. Les préconisations ministérielles quant à la sécurité du système d'information sont suivies. Un numéro de téléphone unique permet de recevoir les appels des services, de 8h30 à 17h30. Il n'y a pas d'astreinte informatique officiel mais les professionnels répondent en cas de besoin au téléphone les jours fériés et dimanches (appels très peu fréquents).

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Le management des secteurs d'activité (médical, soignant et administratif), s'est saisi des enjeux liés au dossier du patient. Ainsi, des campagnes d'évaluation récurrente (2 dossiers tirés au sort chaque mois dans chaque service), permettent aux cadres de s'assurer des bonnes pratiques auprès de leurs agents. Des réunions organisées par la Direction des soins permettent également d'aborder cette thématique, et le groupe de travail Dossier patient récemment créé permet identiquement de mobiliser les équipes en proposant des actions à mettre en place (mise en œuvre des transmissions ciblées, traçabilité des informations, ...).

Les réunions pluridisciplinaires hebdomadaires permettent en outre d'aborder cette thématique, avec l'appui si besoin des cadres supérieurs de pôle. La CME est également un acteur fort pour mobiliser les praticiens et l'institution, en validant notamment l'ensemble des procédures relatives au dossier patient. Des audits patients traceurs à blanc (une quinzaine au jour de la visite), permettent également de mettre en œuvre des actions correctives.

Les équipes sont également mobilisées pour mettre en place des actions correctives si besoin (amélioration de la traçabilité, recherche d'information – personne de confiance ou à prévenir, ...). Des indicateurs dossier sont disponibles dans chaque service, en regard des audits mensuels réalisés. Des synthèses annuelles sont présentées par la Direction des soins lors des réunions d'encadrement. Enfin, l'établissement s'assure de la mobilisation et de la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus dossier, et notamment grâce à la création récente d'un groupe de travail Dossier patient où siègent, autour du médecin DIM, des professionnels médicaux, soignants, et administratifs.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les formations dispensées et l'appui du service DIM (hotline), permettent aux professionnels d'utiliser le dossier patient informatisé de façon optimale.

Ce sont ainsi 70 professionnels (sur 1.000), qui ont ainsi été formés en 2018, 68 nouveaux embauchés et 2 anciens agents en recyclage (dont 38 personnels infirmiers, 17 Aides-soignants, 5 médecins, 7 assistantes sociales). D'autres formations sont d'ores et déjà prévues en 2019 pour des professionnels récemment recrutés. Les formations initiales pour les personnels infirmiers sont organisées sur une journée, une demi-journée pour les autres professionnels. Ces formations sont dispensées par des agents du Département d'information médicale. Des formations sont également proposées aux internes chaque semestre. Des supports de formation sont fournis lors des formations et également disponibles sur l'intranet. D'autres formations sont proposées ponctuellement, comme l'intégration des photos de patients dans le dossier patient. En cas de formation différée dans le temps, un temps de titilage permet d'obtenir les informations nécessaires pour utiliser le logiciel mis à disposition.

Les professionnels disposent également de guides, protocoles ou autres procédures :

- Règles de tenue du dossier patient : V3 de novembre 2018, validées par la CME, comportant l'ensemble des attendus incluant entre autre un item concernant les documents à scanner dans les onglets des courriers entrants,
- Conduite à tenir en cas d'indisponibilité du système d'information, V2 de novembre 2018, validée par la CME en novembre 2018,

- Procédure de versement de documents dans le DMP d'un patient (V1 de juillet 2017), règles d'archivages, ...).

Une charte d'accès et d'usage du système d'information est également formalisée (V4 d'octobre 2018).

Les règles de tenue et d'accès au dossier patient sont accessibles et des documents d'information sont mis à disposition des patients :

- Procédure de communication du dossier au patient, à son représentant ou à son ayant droit, V2 validée par la CME en novembre 2018,



- Mandat et demande d'accès au dossier médical V1 et V2 d'aout 2016.

Les patients sont informés de leurs droits d'accès dans le livret d'accueil, ou par affichage, charte de la personne hospitalisée, et une organisation est en place pour les transmettre (réception par la Direction, traitement par responsable du service de gestion administrative du patient, transmission par les secrétariats des services médicaux et retour d'information vers le service de gestion administrative du patient).

Les équipements en matériel informatique à disposition (ordinateurs fixes dans les services), permettent à l'ensemble des professionnels d'y accéder (médicaux comme soignants, administratifs comme techniques). Il y a en effet entre 3 à 5 équipements informatiques par service de soins, et près de 600 sur la totalité de l'établissement. Des copieurs numériseurs sont en place dans les unités, intra comme extra, permettant entre autre de scanner des documents papiers dans le dossier informatisé. Des dossiers papier existent parallèlement au logiciel informatique en place. Ils sont pour la plupart d'entre eux stockés dans les bureaux de médecin ou dans les salles de soins. Des check-list sont en place et permettent aux services de recueillir les éléments d'information les plus importants. Une check-list spécifique est en place au C2A. Les ressources documentaires sont disponibles sur un intranet simple d'utilisation (recherche par mots clés).

Les locaux d'archivage (trois principaux en intra et spécifiques pour chaque structure externe), et l'organisation mise en place permettent la plupart du temps d'assurer la conservation, l'accessibilité 24h/24, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations.

