



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION**  
**CENTRE**  
**PSYCHOTHERAPIQUE DE**  
**L'ORNE**

**31 rue anne-marie javouhey**  
**Bp 358**  
**61014 Alençon**

**MARS 2016**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	11
1. NIVEAU DE CERTIFICATION	11
2. DÉCISIONS	11
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	11
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.	11
5. ACCRÉDITATION DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE	11
6. SUIVI DE LA DÉCISION	11
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	12
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	12
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	12
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	14
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	15
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	24
DOSSIER PATIENT	29
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	32

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> <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 PSYCHOTHERAPIQUE DE L'ORNE	
Adresse	31 rue anne-marie javouhey 61014 Alencon
Département / région	ORNE / NORMANDIE
Statut	CHS / EPSM
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	610006652	GCS CHIC ALENCON MAMERS CPO ET SIEGE	25 rue de fresnay 61000 ALENCON
Entité juridique	610780025	CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'ORNE	31 rue anne-marie javouey Bp 358 61014 Alencon
Etablissement de santé	610005688	G02 - HOPITAL DE JOUR LA FERTE MACE	22 rue d'alencon 61600 LA FERTE MACE
Etablissement de santé	610790388	IJ- HOPITAL DE JOUR L'AIGLE	1 rue du docteur rouyer 61300 L'Aigle
Etablissement de santé	610787525	G04 - CMP VIMOUTIERS	60 rue pont vautier 61120 Vimoutiers
Etablissement de santé	610787459	IJ - CMP FLERS	269 rue jacques prévert 61100 Flers
Etablissement de santé	610790172	IJ - CMP VIMOUTIER	3 rue abbe crestey 61120 Vimoutiers
Etablissement de santé	610790487	G04 - CATTP L'AIGLE	75 rue saint jean 61300 L'Aigle

Etablissement de santé	610787491	G01 - CMP BELLEME	Place boucicault 61130 Belleme
Etablissement de santé	610787574	IJ - CMP LA FERTE MACE	Rue soeur marie boitier 61600 La Ferte Mace
Etablissement de santé	610790511	G01 - CATTP PERSONNES AGEES ALENCON	80 rue saint blaise 61014 Alencon
Etablissement de santé	610004020	IJ - CATTP VIMOUTIERS	3 rue abbe crestey 61120 Vimoutiers
Etablissement de santé	610790545	G02 - CATTP LA FERTE MACE	20/22 rue d'alencon 61600 La Ferte Mace
Etablissement de santé	610790347	G04 - CMP GACE	Place de la liberation Bt administratif 61230 Gace
Etablissement de santé	610788713	G02 - HOPITAL DE JOUR ARGENTAN	Place marsac 61200 Argentan
Etablissement de santé	610004046	IJ - CATTP FLERS	269 rue jacques prévert 61100 Flers
Etablissement de santé	610004004	IJ - CATTP L'AIGLE	11 rue porte rabel 61300 L'Aigle
Etablissement de santé	610787566	IJ - CMP ARGENTAN	16 rue de la vicomté 61200 Argentan
Etablissement de santé	610784084	G04 - CMP L'AIGLE	75 rue saint jean 61300 L'Aigle
Etablissement de santé	610002578	G04 - CATTP MORTAGNE	9 rue de longny 61400 MORTAGNE AU PERCHE



Etablissement de santé	610788689	IJ - HOPITAL DE JOUR FLERS	269 rue jacques prevert 61100 Flers
Etablissement de santé	610788705	IJ - HOPITAL DE JOUR ARGENTAN	16 rue de la vicomté 61200 Argentan
Etablissement de santé	610790354	G01 ET IJ - CENTRE DE THERAPIE FAMILIALE ALENCON	25 rue anne-marie javouhey 61000 Alencon
Etablissement de santé	610790552	IJ - CATTP MORTAGNE	6 rue du colonel guérin 61400 Mortagne Au Perche
Etablissement de santé	610005639	G01 - CATTP BELLEME	Place boucicault 61130 Belleme
Etablissement de santé	610790560	G01 - ATELIER THERAPEUTIQUE ALENCON	31 rue javouhey 61014 Alencon
Etablissement de santé	610790339	G04 - CMP MORTAGNE	9 rue de longuy 61400 Mortagne-Au-Perche
Etablissement de santé	610790537	G02 - CATTP ARGENTAN	7 rue du beigle 61200 Argentan
Etablissement de santé	610787558	IJ - CMP MORTAGNE	6 rue du colonel guerin 61400 Mortagne Au Perche
Etablissement de santé	610004012	IJ - CATTP BELLEME	Place boucicault 61130 Belleme
Etablissement de santé	610787467	G02 - CMP LA FERTE MACE	Rue soeur boitier Hopital 61600 La Ferte Mace
Etablissement de santé	610006785	IJ - MAISON DES ADOLESCENTS - ALENCON	10 rue du moulin de lancrel Bp 358 61014 ALENCON

Etablissement de santé	610787475	IJ - CMP DOMFRONT	28 rue gare 61700 Domfront
Etablissement de santé	610002545	G04 - ATELIER THERAPEUTIQUE ART- ATELIERS L AIGLE	10 rue du docteur frinault 61300 L'Aigle
Etablissement de santé	610005589	G01 - CMP PERSONNES AGEES ALENCON	80 rue saint blaise 61000 Alencon
Etablissement de santé	610787517	IJ - CMP ALENCON	93/95 rue de lancrel 61000 Alencon
Etablissement de santé	610790305	IJ - CMP BELLEME	Place boucicault 61130 Belleme
Etablissement de santé	610790503	G02 - CMP ALENCON USJ/SOINS AMBULATOIRES	31 rue javouhey 61014 Alencon
Etablissement de santé	610787434	G02 - CMP ARGENTAN	45bis rue aristide briand 61200 Argentan
Etablissement de santé	610003980	IJ - CATTP ALENCON	Espace itard - 31 rue anne-marie javouhey 61000 Alencon
Etablissement de santé	610787509	G01 - CMP RUE JULLIEN ALENCON	76bis rue jullien 61000 Alencon
Etablissement de santé	610004053	IJ - CATTP ARGENTAN	16 rue de la vicomé 61200 Argentan
Etablissement de santé	610000028	CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'ORNE	31 rue anne-marie javouhey Bp 358 61014 Alencon
Etablissement de santé	610789901	IJ - CMP L'AIGLE	11 rue porte rabel 61300 L'Aigle

Etablissement de santé	610787483	G01 - HOPITAL DE JOUR BELLEME	Place boucicault 61130 Belleme
Etablissement de santé	610004061	IJ - CATTP LA FERTE MACE	Rue soeur marie boitier 61600 La Ferte Mace

### Activités

Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de place d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	194	97
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	9	37

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

### Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	Convention CHIC Alençon-Mamers GCS CHIC Alençon-Mamers Convention CHIC Alençon-Mamers – CH de Flers – CH de L'Aigle Convention CH Argentan Convention CH La Ferté-Macé Convention CH Mortagne-au-Perche Convention Centre de détention Argentan Convention Centre pénitentiaire Condé sur Sarthe
Regroupement / Fusion	Direction commune avec le CHIC Alençon-Mamers depuis le 01/04/13.
Arrêt et fermeture d'activité	hospitalisation de jour des adolescents depuis le 01/11/13
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Hospitalisation complète des adolescents depuis le 21/06/11

# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé :

- prononce la certification de l'établissement avec recommandations.

## 2. Décisions

### Recommandations d'amélioration

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

## 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

## 5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.  
Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé dans un délai de 24 mois après le précédent compte qualité.

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Troubles au long cours	SM adulte en HC fermée - site Alençon	schizophrénie	Programmé	Venant des urgences d'un ES sous convention	Santé mentale
2	Addictologie	SM adulte en ambulatoire - site l'Aigle	addiction	Programmé		Santé mentale
3	Troubles au long cours	SM adulte en ambulatoire- site La Ferté Macé	troubles psychotiques	Programmé		Santé mentale
4	Troubles névrotiques	SM adolescent en ambulatoire- site La Ferté Macé	Anxiété	Programmé		Santé mentale
5	Troubles névrotiques	HDJ enfant Site Alençon, Argentan ou Flers	Anxiété	Programmé	Venant d'un CMP ou suivi en CMP enfant	Santé mentale

<b>PT</b>	<b>Population</b>	<b>Secteurs d'activité / services</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Mode d'entrée</b>	<b>Type de parcours</b>	<b>PEC</b>
6	Prise en charge comportementale	Centre de traitement de l'anxiété	Anxiété	Programmé		Santé mentale
7	Handicap psychique	Service d'accueil familiale thérapeutique (SAFT) -	/	Programmé		Santé mentale
8	Troubles de l'humeur	CMP Mortagne	Troubles bipolaires	Programmé		Santé mentale

