



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE MEDICO
PSYCHOLOGIQUE
FRANCOISE MINKOWSKA

12 rue Jacquemont
75017 Paris
MAI 2019

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	14
PARCOURS DU PATIENT	17
DOSSIER PATIENT	22
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	25

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE FRANCOISE MINKOWSKA	
Adresse	12 rue jacquemont 75017 Paris
Département / région	PARIS / ILE DE FRANCE
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	750001190	ASSOCIATION FRANCOISE ET EUGENE MINKOWSKI SANTE MENTALE	12 rue jacquemont 75017 PARIS 17
Etablissement de santé	750710782	CENTRE MEDICO- PSYCHOLOGIQUE FRANCOISE MINKOWSKA	12 rue jacquemont 75017 Paris

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	1

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Mutualisation du dossier patient informatisé (collectif d'établissements parisiens) et du traitement des données PMSI par un DIM commun. Financement ARS (Hôpital numérique) pour le démarrage du projet. Convention passée avec l'Association Gombault Darnaud, référente du projet et gérant 4 établissements. Sont également partenaires l'Association CEREP-Phymentin (5 établissements), et les Hôpitaux de jour La Grange Batelière, Les Lierres, Les Vignolles et Jouy en Josas, soit 14 établissements au total : Depuis Décembre 2017 Domaine : Systèmes d'information
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 (A).

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	/	Psychiatre générale	A définir	/	/	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