Cependant, un local d'archives extérieur à l'établissement ne permet pas d'assurer la conservation, l'intégrité et la préservation des la confidentialité des informations. En effet, le local d'archivage des dossiers HAD/CMP Rembrandt (infra territoire Est de la ville de Nice), situé dans une cave d'un immeuble collectif, ne permet pas d'assurer une sécurité des dossiers, la porte en bois ajouré ne le permettant pas (cartons d'archives visibles de l'extérieur). A noter également l'absence de détection incendie. Après la visite, l'établissement s'est engagé a faire le transfert vers les archives centralisées de l'établissement en janvier 2019 sous le contrôle de l'archiviste.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient, notamment du fait de l'informatisation quasi-totale du dossier patient (96 à 97 %), ce que confirment la rencontre avec les patients traceurs, l'investigation sur le terrain et le score indiqué sur Hôpital Numérique. A noter que l'ensemble des services de l'établissement, que ce soit en intra ou en extra hospitalier, dispose du même logiciel métier, y compris au service médico-psychologique régional (SMPR), où il a pu être constaté que les professionnels de santé de cette unité disposaient de l'ensemble des fonctionnalités de la solution logicielle de l'établissement, permettant de tracer l'ensemble des activités à l'exception de la prescription médicamenteuse (dossier utilisé par le CHU de Nice).

S'agissant du dossier informatique patient, toutes les informations nécessaires à la prise en charge des patients sont disponibles : fiche information patient, certificats légaux, examen, initial, diagnostics, observation/suivi, observation somatique, projet thérapeutique, prescriptions médicales, mesure d'isolement et suivi, suivi douleur, IMC, ... A noter la grande satisfaction des professionnels rencontrés quant à l'utilisation de ce logiciel métier. Un dossier papier est également en place, contenant certains documents non informatisés mais la plupart du temps scannés : fiche de liaison IDE, ECG (avec un compte-rendu intégré mais pas le tracé), dossier du CAP (CHU), examen de labo, courrier de l'extérieur, fiche inventaire, informations soins sans consentement, certificat initial, 24h et 72h00, décision de justice, recueil des directives anticipées des patients, ...

Le dossier évolue au fil des ans, avec la mise en œuvre récente (septembre 2018), de transmissions ciblées. La cible « comportement » est d'ores et déjà en place, ainsi qu'un plan de soins, des macro cibles d'entrée et de sortie. Le dossier administratif est également informatisé, avec une interface existante entre dossier administratif et dossier patient informatisé.

Afin de s'assurer des règles de confidentialité, chaque professionnel dispose d'un mot de passe pour ouvrir sa session (mot de passe changé tous les 6 mois) : médecins, IDE, AS, psychologue, assistante sociale, animateurs, qui disposent d'onglets spécifiques au regard des autorisations données : médecin : onglet administratif, observations, soins intensifs psychiatriques, accès séjour, correspondance, prescriptions, journaux, encadrement, cadre et personnels infirmiers : administratif, observations, chambre d'isolement (tracée avec surveillance horaire et prescriptions médicales), suivi de prescriptions, diagnostic principal + IMC, douleur, projet thérapeutique, avec synthèse hebdo et relevé de synthèse, contention (pas de contention si besoin), ... La confidentialité est également assurée du fait de la dévalidation de la session par les professionnels dès qu'ils n'ont plus besoin d'utiliser le logiciel, ou par la déconnexion automatique dans le cas d'un oubli (5 minutes). Les événements indésirables liés au dossier du patient peuvent être le cas échéant déclarés via des fiches d'évènements indésirables.

En cas d'inaccessibilité du dossier informatisé, l'établissement a mis en place une organisation garantissant la continuité des activités (Conduite à tenir version 2 novembre 2018). Ainsi, un ordinateur protégé (poste de consultation de secours lui-même secouru par un onduleur), est positionné dans le bureau des cadres de garde. En cas d'inaccessibilité du logiciel supérieur à 4h00, une impression des données des patients est possible (avec les informations à jour à J-1), dont les prescriptions (qui sont aussi imprimées 2 à 3 fois par jour par les services de soins). Des dossiers papier « PRA », sont imprimés et disponibles auprès de la responsable des archives. Ils contiennent : 1 cahier de saisie des observations médicales, 1 fiche administrative, 1 feuille de mouvement, 1 feuille d'inventaire, 1 support de prescription des traitements psychiatriques, des traitements somatiques et un support de l'administration des traitements. Ils seront en cas de besoin apportés dans les services. Les structures extérieures disposent quant à elles de 2 exemplaires.

L'accès au dossier des patients est organisé. Le nombre de dossiers demandés s'élève à 53 en 2017. Ils sont demandés par les patients ou leurs ayants-droits. Des refus peuvent être opposés (par exemple pour non production des pièces d'identité, pour opposition de la personne décédée aux ayants-droits, pas de suites données du patient après les premiers contacts avec l'établissement). Cependant, l'accès du patient à son dossier n'est pas assuré dans les délais définis par la réglementation. En effet, les données fournies par l'établissement sont les suivantes : accès du patient à son dossier pour les dossiers de moins de 5 ans : 9,5 jours au premier semestre 2018 (14 jours en 2017 et 12 jours en 2016), au lieu des 8 jours réglementaires. Pour les dossiers de plus de 5 ans, les délais sont respectés. A noter que ce point d'amélioration a été proposé par les représentants des usagers dans le dernier rapport de la CDU.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement recueille l'indicateur « tenue du dossier patient » et a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation. Ainsi, en complément des IQSS (campagne réalisée de façon facultative en 2018 sur les dossiers 2017), 2 dossiers sont tirés chaque mois au sort par unité (depuis 2013), sur la base des critères IQSS pour lesquels les résultats de l'établissement ont été les moins satisfaisants, comme par exemple la recherche de la personne de confiance, la recherche de la mesure de protection judiciaire et l'information du patient en SSC sur les modalités de soins. D'autres thématiques sont recherchées à cette occasion : traçabilité de la douleur et tenue du chariot d'urgence. L'établissement a également mis en place des patients traceurs à blanc (14). Les indicateurs Hôpital numérique sont également recueillis et suivis, tout comme des indicateurs qualité du dossier patient (codage PMSI). La formalisation d'un rapport d'activité de l'archivage médical contribue également à l'évaluation du processus. Le suivi des délais d'accès du patient à son dossier est assuré de façon semestrielle par le service qualité gestion des risques, et annuellement devant la Commission des usagers (CDU). Un tableau de bord de suivi des demandes de dossiers médicaux est également présent. Cependant, l'évaluation de la gestion du dossier des patients des services extérieurs à l'établissement n'est pas réalisée. En effet, il n'existe pas à ce jour d'évaluation de dossiers des services extra-hospitalier de l'établissement (HAD, Hôpitaux de jour, CMP, SMPR, ...).