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

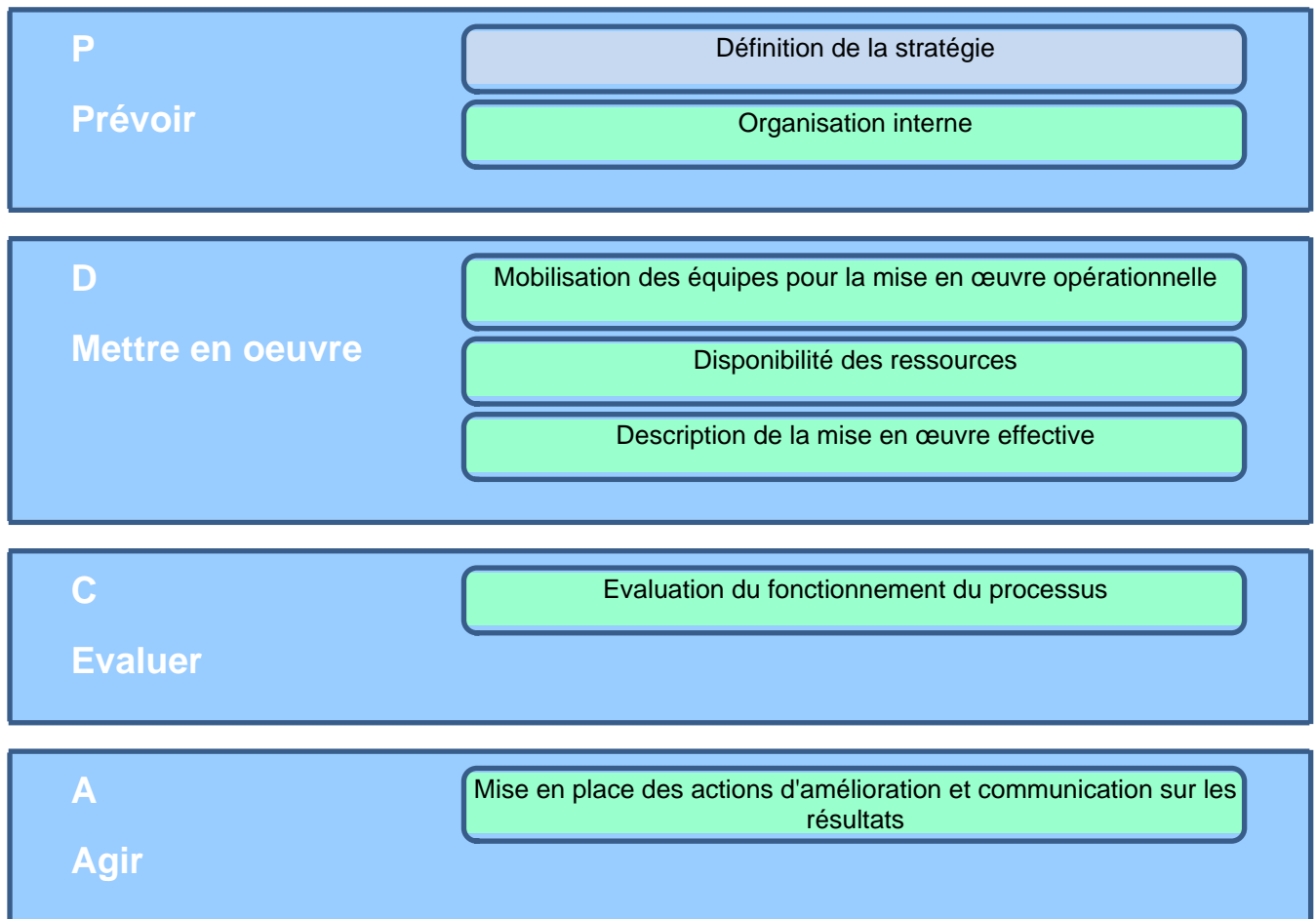
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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**

Il existe au Centre Psychothérapique de l'Orne une politique qualité et management des risques validée qui constitue un volet du projet d'établissement 2010-2015. Ce projet d'établissement, dont le bilan a été fait, est en cours de réécriture. Cette réécriture a débuté avec le plan médico-soignant rédigé et validé en 2014. Plus de 80 agents de l'établissement ont participé aux groupes de travail constitués pour cette réflexion.

La politique qualité est conforme aux orientations stratégiques définies par le Centre Psychothérapeutique de l'Orne qui ont été définis sur la base d'une identification des besoins de la population et d'une analyse des risques cohérentes avec le contexte et les spécificités de l'établissement.

Le suivi de la V2010 a été pris en compte. L'absence de politique d'EPP avait fait l'objet d'une recommandation. Cette politique est aujourd'hui formalisée. La stratégie d'EPP et la gestion de crise sont intégrés.

La politique qualité et management des risques est validée par les instances concernées et est déclinée dans un programme d'action. Elle est diffusée en interne et figure dans la gestion documentaire de l'établissement.

Les risques identifiés par l'établissement sont hiérarchisés selon leur fréquence, leur gravité, leur criticité et le niveau de maîtrise atteint. Les mesures de traitement de ces risques qu'utilisent le Centre Psychothérapique de l'Orne sont adaptées (analyse systémique notamment par Crex, Rmm, Alarm, Amdec).

Le Paqss du Centre Psychothérapeutique de l'Orne centralise l'ensemble des actions d'amélioration fixées par l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a mis en place une organisation de pilotage du processus de management et de gestion des risques. Le chef d'établissement est le directeur qualité. L'organigramme qualité est formalisé et diffusé. Les vigilants sont désignés.

La personne en charge de la gestion des risques associés aux soins est désignée.

Les fiches de poste ne sont cependant pas toutes établies et actualisées. La fiche de poste du responsable qualité date de 2003. Elle reprend des attributions anciennes (auto-évaluation, gestion des plaintes) que la titulaire du poste ne remplit plus.

Les actions tracées dans le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins reflètent les axes prioritaires à mettre en œuvre pour le fonctionnement de l'hôpital et la conduite des démarches transversales. Le plan reprend pour chaque action, la personne qui est en charge du pilotage, la date d'échéance, sa date de fin et son état d'avancement. Le plan d'action est régulièrement actualisé.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines, matérielles et documentaires qui lui sont nécessaires.

Il a procédé à l'identification de ses risques (cartographie, document unique).

Le recueil des événements indésirables est organisé (procédures, logigrammes, feuille de déclaration). Les personnels y sont sensibilisés et une Charte du signalement responsable a été définie et diffusée.

L'examen des événements indésirables est fait par une commission qui se réunit toutes les deux semaines (COGRV) et qui rassemble toutes les personnes responsables dans le domaine de la qualité. Elle est interdisciplinaire et interpolaire.

Les actions déterminées suite aux FEI déclarées sont communiquées aux professionnels de façon trimestrielle par la diffusion intranet, mail et papier (1 exemplaire par service) du plan d'actions mis à jour. Ce document précise le numéro de la FEI au regard de l'action déterminée. Les FEI non mentionnées sont classées. Dans le cas d'un CREX ou d'une RMM, les déclarants sont associés à l'analyse de l'évènement et à la détermination des actions d'amélioration.

Les événements récurrents et/ou graves y sont analysés et font l'objet d'un examen particulier avec évaluation des pratiques et analyse des causes profondes.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Elle est assurée par le service qualité qui assiste aux réunions des instances institutionnelles et des groupes de travail thématiques créés sur différents sujets.

Des actions de communication sont organisées pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés (sensibilisation des nouveaux arrivants, journées thématiques et supports de communication). Un document spécifique baptisé "Focus" a été adressé à chaque professionnel pour présenter la démarche qualité de l'établissement. La diffusion de l'information dans les services repose également sur les cadres qui en assurent l'information descendante.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les responsables des secteurs d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Les investigations de terrain permettent de confirmer que les professionnels connaissent la démarche qualité et participent à la déclaration des événements indésirables, à l'identification des risques généraux et spécifiques ainsi qu'à l'élaboration de documents et à la mise en place des actions d'amélioration.

Les services sont destinataires d'informations sur les résultats de l'établissement (indicateurs, résultats d'enquêtes, tableaux de bord). Les articles du journal interne sur le thème de la qualité et la gestion des risques sont fréquents.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources documentaires sont établies et adaptées aux besoins. Elles sont disponibles via des supports papiers (classiers) et, parallèlement, via l'intranet de l'établissement. La publication de nouveaux documents est annoncée dans la page d'accueil du site intranet. Les professionnels n'ont toutefois pas un accès facile aux documents qui les concernent. Les agents étaient en difficulté pour retrouver une procédure ou un protocole à leur demande. La gestion documentaire s'avère en effet peu adaptée et ne permet pas un accès rapide aux documents.

Les ressources en compétences sont définies pour le management de la qualité et de la gestion des risques. Le plan de formation est conséquent. Il est défini sur la base d'un recueil de besoins institutionnels, réglementaires, sectoriels et individuels. Les formations à la qualité sont inscrites dans les plans 2014 et 2015 (Crex, Rmm, analyse systémique, audit clinique, patient traceur, analyse des causes d'un événement indésirable associé aux soins, mise en place d'un staff EPP).

Les ressources en matériels affectés à la gestion de la qualité et des risques sont adaptées aux besoins de l'établissement et à son fonctionnement. La couverture informatique et le déploiement du dossier patient rend les informations aisément accessibles depuis tous les bâtiments intra et extrahospitaliers.