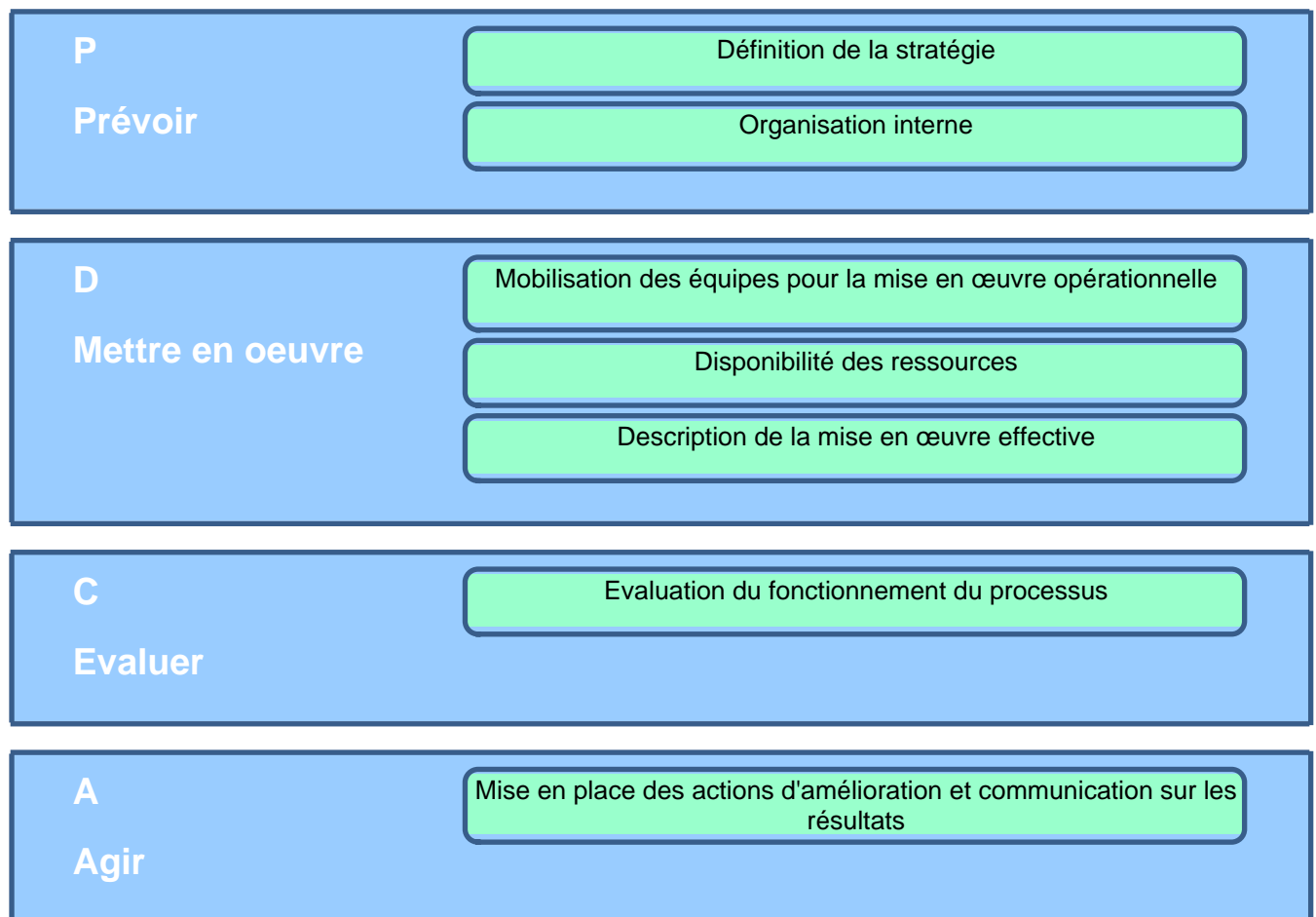
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie du centre médico-psychologique (CMP) Françoise Minkowska, en matière de qualité et de gestion des risques est élaborée sous la responsabilité du conseil d'administration de l'association et du directeur de la structure, aidé par un consultant externe. Elle a été traduite dans le projet d'établissement 2015-2019 validé par le conseil d'administration. Ce projet comporte peu d'actions prioritaires, dont la certification par la HAS, car son champ d'activité est réduit. Le programme d'actions qualité et sécurité des soins est élaboré à partir de la cartographie des risques, incomplète cependant au regard de l'activité citée, et sert à alimenter le compte qualité qui a été actualisé le 2 septembre 2018. L'évaluation est traduite par le suivi d'indicateurs, le résultats des EPP en cours et le suivi du plan d'amélioration de la qualité. La réglementation et les recommandations de la dernière visite de certification sont prises en compte. Les représentants des usagers sont tenus informés de la démarche qualité. La gestion de crise est organisée via un plan blanc "allégé" au regard de l'activité du CMP, en date du 1^{er} octobre 2013.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage opérationnel de la qualité et des risques est assuré par le directeur, responsable qualité (RAQ), assisté d'un comité de pilotage (COFIL) pour le suivi du processus sur la structure. Les attendus génériques de la mission des pilotes sont identifiés. L'ensemble du système repose sur 3 à 4 personnes: le directeur, son adjointe, le référent médical et selon les thématiques ciblées, l'IDE. Par ailleurs les règlements intérieurs des instances en place (COFIL qualité, CDU, CME, etc.) existent et ont été actualisés le 23 novembre 2018. Les instances classiques "hospitalières" (CLIN, CLAN, COMEDIMS...), ne sont pas représentées au sein du CMP car inadaptées à l'activité de la structure. L'IDE est référente hygiène pour la structure. Une gestion documentaire est en place et comporte quelques documents par processus dont la fiche incident. Les EPP sont validées par le COFIL et la CME (3 actuellement). Les actions mises en place sont intégrées dans le PAQSS. Des conventions avec les prestataires sont signées pour la sécurité incendie, le nettoyage et la destruction d'archives papier notamment.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mise en œuvre du PAQSS est déclinée sous la responsabilité de la direction. Les référents des processus et l'IDE participent à la mise en place d'actions à destination des professionnels : audits ciblés, diagnostics flashs remontée d'informations, etc. ce qui participe au déploiement de la démarche qualité. Par ailleurs les agents sont régulièrement informés et sensibilisés par la direction sur les enjeux de la qualité et la gestion des risques lors des réunions hebdomadaires pluridisciplinaires, et par notes de service ou d'information. Les équipes médicales et non médicales sont sollicitées depuis 2013, dans la réalisation des audits, des patients traceurs et lors de l'analyse des événements indésirables. Ceux-ci donnent lieu à quelques CREX mais sans traçabilité systématique. Les équipes sont accompagnées au niveau méthodologique par la direction et le consultant externe.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en effectif et compétences professionnelles sont pris en compte et disponibles au sein du CMP. Les réunions hebdomadaires permettent les passages d'informations orales et /ou écrites. Tous les agents sont formés au signalement des incidents y compris les nouveaux arrivants. Les ressources en matériels, locaux, équipements sont disponibles et adaptées aux besoins du CMP. La sécurité des biens et des personnes est assurée, sauf la sécurité incendie dans les 2 locaux d'archivage des dossiers papier (cf thématique dossier patient), avec une présence effective de professionnels formés.