## A / AGIR

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

De nombreuses actions d'amélioration ont été mises en place suite à la formalisation du compte qualité. Ainsi, lors de la visite, sur les 7 actions proposées, 1 était finalisée (mise à disposition du « terminal urgence », dossier patient utilisé par les personnels aux urgences de Pasteur et au CAP), les autres étant récurrentes comme par exemple « poursuivre l'informatisation du dossier patient en scannant de façon systématique les éléments papier du dossier, poursuivre les audits patients traceurs, poursuite des formations au logiciel dossier, ... ». D'autres actions ont été mises en place suite aux diverses évaluations menées et indicateurs suivis. Il peut être cité notamment des actions concernant la mise en place de nouveaux modules isolement et contention dans le logiciel métier, l'intégration des photos dans le dossier, la mise en place des transmissions ciblées, amélioration de la production des lettres de liaison, ou la création d'une check-list d'accueil dans les unités, ... A noter également l'existence d'un plan d'actions « Dossier patient », suivi par le groupe de travail ad hoc. D'autres actions peuvent être engagées suite à la réalisation de patients traceurs à blanc ou des IQSS suivis, comme par exemple « améliorer le délai d'accès au dossier patient ». Lors de l'examen par les équipes de soins des indicateurs mensuels Dossier tirés au sort par les unités, des actions peuvent là encore être décidées en cas de résultats non conformes (par exemple amélioration de la mention de la protection judiciaire par des rencontres avec les assistances sociales, amélioration de la traçabilité des diagnostics par des rencontres médecin chef de pôle, médecins de service ou internes, amélioration de la traçabilité de la personne de confiance par des rappels aux équipes infirmières,...). Les professionnels sont informés des actions mises en œuvre notamment lors des réunions de service ou lors des réunions direction des soins encadrement ou par des

affichages (en forme de fleurs type rosace) et sur la gestion documentaire. La commission des usagers est informée lors du bilan annuel du nombre de dossiers demandés par les patients et leur famille ainsi que des délais d'obtention. Les usagers sont quant à eux informés des résultats des IQSS par affichage, notamment dans le hall d'entrée. Enfin, un point sur les actions en place est réalisé lors de la réunion des instances (CME, COPIL qualité, CDU, ...), ou autres groupes de qualité (groupe de travail dossier, COPIL transmissions ciblées, ...).

### c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	Un local d'archives extérieur à l'établissement ne permet pas d'assurer la conservation, l'intégrité et la préservation des la confidentialité des informations. Le local d'archivage des dossiers HAD/CMP Rembrandt (infra territoire Est de la ville de Nice), situé dans une cave d'un immeuble collectif, ne permet pas d'assurer une sécurité des dossiers, la porte en bois ajouré ne le permettant pas (cartons d'archives visibles de l'extérieur). A noter également l'absence de détection incendie.	14a
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	L'accès du patient à son dossier n'est pas assuré dans les délais définis par la réglementation. Les données fournies par l'établissement sont les suivants : accès du patient à son dossier pour les dossiers de moins de 5 ans : 9,5 jours au premier semestre 2018 (14 jours en 2017 et 12 jours en 2016), au lieu des 8 jours réglementaires. Pour les dossiers de plus de 5 ans, les délais sont respectés. A noter que ce point d'amélioration a été proposé par les représentants des usagers dans le dernier rapport de la CDU.	14b
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'évaluation de la gestion du dossier des patients des services extérieurs à l'établissement n'est pas réalisée. Il n'existe pas à ce jour d'évaluation de dossiers des services extra-hospitalier de l'établissement (HAD, Hôpitaux de jour, CMP, SMPR, ...).	14a