Une astreinte informatique et une astreinte technique assurent la maintenance et les dépannages en continu. Des contrats de maintenance sont souscrits pour tous les matériels sensibles dont l'arrêt serait bloquant pour le bon fonctionnement de l'institution.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité cliniques et fonctionnels mettent en œuvre les organisations prévues pour leur fonctionnement, leur management interne et la gestion des risques. Des démarches EPP sont conduites. Les interfaces entre secteurs sont opérationnels via les groupes institutionnels, la commission de coordination de la qualité des soins, de la gestion des risques et des vigilances, les réunions de travail.

Les acteurs concernés sont associés aux travaux (équipes, instances, usagers).

Chaque secteur d'activité reçoit régulièrement un bilan des événements indésirables et des plaintes et réclamations recensés qui le concernent ainsi que des tableaux de bord adaptés.

Ce retour constitue une base permettant aux équipes de définir et de mettre en œuvre les axes d'amélioration rendus nécessaires.

Il en est de même pour les indicateurs nationaux ou définis par l'établissement et les vigilances sanitaires.

L'analyse de l'ensemble de ces données alimente le plan d'action qualité et gestion des risques de l'établissement.

Le service qualité hiérarchise les risques en attribuant à chacun d'eux un niveau de gravité, de fréquence, de criticité qui, au terme de l'étude, est attribué à chacun un degré de maîtrise du risque.

La priorisation des actions du paqss s'opère par le changement de la date d'échéance de l'action afin de rendre sa réalisation plus proche dans le temps.

Les événements indésirables graves font l'objet d'une analyse approfondie des causes par l'utilisation de méthodes adaptées au type de situation : Alarm, Revue d'évènement (Crex), analyse systémique, RMM.

Les EPP sont déployées dans tous les pôles d'activité.

La traçabilité du recensement des besoins, des actions et des risques est assurée par des outils adaptés.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions sont pilotés par le service qualité et gestion des risques.

Le document unique des risques professionnels est réalisé. Le niveau de sécurité des biens et des personnes via ce document unique n'est cependant pas révisé annuellement. La dernière version de document unique des risques professionnels actualisé et validée par les instances date de 2009. Le document unique a fait l'objet d'une évaluation en 2012. Le CHSCT n'a pas validé le plan d'action en unité de travail qui était proposé. Les investigations terrain menées par les experts visiteurs ont permis

d'observer que dans les structures extrahospitalières, des professionnels peuvent se trouver seuls dans les structures et ils ne disposent pas de dispositifs de protection de travailleur isolé.

L'établissement s'est doté des outils nécessaires à l'évaluation du fonctionnement des divers processus définissant son fonctionnement :

- Tableau de bord de suivi et d'analyse des évènements indésirables
- Analyse toutes les 15 jours des évènements indésirables en réunion de la COGRV
- Analyse des questionnaires de satisfaction
- Tableau de bord de suivi des plaintes et réclamations
- Tableau de bord de suivi de l'avancement du Paqss
- Rapport annuel d'activité des instances institutionnelles et du service qualité et gestion des risques

L'établissement a défini des indicateurs de pratique clinique qu'il suit régulièrement.

Cependant, l'appropriation des procédures de gestion de crise n'est pas évaluée, l'établissement n'ayant pas effectué d'exercice de simulation de gestion de crise et n'ayant pas réalisé de mise en alerte de la cellule de crise.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration prévues et mises en œuvre sont intégrées dans le programme d'actions institutionnel. Ce programme est actualisé tous les 3 mois pour modification de la priorisation donnée aux actions, pour intégrer des actions dont le caractère grave, urgent et/ou récurrent a été repéré.

Cette actualisation du Paqss est réalisée par la COGRV et elle est présentée au Comité de Pilotage Unique ainsi qu'aux instances de l'établissement.

L'évaluation des évènements indésirables, des plaintes et réclamations, le suivi des vigilances conduit, chaque fois que cela est nécessaire, au réexamen des risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires (réactualisation de la procédure de mise en chambre d'isolement par exemple, Epp, procédure de promotion de la bientraitance, etc.).

La communication des résultats est réalisée en interne (journal interne, intranet) comme en externe (affichage, site internet). La Cruqpc participe à la définition des actions de communication déployées.

Les indicateurs suivis par l'établissement et les indicateurs lpaqss sont transmis aux services et affichés dans les locaux.

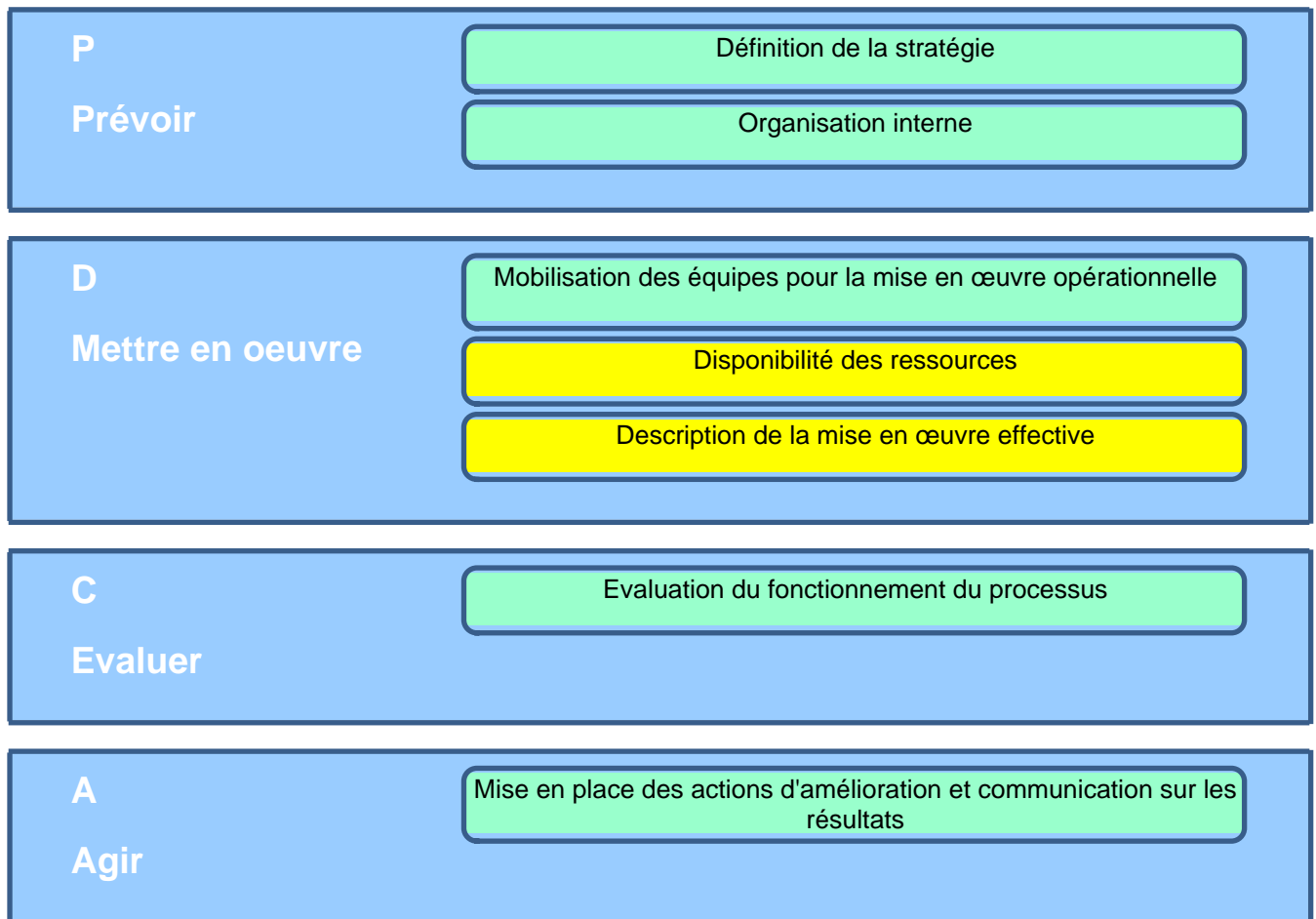
# DROITS DES PATIENTS

## 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 Centre Psychothérapique de l'Orne a identifié ses besoins et ses risques spécifiques en matière de promotion de la bientraitance et de respect des droits des patients (risque suicidaire, mise en chambre d'isolement, prescription de psychotropes).

La Cruqpc et les représentants des usagers ont été impliqués dans cette démarche et dans l'élaboration du projet médico-soignant rédigé et validé en 2014. A titre d'exemple, les membres de la Cruqpc sont à l'origine d'un courrier cosigné adressé au Président du Tribunal afin que les audiences auprès du juge se déroulent non plus dans les locaux du tribunal, où les conditions d'audition des patients n'assuraient pas la confidentialité des informations concernant leur santé, mais dans l'enceinte de l'établissement.

Une rubrique a été réservée aux usagers sur le site internet de l'établissement.