Toutefois, la gestion documentaire n'est pas totalement opérationnelle. Les documents relatifs aux activités propres de la structure, documents qualité et sécurité des soins, sont disponibles depuis un serveur mutualisé. Cependant, il faut passer par un lien envoyé par mail par le directeur pour y accéder. En cas de suppression du mail, il n'est pas possible à ce jour d'accéder directement à la base documentaire sauf à redemander le lien ad hoc au directeur. Les procédures papiers actualisées sont tout de même archivées dans le bureau du directeur et sont accessibles à tous les professionnels de la structure.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels du CMP connaissent l'organisation définie pour la maîtrise des risques liés aux prises en charge du patient. Par exemple, lors de chaque admission, le risque suicidaire est recherché et tracé dans le dossier. L'analyse des risques a posteriori est opérationnelle avec une démarche structurée qui organise le recueil

et l'analyse des événements indésirables, des plaintes et réclamations, l'exploitation des questionnaires de satisfaction (2 campagnes /an). Le tableau des indicateurs, en routine et de suivi spécifique au CMP, est renseigné: nombre de fiches d'incidents (17 incidents déclarés en 2017 et 15 en 2018 jusqu'à fin novembre), de dysfonctionnement du matériel informatique, de plaintes et réclamations, etc. Les interfaces entre les professionnels intervenant au CMP sont organisées via des réunions hebdomadaires entre les professionnels et l'usage de la messagerie interne.

D'autre part, la stabilité des agents et des psychiatres facilite l'appropriation de la démarche au sein de la structure. La traçabilité des actions qui sont mises en œuvre est en grande partie assurée à l'exception des CREX.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation du système de management de la qualité et la sécurité des soins par des audits ciblés selon des fréquences définies et variables en fonction des thèmes (2 à 3 fois par ans pour les audits de dossiers, 1 fois/an pour les diagnostics flash sur l'ensemble des thématiques du PAQSS). L'établissement assure le recueil d'indicateurs spécifiques en lien avec les incidents déclarés survenus dans la structure (tentative de suicide, état d'agitation d'un patient détenteur d'une arme blanche, etc.). Depuis 2013, trois audits patients traceurs sont réalisés chaque année. Trois démarches d'évaluations de pratiques professionnelles sont engagées à ce jour et des indicateurs de routine découlent d'EPP closes (par exemple pertinence des orientations et amélioration de la prise en charge). L'évaluation de la satisfaction des usagers ainsi que l'exploitation des plaintes et réclamations sont effectives même si, au vu des l'activité et de la population accueillie, cela reste marginal. La CDU est informée des résultats et participe à l'évaluation du processus. La nouvelle RU vient tout juste d'arriver (mi novembre). Les indicateurs en lien avec les sécurités réglementaires sont suivies et tracées.

A / AGIR

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

Le programme d'actions fait l'objet d'une révision annuelle par la direction. Les actions d'amélioration prioritaires mises en œuvre dans le PAQSS sont intégrées et articulées avec le compte qualité. Sur les 17 Fiches d'incidents signalées en 2017, certaines ont donné lieu à des CREX mais sans élaboration de procédures écrites à la suite de l'événement (par exemple patient agité détenteur d'un couteau en consultation). Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et des actions est réalisée en interne par la messagerie, par les notes d'information, lors des réunions entre professionnels et avec la direction, et auprès des usagers via la CDU.