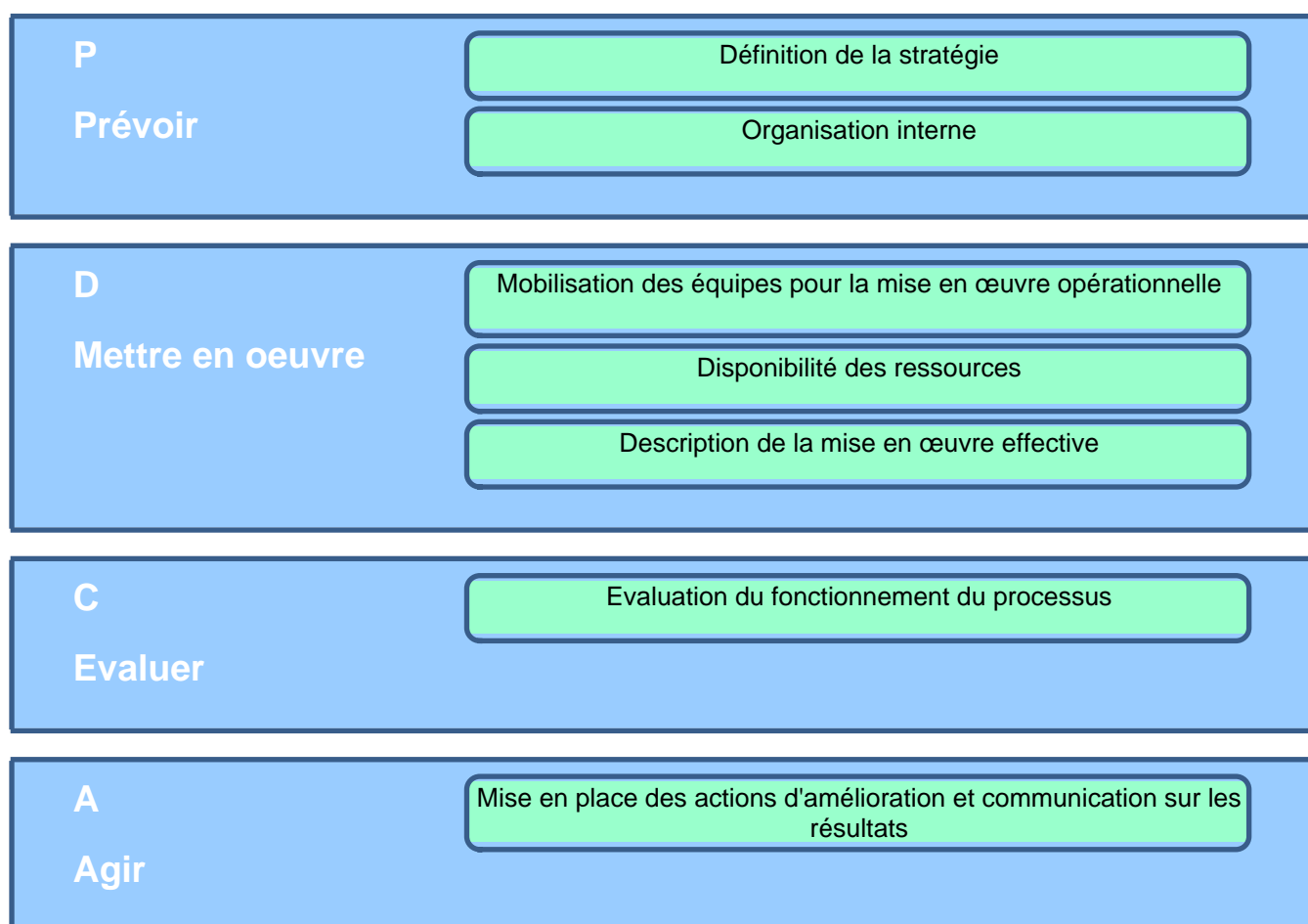
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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**

Dans le projet d'établissement 2018-2023 est intégré un projet pharmacie qui comprend 5 axes:

- Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit
- Développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau
- Achats et référencement
- Formation, information de l'équipe pharmacie
- Qualité, gestion des risques, vigilance

La révision de la politique de la prise en charge médicamenteuse a été validée en CME le 19 novembre 2018 et un manuel qualité a été mis à jour en août 2017. Le centre hospitalier Sainte Marie accueille des personnes âgées, notamment dans 2 unités (Sainte Madeleine et Saint Damien). Dans la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse révisée en octobre 2018, il est fait mention d'un objectif "développer les bonnes pratiques de prescription pour les populations à risques, notamment chez le patient âgé". Cet objectif a donné lieu à une présentation d'une proposition de document présenté au Comedims le 10 octobre 2018. L'établissement est signataire d'un CAQES en date du 21 décembre 2017. Une cartographie des risques a été initiée en 2015 à l'aide de l'outil Archimed. Depuis, l'identification des risques a été actualisée de façon collégiale dans chaque service en s'appuyant sur les risques a posteriori et les résultats des évaluations. Ces risques ont été évalués selon les échelles à 5 niveaux de la HAS (gravité, fréquence et maîtrise). Six risques ont été identifiés dans le compte qualité, ils font l'objet de plans d'actions intégrés dans le PAQSS institutionnel.

**ORGANISATION INTERNE**

Le centre hospitalier Saint Marie a établi une organisation pour piloter le processus. Les deux pharmaciens sont assistés dans cette tâche par les deux responsables du management de la qualité de la prise en charge, deux médecins un somaticien et un psychiatre. Ce pilotage s'appuie sur un réseau d'infirmiers référents du circuit du médicament dans chaque unité de soins. Les rôles et responsabilités des professionnels concernés sont identifiés et formalisés dans des fiches de mission. Au regard de ses missions et risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, nécessaires à l'atteinte des objectifs. L'équipe de la PUI est constituée de 2 pharmaciens et de 4.5 ETP de préparateurs. La PUI est ouverte de 8h30 à 17h00. En dehors de ces horaires, la permanence pharmaceutique est organisée. Chaque unité possède une dotation spécifique, les professionnels ont accès à ses différentes dotations en cas de besoin. En l'absence du médicament recherché, une armoire de recours sécurisée est accessible par le cadre de permanence. Un recours à une pharmacie de ville ouverte 24h/24 est organisé et procéduré. La dispensation nominative des médicaments est engagée et effective sur les 2 unités d'hospitalisation de patients autistes. Pour ce qui concerne les ressources matérielles, l'établissement a procédé à l'informatisation complète de la prise en charge médicamenteuse. Cette informatisation est confirmée par les indicateurs d'hôpital numérique. Le logiciel DPI de l'établissement intègre le volet pharmaceutique. En matière de ressources documentaires, l'établissement est organisé sous la forme d'une gestion électronique des documents (GED). Ce dispositif intègre le manuel qualité et l'ensemble des procédures et protocoles inhérents au circuit du médicament. Les protocoles relatifs aux bonnes pratiques de préparation et d'administration des médicaments, à la gestion des traitements personnels, à la préparation et l'administration des médicaments à la clinique des autistes, aux bonnes pratiques de préparation et d'administration des injectables, à la dispensation Journalière Individuelle Nominative DJIN ont été révisés en novembre 2018. La liste des médicaments à risque a été élaborée ainsi que la liste des médicaments à suivi prioritaire. En ce qui concerne la dispensation nominative individuelle, celle ci fait l'objet d'un double contrôle. Le recueil et le traitement des erreurs médicamenteuses est organisé via le système de déclaration des événements indésirables. Un document réactualisé en novembre 2018 décrit l'organisation permettant de repérer, signaler et analyser les erreurs médicamenteuses et risques d'erreurs médicamenteuses afin de mettre en place des mesures préventives et correctives. Cependant, des actions de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses ne sont pas menées de façon régulière et périodique. Il ne figure pas aux plans de formation 2018/2017/2016 d'actions de formation à destination des professionnels de santé sur le circuit du médicament et la prévention des erreurs médicamenteuses. Une formation sur la thématique des risques d'erreurs médicamenteuses a été réalisée en décembre 2018 par l'ARS pour 5 professionnels. Concernant l'année 2019, plusieurs sessions de formation sont proposées aux soignants. Un axe du CAQES à l'échéance prévue de mars 2018 était d'organiser des actions de sensibilisation et de formation professionnelle aux risques d'erreurs médicamenteuses. Un diaporama sur les erreurs médicamenteuses a été présenté en réunion référents pharmacie en novembre 2018 ainsi qu'à la semaine « sécurité du patient » en 2018. Une sensibilisation des IDE, et du médecin coordonnateur est réalisée lors de chaque CREX. L'information des patients sur le bon usage des médicaments n'est pas totalement organisée sur le plan institutionnel. Il n'existe pas d'organisation structurée visant à informer les patients sur le bon usage des médicaments, les supports d'information sont diversement distribués selon les unités et selon les