Les risques sont hiérarchisés de façon collégiale avec les professionnels concernés. La hiérarchisation prend en compte la fréquence, la gravité, la criticité et le niveau de maîtrise atteint pour le risque considéré.

Les besoins et risques sont sourcés par l'examen des plaintes et réclamations, des déclarations d'évènements indésirables et les résultats des questionnaires de satisfaction, les indicateurs et le suivi de la V2010.

La Cruqpc et les représentants des usagers collaborent à la rédaction de documents d'information destinés au public (livret d'accueil, questionnaire de satisfaction).

La promotion de la bientraitance et le respect des droits des patients figurent dans les orientations stratégiques de l'établissement. Le projet d'établissement établi pour la période 2010-2015 et le nouveau projet médico-soignant de 2014 les mentionnent explicitement. Une charte de la bientraitance a été établie et diffusée.

Les projets architecturaux du Centre Psychothérapique de l'Orne répondent aux objectifs que se fixe l'établissement (aménagement de chambres individuelles avec cabinets de toilette, maillage du territoire au plus près de la population prise en charge, amélioration des conditions d'accueil).

La politique conduite par l'établissement est diffusée dans l'établissement (réunions, instances, journal interne, rencontres avec les partenaires extérieurs et la médecine libérale pour la présentation du projet médico-soignant).

Un comité d'éthique installé depuis 2011 se réunit régulièrement. Ses comptes rendus, diffusés au sein de l'institution et intégrés à la gestion documentaire, témoignent des sujets abordés au titre desquels le respect des droits des patients et la promotion de la bientraitance reviennent souvent. Un représentant des usagers siège au sein de ce comité.

**ORGANISATION INTERNE**

L'organisation nécessaire au pilotage et à la mise en œuvre des objectifs définis a été mise en place et elle est articulée avec la Cruqpc qui est opérationnelle et remplit les missions qui lui sont dévolues. Cette instance est composée conformément aux attendus de la Has, se réunit régulièrement sur les sujets dont elle a à traiter (plaintes et réclamations, accès au dossier médical, enquêtes de satisfaction, suivi du plan qualité et des décisions prises). Elle a rédigé son règlement intérieur.

Le Centre Psychothérapique de l'Orne a formalisé un plan d'action qualité et sécurité des soins dont certains items sont issus de décisions de la Cruqpc (installation de boîtes à idées, actualisation du livret d'accueil du patient). Chaque action reprend le nom de son responsable, sa date de démarrage, sa date d'échéance et son état d'avancement. Ce plan d'action est actualisé tous les 3 mois.

Le professionnel en charge des relations avec les usagers et de l'accès au dossier médical est désigné (agent du service des entrées). La personne en charge de la gestion des risques associés aux soins l'est également (Responsable Qualité) ainsi que l'identitovigilant (Médecin DIM) et le gestionnaire des risques (Responsable Qualité). Ces fonctions sont présentes dans l'organigramme du management de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement.

Les formations sur la bientraitance, les droits et l'information des patients figurent aux plans de formation 2014 et 2015

Les services disposent des ressources nécessaires à la prise en charge de patients suivant des rites ou cultes particuliers. L'aumônerie en possède les coordonnées et, dès qu'elle est informée, met les intéressés en relation avec des personnes compétentes dans le domaine souhaité.

Une permanence d'accès aux soins de santé permet une prise en charge adaptée des personnes en situation de précarité.

Les processus et protocoles d'organisation de la promotion de la bientraitance et de respect des droits des patients sont établis (signalement des cas de maltraitance, gestion des plaintes et réclamations, accès du patient à son dossier, information du patient en cas de dommage lié aux soins) et intégrés dans la gestion documentaire de l'établissement.

Des supports d'information destinés aux patients sont élaborés et affichés dans les services de soins.

Le livret d'accueil comprend toutes les rubriques d'information nécessaires au patient lors de son

admission.

Les locaux des services autorisent des rencontres entre les patients et leur famille dans des salons dédiés. Les familles peuvent partager des repas au self avec des patients.

La signalétique de l'établissement permet une orientation facile.

Un accès internet est mis à disposition des adolescents hospitalisés à temps complet avec blocage d'accès à certains sites.

Les services sont équipés de matériel informatique adapté avec accès au dossier de soins informatisé, accès à intranet, à internet, et à la gestion documentaire informatisée.

La coordination entre les services du Centre Psychothérapique de l'Orne est assurée par différents moyens permettant d'assurer les interfaces selon les domaines (dossier patient, site intranet, bons de dépannage, demandes d'intervention, bons de commandes et approvisionnements, réunions d'encadrement, ...).

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières). Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

Les secteurs d'activité identifient les situations pouvant comporter des risques de maltraitance ou de non-respect des droits des patients qui leur sont spécifiques (restriction de la liberté d'aller et venir, mise en chambre d'isolement, restriction de visites, retrait des effets personnels, risque suicidaire). Les actions sont reprises dans un plan d'action.

Les équipes d'encadrement communiquent auprès de leurs équipes toutes les informations sur les orientations fixées par l'établissement pour la promotion de la bientraitance et le respect des droits des patients.

Des sessions de formation sont organisées.

Un "théâtre forum" planifié annuellement met en scène des professionnels de l'établissement dans des situations de prise en charge de patients afin de faire apparaître les risques de maltraitance. Ces sessions font l'objet d'un débriefing commun qui est diffusé au sein de l'établissement.

Les projets de soins des secteurs prennent en compte le respect des droits des patients qui est une démarche institutionnelle.

Chaque secteur d'activité reçoit périodiquement un tableau de bord des plaintes et réclamations qui le concernent, des événements indésirables déclarés sur le secteur et des résultats des questionnaires de satisfaction établis par les patients qu'il prend en charge.

Des temps d'échange sont prévus dans les équipes pour l'examen de ces données.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les formations sur la bientraitance figurent aux plans de formation 2014 et 2015 pour un effectif de 15 personnes par an. Les formations sur les droits et l'information des patients est assurée par le directeur des soins et par la personne en charge des relations avec les usagers et de l'accès du patient à son dossier. Elle concerne annuellement 15 agents. La formation éthique est proposée à 15 personnes en 2015.

Ces formations sont classées dans le volet institutionnel du plan de formation.

Une équipe mobile de soins palliatifs du Centre Hospitalier Intercommunal d'Alençon est disponible et appelée chaque fois qu'il est nécessaire dans les situations de fin de vie et de soutien à apporter aux familles et au personnel des équipes. Le médecin généraliste qui exerce à l'établissement apporte également ses compétences auprès des équipes. Les traitements médicamenteux destinés à soulager la douleur sont fournis par la pharmacie à usage intérieur. Un travail de partenariat et de filière sur les soins palliatifs est réalisé avec une unité de Mamers.

Le comité d'éthique créé en 2011 contribue à la sensibilisation des professionnels sur la préservation des libertés individuelles fondamentales et le respect des droits des patients.

Dans l'unité Reno Beausoleil qui abrite des patients chroniques présents de longue date et dont les projets de sortie sont limités, l'équipe assure la promotion de l'hygiène corporelle des patients et assure l'assistance lorsqu'elle paraît nécessaire. L'hygiène bucco-dentaire est assurée par le cabinet dentaire installé dans l'établissement et ouvert un jour par semaine.

Le Centre Psychothérapique de l'Orne a fait le choix stratégique d'assurer une restauration en liaison chaude dont les normes de conformité et de sécurité alimentaire sont très contraignantes, afin d'assurer une restauration de qualité à ses patients. Les menus sont établis par le responsable de la cuisine et les régimes sont prescrits par les médecins. Une commission des menus se réunit régulièrement.

Un guide des droits des patients et une présentation de l'évolution des droits des patients figure dans la gestion documentaire mise à disposition des professionnels.

Les procédures et protocoles nécessaires à l'appropriation des sujets de la bientraitance et des droits des