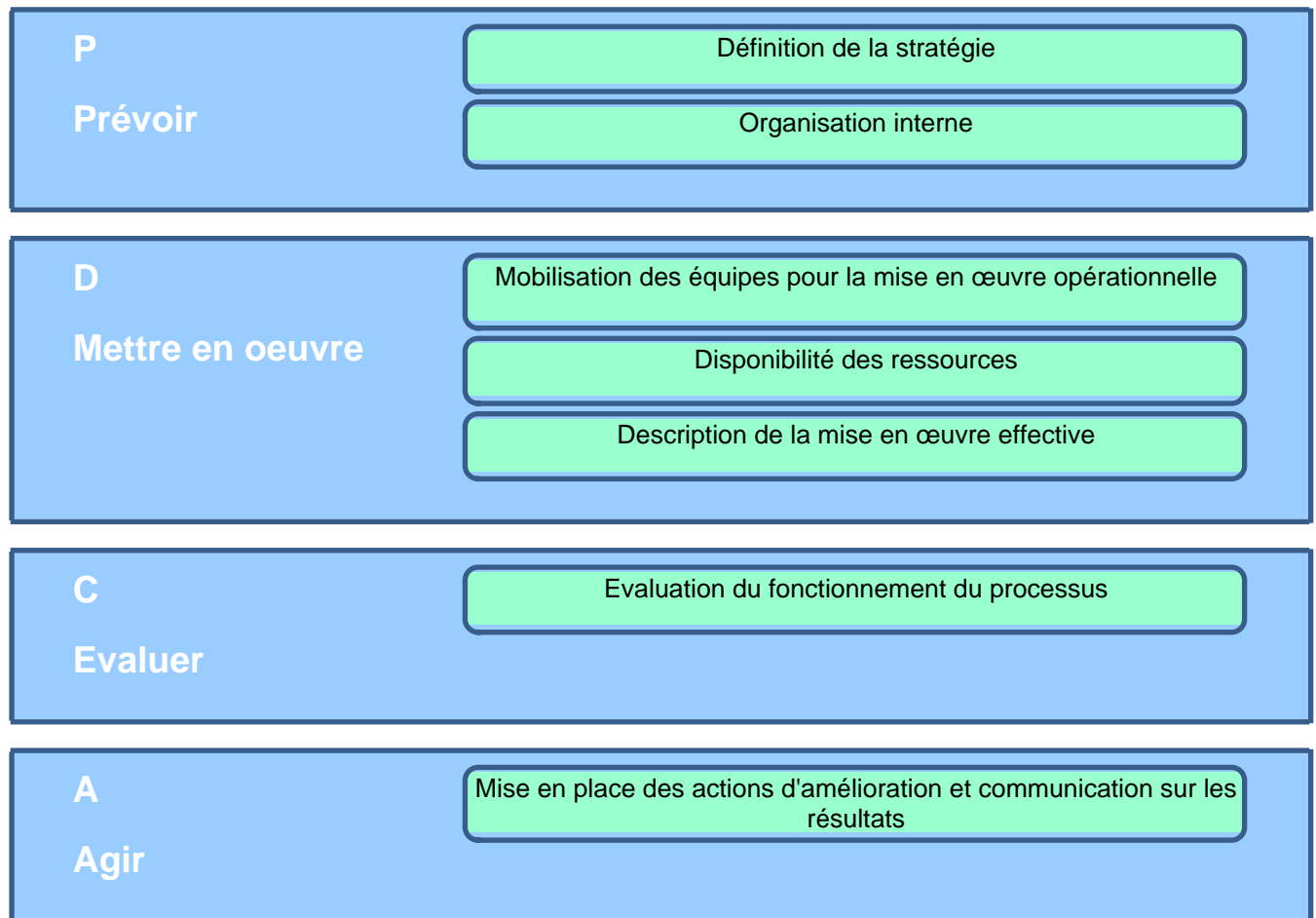
DROITS DES PATIENTS

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CMP reçoit uniquement des patients réfugiés et migrants, quasi exclusivement sur RV et donc très peu en admission directe. Le respect du droit des patients est inscrit dans le projet d'établissement 2015/2019, et repris dans le document "Orientations stratégiques" version 2, du 18 juin 2018. La démarche est centrée sur la personne accueillie et pas seulement sur sa culture. La CDU a eu connaissance de cette stratégie mais il n'y avait plus de représentants de usagers de septembre 2016 à mi novembre 2018, au Centre F. Minkowska. Les 2 risques prioritaires identifiés par le CMP sont reportés dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le directeur est garant de la mise en œuvre de la politique définie sur les droits des patients en lien avec la CDU. Le livret d'accueil diffusé en 3 langues (français, anglais et espagnol) depuis le 27 octobre 2016, intègre la charte de la personne hospitalisée et consacre plusieurs chapitre sur les droits du patient, plaintes et réclamations, existence de la CDU, accès au dossier médical, etc. La charte du patient est en outre affichée dans la salle d'attente du CMP en 3 langues également. La CDU est en place, le règlement intérieur rédigé et une nouvelle représentante des usagers vient d'arriver à la mi novembre. Les attendus génériques de la mission des pilotes sont identifiés. Le recueil de la personne de confiance et de la personne à prévenir est organisé dès l'admission. Les mineurs sont accompagnés et les informations leur sont délivrés s'ils sont en âge de les comprendre. Les projets de prise en charge, l'organisation et les pratiques permettent le respect des libertés individuelles.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mise en œuvre du PAQSS est déclinée sous la responsabilité de la direction. Les référents des processus et l'IDE participent à la mise en place d'actions à destination des professionnels. La mise en place notamment depuis 2013 de la méthode du patient traceur mobilise les professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs de l'établissement sur le droit des patients. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le tableau des emplois et la formation continue et/ou diplômante (DU) mise en place par l'établissement, permet d'avoir une diversité des compétences recherchées pour la prise en charge des patients. A ce jour, l'infirmière, 1 psychiatre, 1 psychologue, l'adjointe de direction et 1 assistante sociale, ont un DU "santé, maladie, soins et compétences culturelles" en lien avec leur exercice professionnel et le public accueilli. La bientraitance fait l'objet de questionnement régulier, et les délais d'attente pour un premier RV sont un des indicateur cibles du processus. Ce temps d'attente est d'environ 15 jours pour une première prise en charge. Les patients accueillis