réfèrents pharmacie qui en ont la charge. L'établissement lors de la visite n'avait pas identifié ce risque et n'avait pas établi de plan d'actions. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activités. Le système d'information permet la coordination et la continuité des interfaces. Les pharmaciens ont accès aux données cliniques via le dossier patient informatisé ce qui permet une analyse pharmaceutique de niveau 2.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La déclinaison du programme institutionnel repose sur le réseau des infirmiers réfèrents. Ceux-ci sont les interlocuteurs privilégiés entre la pharmacie et leur unité de soins. A ce titre, ils assurent le relais, en collaboration avec le cadre de santé, entre le personnel soignant et la pharmacie et sont ressources pour :

- L'équipe de soins dans la mise en place des protocoles
- La pharmacie dans la transmission des informations sur le terrain

Ils ont également pour mission de :

- Participer à l'élaboration de nouveaux documents
- Participer aux groupes de travail organisés par la pharmacie
- Informer les équipes de soins
- Accompagner l'équipe de soins dans la mise en place des protocoles pharmacie
- Participer à l'évaluation de l'application des protocoles

Des signalements d'erreurs médicamenteuses donnent lieu à des analyses de causes type REMED associant le Responsable du Management et de la Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse, les pharmaciens, les cadres et les infirmières des services déclarants (5 en 2017; 3 en 2018). Ces analyses sont présentées en Comité de Retour Expérience ainsi qu'une revue des dysfonctionnements survenus au décours du circuit du médicament. Les cadres de santé sont destinataires des PV des réunions mensuelles des réfèrents pharmacie, des Comedims et des CREX. Des informations sur les médicaments sont effectuées dans les staffs de chaque pôle ainsi que dans les réunions médicales. Les pharmaciennes interviennent régulièrement lors des réunions d'encadrement pour présenter des résultats d'audits. Lors de la semaine de sécurité des patients, les 28 et 29 novembre 2018, la "chambre des erreurs "a mobilisé 85 participants.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La formation à l'utilisation du logiciel de prescription est effectuée par le médecin DIM en ce qui concerne les médecins et les internes. Pour les soignants, ils sont tutorés par leurs pairs puis bénéficient d'une formation dans le mois qui suit leur embauche. Une brochure est remise aux nouveaux arrivants. Les intérimaires ont un code spécifique et travaillent toujours en binôme avec un agent du centre hospitalier Sainte Marie. Les réfèrents pharmacie sont sensibilisés à la déclaration des erreurs médicamenteuses au travers de réunions mensuelles organisées par la pharmacie. Le stockage des médicaments s'effectue dans des armoires sécurisées, les chariots de médicaments sont fermés à clef. Les chariots d'urgence sont scellés. Un coffre à stupéfiants se trouve à la PUI, un autre dans l'armoire de recours sécurisée. Le stockage des médicaments thermosensibles est réalisé dans des réfrigérateurs, l'armoire réfrigérée de la PUI est reliée à une alarme informatique. Par ailleurs, certains médicaments sont reconditionnés et ré-étiquetés par la PUI. En matière de gestion documentaire, tous les documents relatifs au circuit du médicament sont disponibles via la GED en place. Un classeur de traçabilité de l'entretien des armoires, des frigos, de la vérification du chariot d'urgence est en place dans chaque unité de soins. Dans chaque unité, un affichage est en place. Il rappelle les règles de bonnes pratiques d'administration (règles des 5B, limiter les interruptions de tâches, guide de bon usage du stockage du médicament dans les unités de soins...). Pour les prescripteurs, un livret thérapeutique est disponible ainsi que des outils d'aide à la prescription (Vidal, Thésaurimed) et un antibioguide.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en oeuvre les procédures et protocoles établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les prescriptions sont informatisées sur l'ensemble des unités de soins y compris extra hospitalières. L'indicateur de la conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses établies au cours de l'hospitalisation est de 100%. Les règles de dispensation sont mises en oeuvre avec une analyse pharmaceutique de type 2 du traitement complet du patient y compris son traitement personnel. L'accès des pharmaciens aux données cliniques et résultats biologiques est effectif. Les avis pharmaceutiques sont tracés dans le logiciel de prescription et accessibles aux professionnels médicaux et paramédicaux. La continuité du traitement médicamenteux est organisé de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus. La gestion du traitement personnel du patient fait l'objet d'une procédure, elle prévoit que les médicaments retirés soient remis à la famille. En l'absence de famille ou de personne ressource, les médicaments sont transmis à la pharmacie pour destruction. Cette gestion a fait l'objet d'une discussion entre les experts visiteurs et l'établissement en terme de propriété des médicaments et de développement durable. La dispensation est nominative globalisée à l'exception de 2 unités de soins (Clinique des autistes). Les règles de transport des médicaments et des dispositifs médicaux sont appliqués selon un calendrier hebdomadaire. Ce transport