patients sont disponibles dans la gestion documentaire de l'établissement.  
Les locaux d'accueil de l'établissement sont adaptés à leur destination. Cependant, les conditions d'hébergement ne permettent pas toujours le respect de l'intimité des patients. Il reste en effet des unités dont les chambres, simples ou doubles, sont dépourvues de douches, lavabos ou WC (unité pour adolescents, unité Reno-Beausoleil). Les projets architecturaux du plan directeur de l'établissement permettront d'y remédier à terme.  
Les conditions matérielles pour la rencontre des familles ou la prise de repas entre le patient et ses proches sont assurées (salons dans les unités). Les horaires de visite sont affichés dans les unités.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les plaintes et réclamations ainsi que les demandes d'accès au dossier sont consignées dans un registre spécifique. Un accusé de réception est systématiquement envoyé au demandeur.  
La gestion des plaintes et réclamations ainsi que des demandes d'accès au dossier médical est assurée par un tableau de bord tenu par la personne en charge des relations avec les usagers. Les délais de réponse sont analysés.  
Le tableau de bord de suivi des plaintes et réclamations est conforme aux attendus.  
La médiation médicale ou non médicale est proposée dans les courriers envoyés pour accuser réception de la demande.  
Les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne de la promotion de la bientraitance et le respect des droits des patients sont mises en œuvre. Les patients sont informés de leurs droits et le signalement des suspicions de maltraitance est protocolé.  
Ce protocole est diffusé et fait l'objet de rappels réguliers auprès des équipes.  
Les interfaces sont opérationnelles entre les secteurs cliniques, médicotechniques, techniques et logistiques, administratifs. Elles sont assurées par les instances, groupes de travail, l'intranet de l'établissement.  
Le service qualité, qui assiste aux commissions, comités et groupes de travail qui se réunissent dans l'établissement est en charge de la mise en cohérence de l'ensemble des actions.  
Les restrictions de libertés ne font toutefois pas toujours l'objet d'une prescription médicale écrite et réévaluée périodiquement. Une investigation terrain menée dans une unité de patients chroniques au long cours de 27 lits est appelée à réduire sa capacité pour accueillir les quelques patients restant dans un autre pavillon devant fermer pour la fin d'année 2015. Au cours de cette investigation, la question de la pose de contention a été abordée. Un seul patient était concerné et il est apparu dans le dossier que la prescription de la contention pour ce patient datait du 29 juin 2013 et valait jusqu'au 13 décembre 2014. A la date de la visite, le 2 juin 2015, le patient continuait à être contentonné chaque nuit dans son lit "avec accord de la maman" sans qu'aucune nouvelle prescription ou réévaluation ne figure à son dossier.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des bilans annuels sont établis et diffusés dans l'établissement (Cruqpc, Paqss, Evènements indésirables, Accès aux dossiers, Plaintes et réclamations).  
Le suivi d'indicateurs lpaqss et d'indicateurs spécifiques permet de vérifier l'effectivité de la mise en œuvre des actions : nombre de réunions, nombre de professionnels ayant établi une FEI (36 %), diversité des fonctions exercées par les déclarants (34 %), nombre d'EI déclarés (609), taux de retour des questionnaires de satisfaction, etc.

### A / AGIR

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

Le plan d'actions qualité et sécurité des soins est régulièrement suivi par le COGRV (Comité de gestion des risques et des vigilances) qui se réunit tous les 15 jours. Chaque fois qu'il est nécessaire, il est actualisé en fonction des évènements déclarés, de leur fréquence, de l'apparition de nouveaux risques. Il est présenté au Comité de Pilotage Unique et aux instances de l'établissement.  
Certains points à risque font l'objet d'études approfondies, régulières et suivies. Il en est ainsi de la mise en chambre d'isolement notamment. Une fiche de recueil des données a été élaborée et utilisée pendant un certain laps de temps au terme duquel un bilan a été fait sur les points à améliorer. Les actions déterminées ont été planifiées et les modalités de suivi définies.  
Les patients sont invités à se manifester sur certains critères dans le questionnaire de satisfaction qui leur est remis. L'établissement a la possibilité, par cet outil et son analyse, de prioriser les points à améliorer. Cela a été le cas pour la désignation de la personne de confiance. Les résultats sont transmis aux services et sont à l'origine de la définition d'actions d'amélioration.  
D'autres tableaux de bord sont diffusés en interne.  
La remise du livret d'accueil fait l'objet d'une procédure. Le questionnaire de satisfaction du patient

reprend cet item dont les résultats sont faibles. La thématique de la remise du livret d'accueil au patient a alors immédiatement été intégrée dans le programme de la journée de formation dispensée en interne sur les droits et l'information du patient.



# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

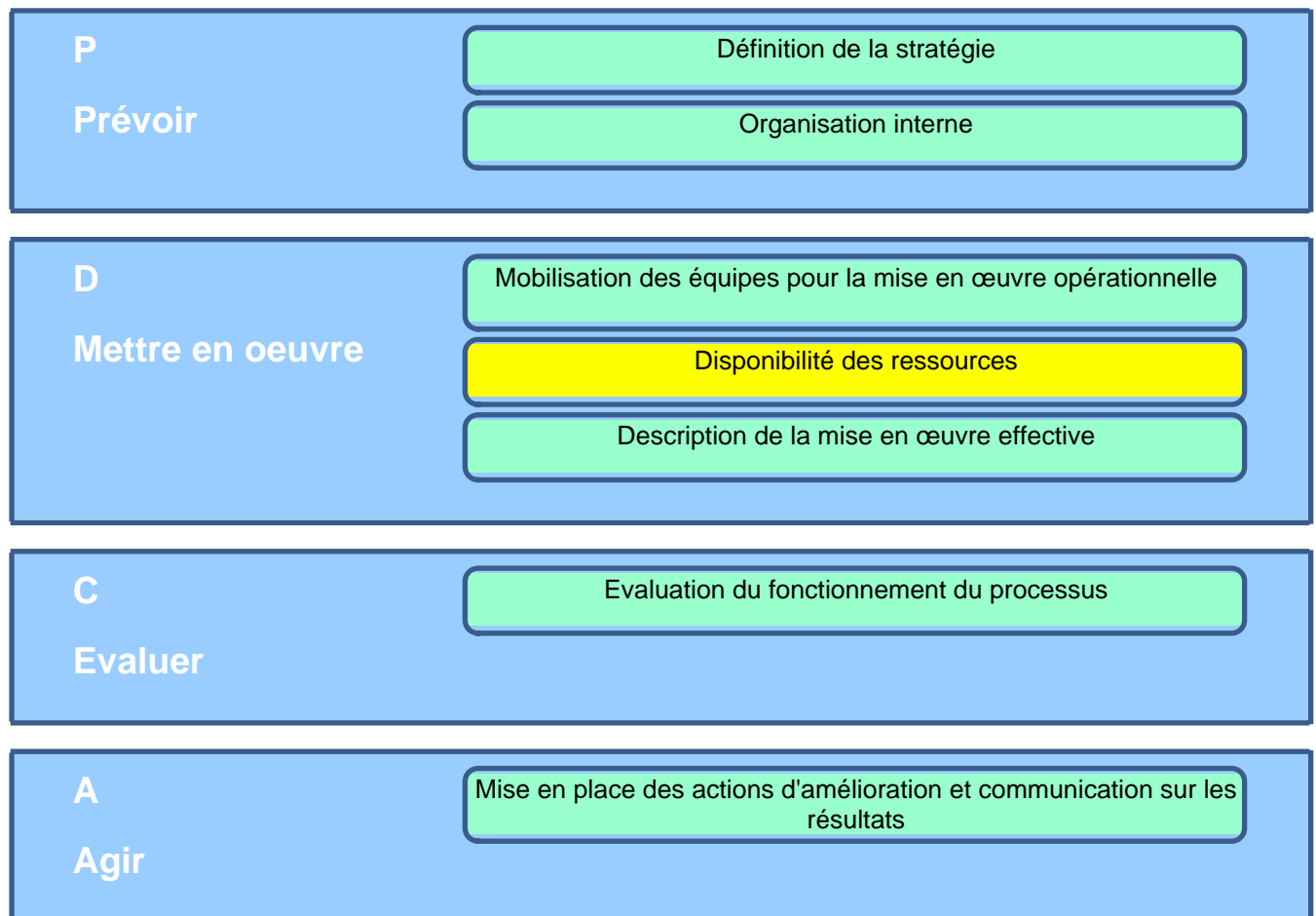
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre Psychothérapique de l'Orne est un établissement de santé mentale qui accueille des patients adultes sur les 2/3 du département et des enfants et adolescents sur la totalité du département.

Le processus du parcours du patient est défini dans le projet médico-soignant 2014-2018 de l'établissement. Celui-ci a été élaboré au regard des orientations nationales et régionales dont le Programme régional de santé et de l'identification des besoins de la population, de l'offre de soins et des ressources existantes. Il comporte un volet somatique.

Pour définir ses objectifs l'établissement s'est appuyé sur les observations de la précédente certification, les EPP, les indicateurs sur le dossier.

Les risques inhérents au parcours du patient identifiés dans le compte qualité de l'établissement (risque suicidaire, prise en charge somatique,.... ) sont quant à eux développés dans le volet d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins 2014-2018.

Les objectifs visant à l'amélioration du parcours des patients déclinés respectivement dans le projet médico-soignant et dans le volet d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ont été respectivement validés par les instances ( CME, CSIRMT, ..) et sont déclinés dans des programmes d'actions formalisés.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus du parcours patient est assuré par la présidente de la CME et le directeur des Soins ( projet médico-soignant) et par la responsable qualité (programme actions qualité et sécurité des soins). Ce pilotage a été validé par les instances de l'établissement lors de réunions formelles et se retrouvent dans les fiches de missions du directeur des soins et de la responsable qualité

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement a développé dans son plan de formation des actions spécifiquement dédiées au parcours du patient (risque suicidaire, écoute du patient, gestes et soins d'urgence) et identifié les ressources matérielles ( matériel d'urgence,...) et les procédures et documents nécessaires (plaquette d'information sur la PASS, procédures d'accueil du patient, prise en charge du risque suicidaire, prise en charge des urgences vitales,...).

Cependant, selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés ne sont pas proposés aux patients.

L'établissement a développé un projet de réhabilitation sociale mais n'a pas développé de programme d'éducation thérapeutique du patient et l'offre de programmes d'éducation thérapeutique au sein du territoire de santé n'est pas identifiée.