étant autonomes, la salle d'attente a été reconfigurée afin de permettre une gestion "calme" des patients. Le personnel est sensibilisé régulièrement lors des réunions sur cette notion de confidentialité des informations. La gestion documentaire est organisée et les agents du CMP ont tous accès au logiciel interne regroupant les procédures et protocoles existants au sein de l'établissement. Un médiateur médical et un non médical sont disponibles au sein de la structure. Les fiches de signalement des incidents sont accessibles sur informatique. Les bureaux sont en nombre suffisants pour recevoir les patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les personnes de confiance et à prévenir sont recherchées dès l'admission par les secrétaires. La traçabilité a été retrouvée dans tous les dossiers consultés. La recherche des directives anticipées n'est pas pertinente et non applicable au sein de la structure, au vu de la spécificité du public accueilli. Chaque patient peut bénéficier de la mesure de non divulgation de présence s'il le demande même si cela reste marginal. Les familles ou les tuteurs sont associés aux décisions si la situation le nécessite. La dignité et l'intimité des patients sont respectés. L'adhésion du patient est recherchée et tracée dans le dossier médical, même pour les mineurs s'ils sont en âge de comprendre. Le patient est tenu informé régulièrement de l'évolution de son état de santé, du réajustement éventuel de son traitement et/ou de son projet thérapeutique. L'accès du patient à son dossier est effectif et répond à la réglementation. La charte de la personne hospitalisée est affichée en 3 langues dans la salle d'accueil. La douleur est recherchée systématiquement à l'admission par l'IDE. La CDU se réunit selon la réglementation 4 fois par

an.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif des plaintes et réclamations est opérationnel avec en moyenne 2 réclamations par an. La plupart du temps les réclamations sont effectuées oralement et les professionnels ou la direction réagissent aussitôt au vu de la petite taille de la structure. La CDU a connaissance à chaque réunion des plaintes et réclamations, des fiches d'incidents en lien avec les droits des patients, du retour des questionnaires de satisfaction. L'analyse en est faite régulièrement par la direction. Le délai de communication du dossier au patient est suivi et conforme à la réglementation. Le bilan de la CDU est rédigé annuellement.

A / AGIR

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

Suite aux évaluations faites, au retour des fiches d'incidents, des plaintes et réclamations et des CREX éventuels, des actions prioritaires sont inscrites dans le compte qualité et mises en place dans le PAQSS (les 2 actions en cours sont toujours d'actualité: respect de la confidentialité et participation du patient à son projet de soins.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