s'effectue en caisses scellées. Les produits thermolabiles sont délivrés dans des sacs isothermes. Les demandes ponctuelles sont effectuées par mail. La dispensation des stupéfiants fait l'objet d'une procédure particulière. Les injections de Neuroleptiques à Action Prolongée sont délivrées le jour de l'administration ainsi que les stupéfiants. Pour les besoins urgents, les équipes ont à leur disposition des petites caisses sécurisées. La réception en unités de soins est effectuée par un infirmier, il contrôle la conformité de la livraison. L'identification des casiers individuels patients est réalisée de façon différente suivant les unités de soins; le nom du patient y est manuscrit ou dactylographié. A l'unité St-Laurent, c'est l'étiquette patient qui est utilisée. En ce qui concerne l'administration des médicaments, les solutés buvables sont préparées avant chaque distribution dans un délai n'excédant pas 30mn. Les formes sèches sont préparées soit dans le même temps soit devant le patient. Le médicament reste identifiable jusqu'à l'administration. En ce qui concerne la dispensation nominative individuelle, celle-ci fait l'objet d'un double contrôle. Il existe dans les unités de soins soit une dotation pour besoins urgents globale qui est réévaluée chaque année, homogénéisée avec un rangement standardisé, où chaque casier comporte un seul médicament et un seul dosage et où les médicaments à risque sont désormais identifiés ; soit un bac/casier avec le traitement individuel du patient, dont la dispensation est hebdomadaire, individuelle et nominative. La Pharmacie reconditionne les spécialités non identifiées afin de conserver l'identification du médicament jusqu'au patient. Au niveau du stockage, ce bac est identifié au nom du patient, les procédures de stockage et le matériel sont harmonisés. Pour limiter le risque d'erreurs dans les bacs patients les traitements de nuit sont systématiquement séparés des autres traitements, pour les patients ayant un nombre important de lignes de prescriptions, les IDE peuvent demander des bacs patients plus grands permettant un rangement plus clair, la procédure "Bonnes pratiques de préparation et d'administration des médicaments (Forme orale)" prévoit que la préparation des traitements s'effectue en 2 étapes : du bac nominatif au verre identifié au nom du patient, de ce verre au patient. Cette préparation permet une double vérification de la bonne préparation du traitement par le même IDE. Toutefois, les règles de rangement et de stockage des médicaments à risque ne sont pas appliquées. En effet, les médicaments à risque ne sont pas identifiés. L'établissement a tenu compte de la remarque des EV et a mis en place une identification. L'administration s'effectue dans les salles de soins à l'exception de l'unité de psycho gériatrie Sainte Madeleine où elle s'effectue en salle à manger. La traçabilité de l'administration des médicaments est faite patient par patient, en léger différé et par l'infirmier l'ayant effectué. Dans l'unité Saint Damien, elle est effectuée en temps réel. Cinq erreurs médicamenteuses liées au circuit du médicament ont été déclarées en 2017, 3 en 2018. Dans les unités HAD, la traçabilité de la délivrance du traitement est effectuée dans les observations IDE du dossier patient. Dans les HDJ et CMP, lorsque l'équipe gère le traitement du patient un contrat d'observance est établi entre le patient et l'équipe. Au SMPR les professionnels de santé disposent de l'ensemble des fonctionnalités du DPI de l'établissement, permettant de tracer l'ensemble des activités à l'exception de la prescription médicamenteuse. Le circuit du médicament est de la responsabilité du CHU de Nice. Les professionnels de santé du CHSM ont un accès à la solution logicielle du CHU pour la prescription. Ils assurent sur papier la traçabilité de l'administration des traitements en mettant en œuvre à l'hôpital de jour du SMPR les dispositions de la procédure dégradée en cas de panne informatique .

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a effectué différents audits réalisés à différentes étapes du circuit du médicament. En 2017, un audit inter établissement évaluait la prise en charge médicamenteuse au centre hospitalier sur les points suivants:

- l'adéquation entre la prescription médicale et le traitement préparé et administré
- la non interruption de tâches
- la bonne utilisation et connaissance du logiciel dossier patient dans les tâches relatives à la préparation et l'administration du traitement médicamenteux
- l'organisation relative à l'administration des médicaments injectables en dehors des plages horaires

L'établissement a réalisé également des audits de piluliers dans différentes unités et un audit des caisses à pharmacie. Une étude observationnelle prospective sur les prescriptions médicamenteuses du sujet âgé dans 2 unités de soins a été menée en mai 2017. ,En juin 2018,le centre hospitalier Sainte Marie a réalisé un audit du circuit du médicament dans les unités de soins (entretiens et observations des salles de soins, des matériels de stockage ,de l'armoire à pharmacie, du coffre à toxique, du réfrigérateur, du chariot à médicaments, de la conformité de la dotation...).

## 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. ,Une réflexion sur l'interruption de tâches a conduit à la mise en place de "gilets jaunes".



Une expérimentation a été menée. Afin de sécuriser le stockage des produits de santé, une armoire sécurisée a été achetée au service accueil pour la dispensation en urgence. Les résultats des différents audits sont communiqués auprès des professionnels notamment lors des réunions d'encadrement et des référents pharmacie ainsi qu'auprès des usagers .