Les procédures sont accessibles aux professionnels via le logiciel informatisé de gestion documentaire de l'établissement. Un processus d'intégration est en place sur l'établissement afin d'accompagner la prise de fonction des nouveaux arrivants.

Un plan de maintenance des équipements est en place.

La coordination autour des risques en lien avec le parcours patient est organisée avec la cellule qualité gestion des risques et avec la Commission des soins. Néanmoins, l'établissement n'a pas organisé la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge nutritionnelle en lien avec le CLAN. L'établissement n'a pas défini de dispositif de prise en charge des troubles nutritionnels. En dehors des deux unités d'hospitalisation complète situées sur le CH de L'Aigle, l'établissement n'a pas de diététicienne.

De plus, le CPO n'a pas organisé le suivi somatique de ses patients.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Compte tenu de ses risques et besoins, l'encadrement supérieur et de proximité de chaque secteur d'activité organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle.

Les professionnels sont informés de l'état d'avancement lors des réunions organisées au niveau institutionnel sur le déploiement du projet médico-soignant et des actions mises en œuvre dans le cadre du programme d'actions qualité et sécurité des soins par l'encadrement des unités de soins.

Les informations sont également diffusées aux professionnels via l'accès Intranet et par le biais des bulletins d'information.

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques et des besoins de formation, notamment lors de l'entretien annuel d'évaluation.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des dispositifs de garde et d'astreinte médicale, de garde administrative permettent d'assurer la

continuité de la prise en charge des patients dans les structures d'hospitalisation complète 24 heures sur 24. Les tableaux de garde et d'astreinte sont accessibles dans les différents secteurs d'activité et sont actualisés par le secrétariat de la Direction Générale. Cependant, le suivi somatique des patients n'est pas organisé tout au long de la prise en charge. L'identification d'un seul ETP de médecin généraliste ne permet pas d'assurer la couverture des besoins en soins somatiques.

Les locaux et matériels sont fonctionnels, adaptés aux besoins et disponibles dans les secteurs d'activité.

Un chariot d'urgence vitale est accessible dans chaque unité d'hospitalisation complète. Les structures ambulatoires, situées en majorité à proximité des centres hospitaliers font appel au SAMU en cas d'urgence vitale. Les professionnels ont à leur disposition les coordonnées des spécialistes internes et externes à solliciter en cas de recherche d'un avis compétent.

Les procédures sont accessibles via le logiciel de gestion documentaire informatisé. Des classeurs sont également disponibles dans les services de soins.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs d'activités mettent en œuvre l'organisation des parcours et de chaque étape de la prise en charge des patients dans les unités d'hospitalisation complète et les structures ambulatoire, de son admission à sa sortie.

L'accueil du patient est assuré. L'évaluation initiale de l'état de santé du patient est tracée dans le dossier informatisé et comporte les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels (recueil de l'IMC), le bilan somatique ainsi que le recueil des données réalisé par les professionnels paramédicaux.

L'évaluation continue est tracée dans le dossier du patient.

Cependant, les patients à risque suicidaire ne sont pas systématiquement identifiés. La grille d'identification du risque suicidaire n'est pas toujours utilisée. De plus, un projet de soins personnalisé n'est pas systématiquement élaboré. Le projet de soins personnalisé ou thérapeutique n'est pas retrouvé dans plus de la moitié des unités investiguées.

Des temps de rencontre hebdomadaires (staff, réunions d'équipe, réunions de synthèse) sont organisées entre les professionnels de la structure de soins, du pôle et avec les partenaires extérieurs d'amont ou d'aval.

La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein du CPO est connue des professionnels. Un chariot d'urgence est disponible au sein de chaque unité d'hospitalisation complète et les professionnels sont formés aux gestes d'urgence.

Des actions d'éducation à la santé sont proposées aux patients (équilibre alimentaire, hygiène corporelle,...).

La sortie du patient est organisée en concertation avec le patient, son entourage et les professionnels. Les informations relatives à sa sortie sont colligées dans le dossier informatisé. Néanmoins, le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas toujours transmis dans les délais réglementaires. Le recueil des indicateurs 2014 sur les données 2013 indiquent que le courrier de fin d'hospitalisation transmis dans un délai supérieur à 8 jours est retrouvé dans près de la moitié des dossiers. Les dossiers de patients ayant séjourné en hospitalisation temps plein et suivis en CMP, vus par les experts-visiteurs, ne comportaient pas systématiquement de courrier de sortie.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs relatifs aux troubles nutritionnels, délais d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation) et en assure le suivi. L'établissement évalue le processus du parcours patient par des réunions propres à chaque service ou secteur et s'appuie sur des indicateurs de durée d'hospitalisation, de fréquence et de passages à l'acte autoagressif.

L'établissement a mis en place plusieurs EPP en lien avec le parcours du patient : prévention du risque suicidaire pour les patients du CPO, prise en charge des tentatives de suicide chez l'adolescent de 10 à 18 ans, amélioration de la sortie des patients.

## A / AGIR

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

Un suivi semestriel du programme d'actions qualité et sécurité des soins est assuré par la responsable qualité. La communication de ces résultats est assurée auprès des instances et les résultats (dont les indicateurs IPAQSS) sont diffusés aux professionnels et affichés dans les lieux de soins.



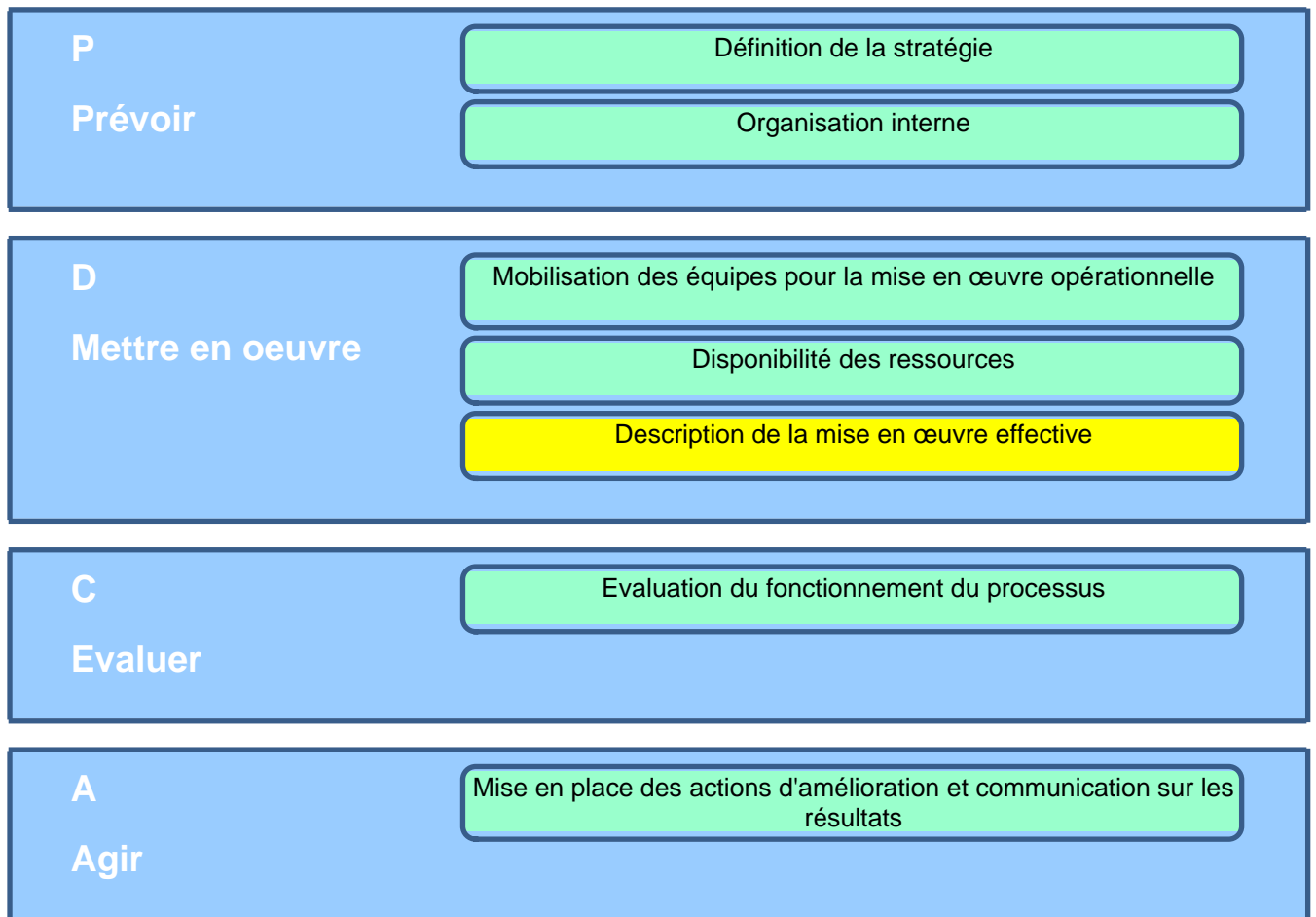
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le centre psychothérapique de l'Orne, est mono-activité : il prend en charge les patients adultes atteints de troubles psychiques des trois quarts du département et de l'intégralité des enfants. Il repose sur des structures intra-hospitalières (sur deux sites) et extra-hospitalières. L'établissement a identifié ses risques relatifs au dossier du patient qu'il a reportés dans son compte qualité (absence d'éléments importants constitutifs des étapes de la prise en charge, méconnaissance des règles de tenue du dossier patient par les professionnels, ...). Des plans d'actions et des axes d'améliorations sont établis (EPP "tenue du dossier patient", lettre d'information du SIH, ...) et formalisés dans le plan d'action qualité. Les risques et le plan d'action ont été validés par les instances. L'établissement a établi un guide d'utilisation de son dossier informatisé.