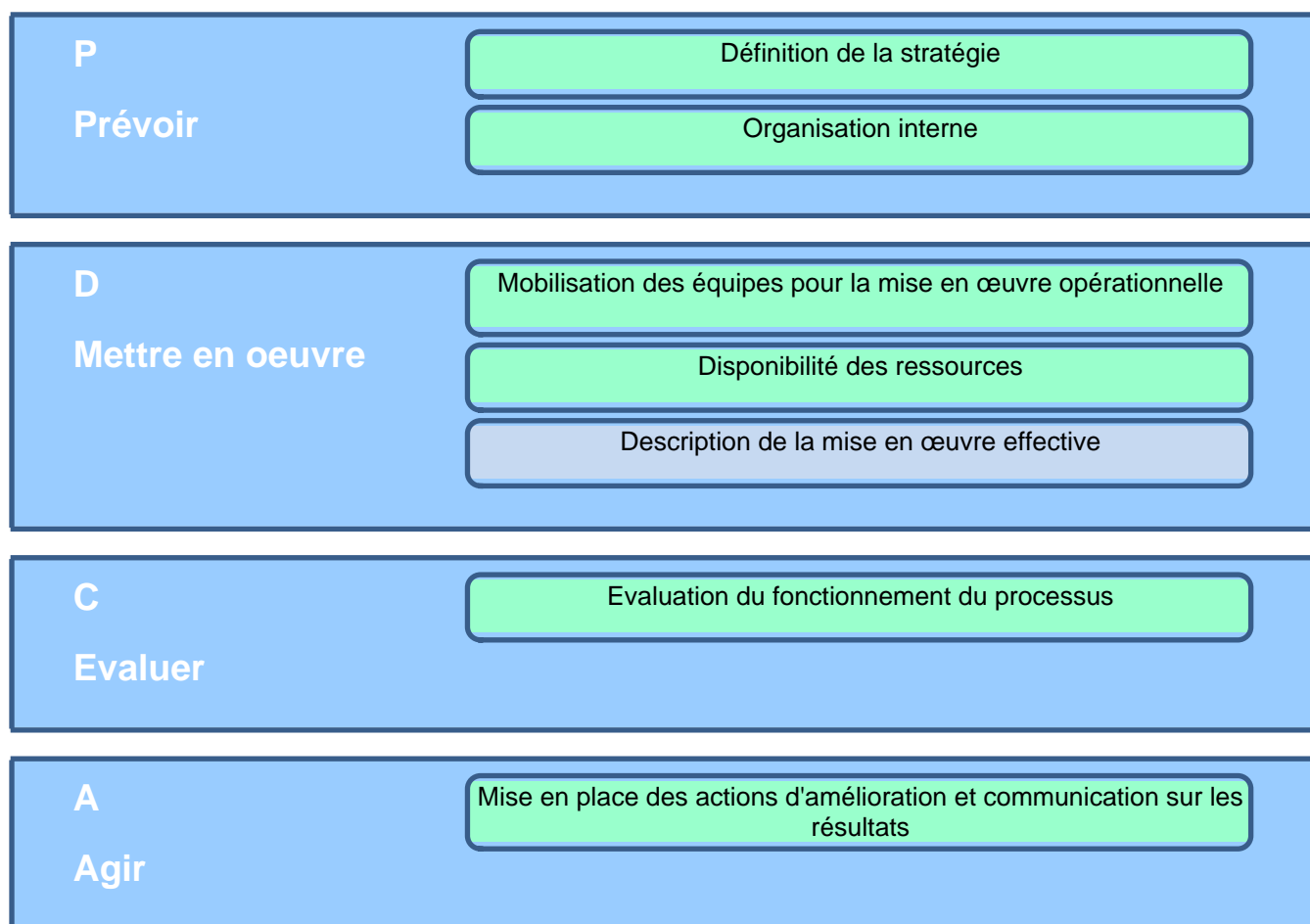
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Créé par l'association Françoise et Eugène MINKOWSKI, le centre Françoise MINKOWSKA est un établissement de santé mentale spécialisé dans l'accueil des personnes migrantes et réfugiées. Financé par l'assurance maladie, il s'inscrit dans le dispositif français de santé publique permettant aux patients d'être dispensés de l'avance des frais de prise en charge. A ce titre, une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, psychologues, anthropologue, assistante sociale et depuis 2016 une IDE, reçoivent en consultations uniquement, des personnes qui dans leur trajectoire migratoire ou dans leur parcours d'exil, rencontrent des difficultés psychologiques ou présentent des troubles psychiatriques. Les besoins identifiés par l'établissement sont en lien avec les orientations stratégiques du plan psychiatrie et santé mentale et le projet régional de santé. La déclinaison des objectifs collectifs du plan psychiatrie et santé mentale que sont : la prévention et la réduction des ruptures au cours de la vie de la personne, selon les publics et les territoires, entre la psychiatrie et son environnement sociétal, entre les savoirs valide les choix et orientations stratégiques de la structure. D'autre part, le centre MINKOWSKA a intégré dans son propre projet d'établissement les orientations principales du projet régional de santé d'Île de France à savoir: une amélioration de l'accès aux soins, un travail de prévention et d'information en santé mentale, une plus grande pertinence des orientations faites par les médecins généralistes, une meilleure performance de l'articulation entre le 1er recours que sont les médecins généralistes et le second recours avec les médecins psychiatres des structures de soins. Au regard de sa spécificité de prise en charge, l'établissement a identifié des risques en s'appuyant sur les résultats des précédentes certifications, les audits réalisés, en lien avec le PRS et le plan psychiatrie et santé mentale. Les risques sont hiérarchisés selon la méthode Fréquence - gravité - criticité. Cette hiérarchisation permet de définir des priorités d'amélioration pour la prise en charge. A titre d'exemple, le "MEDIACOR", dont l'objectif est d'assurer le traitement de toutes les demandes faites à l'établissement dans les délais les plus courts possibles, émanant de l'ensemble des professionnels des champs médico-psycho-social, scolaire, juridique ou spontanément des patients; est issu de cette hiérarchisation des risques. Le document intitulé "orientations stratégiques" reprend la politique d'amélioration du parcours patient. Elle est définie avec l'analyse des besoins et la hiérarchisation des risques. On y retrouve le parcours de soins du patient tel qu'identifié au sein de la structure. Ce document d'orientations stratégiques est validé par la CME. Les objectifs d'amélioration en lien avec le parcours patient sont fixés: éthique, bientraitance, droits des patients, prise en charge du patient, projet thérapeutique, coordination et continuité de la prise en charge, prise