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	L'information des patients sur le bon usage des médicaments n'est pas totalement organisée sur le plan institutionnel. Il n'existe pas d'organisation structurée visant à informer les patients sur le bon usage des médicaments, les supports d'information sont diversement distribués selon les unités et selon les référents pharmacie qui en ont la charge. L'établissement lors de la visite n'avait pas identifié ce risque et n'avait pas établi de plan d'actions.	20a bis
	PS	Des actions de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses ne sont pas menées de façon régulière et périodique Il ne figure pas aux plans de formation 2018/2017/2016 d'actions de formation à destination des professionnels de santé sur le circuit du médicament et la prévention des erreurs médicamenteuses. Une formation sur la thématique des risques d'erreurs médicamenteuses a été réalisée en décembre 2018 par l'ARS pour 5 professionnels. Concernant l'année 2019, plusieurs sessions de formation sont proposées aux soignants. Un axe du CAQES à l'échéance prévue de mars 2018 était d'organiser des actions de sensibilisation et de formation professionnelle aux risques d'erreurs médicamenteuses. Un diaporama sur les erreurs médicamenteuses a été présenté en réunion référents pharmacie en novembre 2018 ainsi qu'à la semaine « sécurité du patient » en 2018. Une sensibilisation des IDE, et du médecin coordonnateur est réalisée lors de chaque CREX	20a
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les règles de rangement et de stockage des médicaments à risque ne sont pas sécurisées. Les médicaments à risque ne sont pas identifiés dans les armoires à pharmacie ainsi que dans les casiers individuels des patients. L'établissement a tenu compte de la remarque des EV et a mis en place une identification.	20a

## 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	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	<p>La politique qualité-risques n'est pas totalement déclinée sur le terrain.</p> <p>Au niveau de la structuration des pôles cliniques, seul le pôle "Territoires" dispose d'un conseil de pôle qui se réunit régulièrement. Les projets et contrats de pôle n'étant pas encore formalisés, le PAQSS de l'établissement n'est pas formellement décliné.</p> <p>Au niveau des services, l'appropriation des audits de dossiers par les cadres est inégale selon les services, en termes de régularité de réalisation et d'exploitation des résultats. Les actions d'amélioration qui en découlent ne sont pas formalisées actuellement. Les conseils seront organisés sur les 6 pôles de l'établissement dès le premier semestre 2019, cet objectif a déjà été intégré aux missions des médecins-chefs de pôles.</p>	1e
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>Les stratégies de l'établissement ne permettent pas le déploiement de l'EPP dans toutes ses dimensions.</p> <p>Dans le but de développer l'implication des professionnels de terrain, l'établissement privilégie actuellement certaines méthodes d'EPP, telles que l'analyse des événements indésirables et le patient traceur. Les démarches d'amélioration des pratiques correspondant aux principales pathologies sont peu développées, et aucun indicateur de pratique clinique spécifique à la Psychiatrie n'a été défini. De plus, les enjeux de pertinence ne sont pas clairement identifiés ; les études de pertinence sont rares, tant sur les prescriptions médicamenteuses que sur les hospitalisations. Par exemple, la pertinence des prescriptions médicamenteuses du sujet âgé a été étudiée jusqu'en 2014, mais aucune démarche de ce type n'a été menée depuis cette date.</p> <p>D'autre part, les cadres n'étant pas formés aux différentes méthodes de l'EPP, ils ne peuvent être vecteurs du déploiement des démarches.</p> <p>Il n'existe pas de démarche d'évaluation du bon usage du médicament et de la pertinence des prescriptions. Une démarche a été menée jusqu'en 2014 sur la pertinence de la prescription des psychotropes chez les personnes âgées. Actuellement aucune démarche d'EPP n'est engagée sur ces thèmes</p>	1f
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	<p>Le dispositif d'évaluation n'est pas totalement structuré.</p> <p>La restructuration de pôles étant récente, les indicateurs qualitatifs représentatifs des différents types de prise en charge ne sont pas identifiés. L'établissement est conscient de ces difficultés, il envisage de revoir les tableaux de bord des différentes afin de pouvoir mettre en œuvre des revues</p>	2e

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			de processus en 2019, et de clarifier les liens entre les indicateurs déjà relevés et les objectifs d'amélioration. Actuellement, seul le dispositif d'évaluation des "Droits des patients" couvre l'ensemble de la thématique sur les services concernés. Pour autres thématiques, le dispositif n'est pas clairement identifié, ou incomplet : soit il ne porte pas sur l'ensemble de la thématique (Parcours du patient, Prise en charge médicamenteuse), soit il ne concerne pas la totalité des services concernés (Dossier Patient).	
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Le dispositif institutionnel d'amélioration continue est partiellement structuré Le dispositif d'évaluation n'étant pas complet pour certaines thématiques, le dispositif d'amélioration ne couvre que ce même périmètre.	8a
Droits des patients	P / Organisation interne	PS	Les organisations définies dans les règlements intérieurs des pôles et unités de soins ne permettent pas toujours de respecter les libertés individuelles. Les règlements intérieurs définis par les pôles comportent des disparités notamment sur la liberté d'aller et venir des patients. Les possibilités de déplacement peuvent être différentes pour des patients ayant la même modalité d'hospitalisation. L'établissement s'est engagé à supprimer les règlements intérieurs de sa gestion documentaire. Un seul règlement intérieur est d'usage pour les patients pris en charge en temps plein. Les règlements des unités de soins et des pôles ont donc été supprimés durant la visite de certification au profit d'un seul règlement intérieur associatif déjà existant. Toutefois, les experts-visiteurs n'ont pu évaluer leur mise en œuvre.	10e
	D / Disponibilité des ressources	NC	Les locaux ne permettent pas toujours d'assurer le respect des droits des patients.  Les locaux d'hospitalisation complète pour adultes sont vétustes, voire très dégradés et ne permettent pas toujours de respecter l'intimité et la dignité des patients. La plupart des unités visitées disposent de chambres à 3 lits voire 4 lits (1 chambre à St Pierre). Certaines chambres ne disposent pas de points d'eau ou de salles de bains. Dans les salles de bains communes, il existe des douches non séparées par des cloisons, même si des cloisons amovibles peuvent être installées ; leur utilisation n'a pu être constatée. Dans certaines cours grillagées, les patients sont à la vue des autres usagers et visiteurs, notamment dans une unité à proximité du restaurant du personnel. Cette situation, identifiée par l'établissement, avait fait l'objet d'une réserve lors de la visite initiale précédente, levée à la suite de la transmission d'un rapport de suivi et transformée en recommandation en lien notamment avec le projet de reconstruction non engagé à ce jour. La direction a informé les experts visiteurs que le projet de reconstruction des unités des soins devait être présenté à l'autorité de tutelle courant décembre 2018. Ce projet repose sur la construction d'unités de soins de 25 lits pour un total de 306 lits.	10b
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les dispositions relatives au suivi des mesures d'isolement/contention ne sont pas totalement mises en œuvre Comme le prévoit l'instruction du 29 mars 2017, la CME n'est pas informée de façon trimestrielle sur les données quantitatives et qualitatives recueillies par le DIM. Par ailleurs, le rapport annuel 2017 sur les activités	10e