**ORGANISATION INTERNE**

Le processus de gestion du dossier du patient est piloté conjointement par le DIM et par le service informatique. Les rôles sont identifiés, un responsable des archives est désigné. Les temps des différents professionnels ont été calibrés en fonction des besoins. Une formation par le DIM à l'utilisation du logiciel du dossier patient CARIATIDES ainsi qu'aux règles de gestion du dossier est prévue pour tous les soignants à leur arrivée.

L'établissement a des locaux spécifiques pour archiver les dossiers papier tant à Alençon qu'à L'Aigle.

Le logiciel du dossier patient est déployé sur l'intégralité de l'établissement.

L'établissement a établi un guide d'utilisation de son dossier informatisé. Les règles de tenue du dossier (ouverture, utilisation, conservation, accès, archivages) sont établies. Les règles d'accès et de communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge sont édictées.

L'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès sont organisées et sont inscrites dans le livret d'accueil.

Un plan de maintenance des équipements informatiques est en place ainsi qu'un suivi des investissements nécessaires dans le maintien du logiciel du dossier patient.

La gestion des interfaces entre les différents services fournisseurs (DIM, informatiques, achats), les utilisateurs (services soignants) et la cellule Qualité Gestion des Risques est organisée pour répondre au suivi des risques relatifs au dossier du patient.

**D / METTRE EN ŒUVRE**

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

La démarche institutionnelle autour du dossier patient est déclinée dans chaque unité en fonction de ses besoins spécifiques (type de fiches à mettre en place, grilles d'évaluation soignantes nécessaires à la prise en charge et à la coordination, informatisation du circuit du médicament, ...).

Les cadres rappellent les règles de tenues et d'utilisation du dossier du patient lors des staffs de services et font intervenir les référents dossiers de l'établissement.

Une revue de la conformité des pratiques est faite. Une information complémentaire est proposée en cas de dysfonctionnement ou à la suite de survenue d'un événement indésirable.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Le dossier est mis en œuvre par un personnel qui est formé aux différentes étapes du cycle de vie du dossier patient.

Une documentation existe sur les modes opératoires du logiciel et sur l'accès aux données antérieures au logiciel actuel. Ces données sont disponibles dans les secteurs d'activités via l'intranet.

Pour l'accès au dossier par le patient, une personne est dédiée et formée.

Des astreintes sont effectuées par le service informatique hors des heures d'ouverture de service afin d'assurer un support aux utilisateurs (matériel et logiciel métier dont le DPI).

Les ressources matérielles (ordinateurs) ont été calibrées pour répondre aux besoins des utilisateurs.

**DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Les différents secteurs d'activités connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues (organisation de la prise en charge autour du CMP, distinction entre hospitalisation aiguë et hospitalisation de suite). Les interfaces entre les secteurs sont assurées par le partage des informations grâce au logiciel et par des réunions de synthèses réunissant les différents services d'un pôle.

Néanmoins, l'accès du patient à son dossier n'est pas assuré dans les délais définis par la réglementation

: les délais de transmission des dossiers aux patients pour les dossiers de moins de 5 ans ne sont pas respectés, comme confirmé par les comptes-rendus de CRU.

Les règles et les protocoles d'utilisation du dossier informatisé ne sont pas connus de tous ainsi, les soignants rencontrés au CMP IJ de Flers, au CMP IJ de Bellême, au service Ecouves ne se sont pas appropriés le volet parcours de soins dans le logiciel mis récemment à leur disposition et les soignants n'ont pas connaissance du protocole d'accès au dossier par les patients.

## **C / EVALUER**

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

L'établissement évalue le dossier patient à la fois sur la base d'indicateurs nationaux (IPAQSS - Tenue du dossier patient, IHN taux d'informatisation du dossier patient, IHN taux de séjours pour lesquels il existe un CRH, ...), le suivi d'une EPP "tenue du dossier patient" et par le suivi des délais de transmission des dossiers aux patients.

Un audit portant sur l'utilisation du DPI et les attentes des professionnels a été mené en janvier 2015.

En 2015 également un audit sur les attentes des médecins libéraux a également été mené.

Ces 2 audits ont abouti à un plan d'action sur l'amélioration de l'organisation du DPI de l'établissement.

De plus, l'établissement fait un suivi des délais d'accès du patient à son dossier sur la base des indicateurs nationaux.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration sont intégrées au programme d'actions institutionnel et sont regroupées dans un plan d'actions spécifiques à la CRUQPEC.

Un audit portant sur l'utilisation du DPI et les attentes des professionnels a été mené en janvier 2015.

En 2015 également un audit sur les attentes des médecins libéraux a également été mené.

Ces 2 audits ont abouti à un plan d'action sur l'amélioration de l'organisation du DPI de l'établissement.

Le résultat des audits a donné lieu, entre autre, au déploiement du module « Parcours de soins ». Ce module, issu d'un développement interne et conjoint entre le DIM, la DSIO et la DSSI a permis de proposer une vue de la trajectoire du patient.

Une communication est réalisée via la liste de diffusion générale de courrier électronique et sur le journal interne.



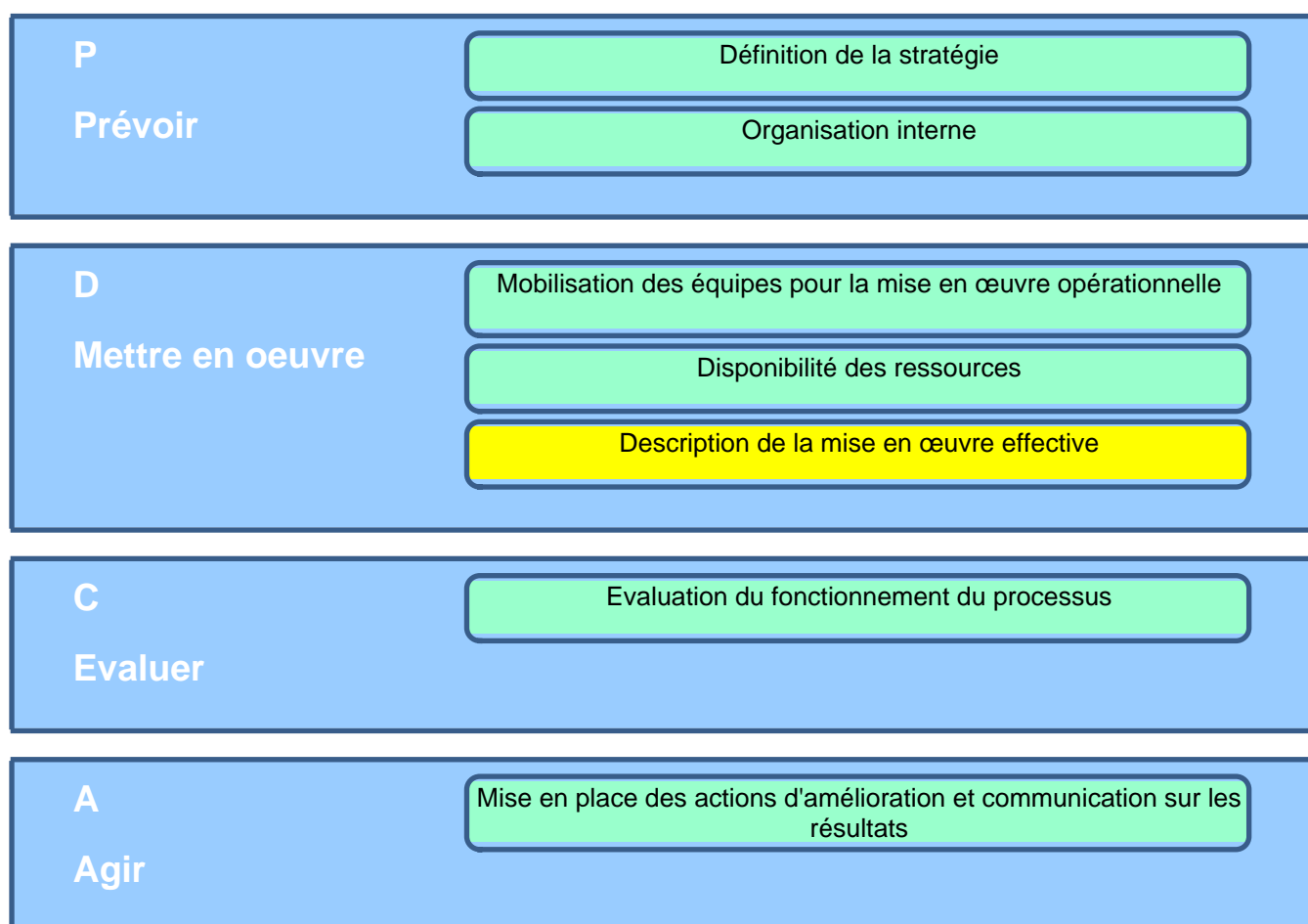
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient (PECM) avec des dispositions spécifiques au sujet âgé qui est cité dans le volet d'amélioration de la qualité pour 2014-2018. Cette politique du médicament 2015 (présentée en CME le 29/05/15) est élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques. L'identification prend en compte les données du CBUM, les données de la cartographie des risques, les actions définies lors de l'analyse des erreurs médicamenteuses. Les objectifs d'amélioration et les mesures de traitement des risques sont déclinés dans le plan d'actions. Le compte qualité de l'établissement est le reflet de la démarche de sécurisation du circuit du médicament qui est mise en œuvre.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Le pharmacien praticien hospitalier est le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. La gestion des interfaces est organisée afin de faciliter la concertation des professionnels et les secteurs d'activité. Le pharmacien, président de la CME, est le lien entre les différents acteurs. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés (fiches de mission en place). Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'est assuré de l'existence des ressources humaines (formations externes et internes suivies par le personnel soignant et pharmaceutique).

L'établissement est informatisé à 97.5% des lits et places pour la prise en charge médicamenteuse (prescription, analyse pharmaceutique, dispensation et administration).

La continuité du traitement médicamenteux est organisée de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus (procédure de gestion du traitement personnel validée en 2010). Dès qu'une prescription de nature somatique est effectuée, le pharmacien se déplace dans le service afin d'effectuer une conciliation médicamenteuse sur l'ensemble du traitement du patient. Cette conciliation est tracée dans un document conservé à la pharmacie. La permanence pharmaceutique est organisée (astreintes effectuées par les pharmaciens du Centre Hospitalier Intercommunal et dotations pour besoins urgents présentes dans chaque service d'hospitalisation).

Des fiches techniques sur certains médicaments à risque sont diffusées (AVK, morphiniques, nouveaux anticoagulants oraux, insulines). Cependant, la sécurisation de la dispensation, de la détention, du stockage et de l'administration des médicaments à risque n'est pas effective. Lors de la visite de l'unité de soins de jour (USJ Alençon) et du service Rochebrune (Alençon), il a été constaté que la liste des médicaments à risque n'est pas présente, qu'il n'y a pas d'identification (logo « à risque ») afin de sécuriser le stockage de ces médicaments et que les soignants ne sont pas informés sur la notion de médicament à risque.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Compte tenu des risques et des besoins de l'établissement, les responsables de la PUI et des secteurs de soins organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle de la prise en charge médicamenteuse (PECM) en objectifs et plans d'action opérationnels.

Le responsable du management de la qualité de la PECM (pharmacien chef de service) s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment les procédures et les consignes). Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs). Les résultats en sont communiqués aux équipes.

Des formations à destination des IDE sur la iatrogénie médicamenteuse sont organisées et réalisées par le pharmacien et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des formations à destination des IDE sur l'iatrogénie médicamenteuse ont été assurées par le pharmacien et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Cependant, ces actions de sensibilisation et de formation au risque d'erreur médicamenteuse ne sont pas menées pour l'ensemble des professionnels. Seulement 15 % d'IDE en ont bénéficié.

La documentation est mise à disposition dans les services sous forme papier ou informatisée. La sensibilisation est faite via la diffusion des Pharm'Info et par les CREX réalisés. Néanmoins, les procédures de la gestion documentaire du circuit du médicament ne sont pas appropriées par l'ensemble

du personnel soignant. Dans le service de Rochebrune, les soignants ne savaient pas comment trouver la procédure de gestion du traitement personnel et la procédure relative aux médicaments à ne pas écraser dans la gestion documentaire informatisée. Les documents tels que le manuel qualité, la procédure de prescription informatisée qui ont été validés le 29/05/15 et diffusés le 01/06/15, ne sont pas appropriés par les soignants.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations prévues pour la prise en charge médicamenteuse sont mises en œuvre à la PUI et dans les services de soins. La maîtrise des points critiques est assurée : reconditionnement des médicaments le nécessitant, respect de la chaîne du froid. Le suivi de la température des réfrigérateurs de la PUI et des offices infirmiers est effectué et tracé.

Les prescriptions sont conformes à la réglementation. Le circuit du médicament (prescription, dispensation, analyse et administration) est informatisé à 97.5%. A l'hôpital de jour d'Argentan les prescriptions sont manuscrites. Le livret thérapeutique est accessible dans la gestion documentaire informatisée .

Cependant, les règles de prescription et d'administration ne sont pas toujours mises en œuvre. En USJ, le transfert informatique à partir de la précédente prescription de sortie n'avait pas été réalisé. Un médicament qui n'était plus prescrit apparaissait encore sur la prescription et le plan d'administration. Pour l'ensemble du CPO, la prescription des « si besoin » se fait sans durée et sans référence à des situations ou à des signes cliniques. L'administration ou non de ces médicaments est laissée à l'appréciation de l'IDE.

Dans la très grande majorité des services, la traçabilité de l'administration étant informatisée, elle est donc réalisée sur le même support que la prescription. Cependant, les prescriptions de l'hôpital de jour d'Argentan étant manuscrites puis collées sur la page d'un cahier, les IDE les retranscrivent sur les autres pages afin de pouvoir y tracer les administrations.

Les règles d'administration des médicaments ont été réactualisées à la suite de l'EPP sur ce thème et la mise en œuvre de son plan d'action a été constaté par les experts : tous les médicaments sont identifiables et présentés sous forme de blister dès lors qu'il ne s'agit pas de dose unitaire.

Les règles de gestion du traitement personnel sont mises en œuvre cependant elles ne sont pas respectées dans l'ensemble de l'établissement. Lors de la visite de l'unité de soins de jour (USJ du Pole Centre Alençon), il a été constaté qu'un médicament qui n'était plus prescrit était resté rangé dans la boîte nominative du patient. Au CMP/hôpital de jour de Bellême, des médicaments personnels issus d'une officine de ville sont stockés pour « dotation » utilisée ensuite dans le service.

Des fiches techniques sur certains médicaments à risque sont diffusées (AVK, morphiniques, nouveaux anticoagulants oraux, insulines).

La délivrance pour les besoins urgents est assurée par les dotations présentes dans tous les services et par l'astreinte 24h sur 24 des pharmaciens du Centre Hospitalier Intercommunal.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles: le pharmacien a accès aux données cliniques du patient et à tous les résultats biologiques. Il se déplace dans les services de soins afin de rencontrer les médecins et les soignants.

La dispensation nominative des médicaments (y compris les stupéfiants) est effective pour l'ensemble du Centre Psychiatrique de l'Orne.

La totalité des analyses pharmaceutiques (niveau II) des prescriptions de tous les services est assurée par le pharmacien hospitalier. Des avis pharmaceutiques sont transmis aux médecins par le pharmacien qui s'assure de leur prise en compte et des actions mises en place par le prescripteur.

Le respect des règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments (hygiène, sécurisation, chaîne du froid) est mis en œuvre. Cependant, les médicaments à risque ne sont pas identifiés afin de sécuriser leur stockage.

L'optimisation des stocks à la PUI est effective et présentée aux instances dans le rapport annuel d'activité.

L'information des patients sur le bon usage des médicaments est effectuée par les médecins et infirmières dès lors que nécessaire dans l'ensemble du Centre Psychiatrique de l'Orne.

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

Les instances (CME, COMEDIMS, CSIRMT et COGRV) sont opérationnelles.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les indicateurs IPAQSS relatifs au circuit du médicament sont suivis et renseignés dans le compte qualité. Dans le cadre du CBUM, un audit sur l'administration est régulièrement effectué. Des évaluations sont faites par la pharmacie sur la conformité des tiroirs nominatifs présents dans les services. Plusieurs EPP ont été conduites et ont abouti à des actions d'amélioration (Audits sur les associations de correcteurs aux anti-psychotiques, par exemple). Des CREX erreurs médicamenteuses se réunissent régulièrement (5 depuis janvier 2015) et analysent les évènements indésirables liés au circuit du médicament tout en assurant la rétro information du déclarant.

## A / AGIR

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

Des actions d'amélioration et communication des résultats sont mises en place. Les IDE rencontrées par l'expert étaient au courant des actions mises en œuvre à la suite de l'EPP sur l'administration (présentation des médicaments sous blister). Également, l'EPP menée sur le respect des périodicités d'administration des neuroleptiques retard a conduit à des actions mises en place dans les services de soins. Le pharmacien communique les résultats des actions mises en place aux soignants en diffusant des PHARMINFOS. La communication des actions auprès des tutelles est effective (CBUM).