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			d'isolement/contention n'a pas été présenté au jour de la visite pour avis à la CDU et au Conseil Associatif de Surveillance (CAS) et ni transmis à l'autorité de tutelle. L'établissement précise que ce rapport sera présenté à la CDU du 14 décembre ainsi qu'à la CME du 11 décembre prochain. Ce rapport sera également présenté lors du prochain (CAS)	
Parcours du patient	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La lettre de liaison n'est pas systématiquement remise au patient lors de la sortie  Lors de la visite il a été constaté que l'établissement avait mis en place récemment les moyens d'établir la lettre de liaison à partir du logiciel DPI. Mais à ce jour la mise en œuvre de cette disposition reste très variable selon les unités. Par ailleurs le suivi par l'établissement en 2017 de l'indicateur de délai d'envoi du courrier d'hospitalisation mentionne un taux de conformité de niveau C. Cette situation fait peser un risque sur la continuité de la prise en charge du patient Le risque a été identifié par l'établissement et doit faire l'objet d'un plan d'action qui n'est pas encore établi à ce jour	18a
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Le dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs n'est pas formalisé. Au jour de la visite, l'établissement n'a pas mis en place un dispositif structuré propre à l'évaluation du parcours patient. Les indicateurs transversaux mesurés au niveau établissement relèvent de la continuité de la mesure des indicateurs IQSS, Hôpital Numérique ou encore des chutes. Les indicateurs issus des autoévaluation conduites dans les unités fonctionnelles concernent le dossier patient, la vérification du chariot d'urgence, les troubles nutritionnels ou encore la consommation de solutions hydroalcooliques. Ces évaluations ne portent pas sur l'ensemble de la thématique et sur tous les services. A titre d'exemple, la conformité de la tenue du dossier patient n'est pas évaluée dans les unités extra hospitalières. On peut citer encore l'absence de structuration de l'évaluation de la mise en œuvre effective de la lettre de liaison à J0.	2e
Dossier patient	D / Disponibilité des ressources	NC	Un local d'archives extérieur à l'établissement ne permet pas d'assurer la conservation, l'intégrité et la préservation des la confidentialité des informations.  Le local d'archivage des dossiers HAD/CMP Rembrandt (infra territoire Est de la ville de Nice), situé dans une cave d'un immeuble collectif, ne permet pas d'assurer une sécurité des dossiers, la porte en bois ajouré ne le permettant pas (cartons d'archives visibles de l'extérieur). A noter également l'absence de détection incendie.	14a
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	L'accès du patient à son dossier n'est pas assuré dans les délais définis par la réglementation. Les données fournies par l'établissement sont les suivants : accès du patient à son dossier pour les dossiers de moins de 5 ans : 9,5 jours au premier	14b

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			semestre 2018 (14 jours en 2017 et 12 jours en 2016), au lieu des 8 jours réglementaires. Pour les dossiers de plus de 5 ans, les délais sont respectés. A noter que ce point d'amélioration a été proposé par les représentants des usagers dans le dernier rapport de la CDU.	
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'évaluation de la gestion du dossier des patients des services extérieurs à l'établissement n'est pas réalisée. Il n'existe pas à ce jour d'évaluation de dossiers des services extra-hospitalier de l'établissement (HAD, Hôpitaux de jour, CMP, SMPR, ...).	14a
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	P / Organisation interne	PS	L'information des patients sur le bon usage des médicaments n'est pas totalement organisée sur le plan institutionnel. Il n'existe pas d'organisation structurée visant à informer les patients sur le bon usage des médicaments, les supports d'information sont diversement distribués selon les unités et selon les référents pharmacie qui en ont la charge. L'établissement lors de la visite n'avait pas identifié ce risque et n'avait pas établi de plan d'actions.	20a bis
		PS	Des actions de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses ne sont pas menées de façon régulière et périodique Il ne figure pas aux plans de formation 2018/2017/2016 d'actions de formation à destination des professionnels de santé sur le circuit du médicament et la prévention des erreurs médicamenteuses. Une formation sur la thématique des risques d'erreurs médicamenteuses a été réalisée en décembre 2018 par l'ARS pour 5 professionnels. Concernant l'année 2019, plusieurs sessions de formation sont proposées aux soignants. Un axe du CAQES à l'échéance prévue de mars 2018 était d'organiser des actions de sensibilisation et de formation professionnelle aux risques d'erreurs médicamenteuses. Un diaporama sur les erreurs médicamenteuses a été présenté en réunion référents pharmacie en novembre 2018 ainsi qu'à la semaine « sécurité du patient » en 2018. Une sensibilisation des IDE, et du médecin coordonnateur est réalisée lors de chaque CREX	20a
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les règles de rangement et de stockage des médicaments à risque ne sont pas sécurisées. Les médicaments à risque ne sont pas identifiés dans les armoires à pharmacie ainsi que dans les casiers individuels des patients. L'établissement a tenu compte de la remarque des EV et a mis en place une identification.	20a