en charge de la douleur, éducation thérapeutique, prise en charge somatique, prise en charge nutritionnel, prise en charge médicamenteuse, stratégie EPP, patient traceur, maîtrise du risque infectieux. Le traitements des risques identifiés donne lieu à un plan d'action, retrouvé dans le PAQSS de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique "parcours patient" est assuré par le psychiatre qui est référent médical de l'établissement, le président de la CME et l'IDE de la structure. Les attendus génériques de la mission des pilotes sont identifiés. Les ressources humaines nécessaires ont été identifiées en fonction des besoins, tant en effectifs qu'en compétences. A ce titre, une IDE a été recrutée et l'établissement dispose d'une anthropologue. Ces ressources sont en cohérences avec les orientations stratégiques. Les besoins en formations initiales et continue sont identifiés. La structure est par ailleurs centre de formation sur la thématique du développement des compétences des professionnels dans la prise en charge des personnes migrantes lui conférant une légitimité pour la formation de ses propres professionnels. Le processus "parcours du patient" est identifié. Les différentes interfaces en lien avec le parcours sont décrites. Les procédures nécessaires à la prise en charge de cette thématique sont identifiées, rédigées, validées et à disposition des professionnels via le "cloud documentaire" ou la version papiers des documents, accessible par tous les professionnels. Les besoins en documentation sont identifiés et mis à disposition des professionnels. Divers documents d'information à l'usage des patients sont formalisés. Du matériel informatique nécessaire à la prise en charge est prévu pour les professionnels: dossier patient informatisé, code d'accès personnel. A ce titre, le dossier informatisé est issu de la réflexion de la structure associée à 13 autres établissements (projet financé par l'ARS dans le cadre des financements "Hôpital Numérique"). La coordination entre les différents acteurs du parcours de soins est assurée d'autant que la base de la prise en charge des patients accueillis repose sur la multiplicité des intervenants au regard de la spécificité du Centre MINKOWSKA.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels de l'établissement, 13 ETP répartis sur 25 personnes, sont partie prenante dans la rédaction et la mise en œuvre du projet médical issu des orientations stratégiques de l'établissement. Ils peuvent par ailleurs consulter le document. Des plans d'amélioration de la prise en charge du patient ont été identifiés et ont donné lieu à la mise en œuvre d'actions qualité telles que le recrutement d'une IDE, MEDIACOR, travail autour de la prise en charge nutritionnelle, prise en charge de la douleur, prise en charge des personnes à risques suicidaire. Ces évolutions ont donné lieu à la mise en place de formation en lien avec les thématiques précédemment citées. Les équipes participent depuis 2013 à la réalisation de "patients traceurs". Les événements indésirables en lien avec le parcours patients font l'objet d'une déclaration dans le cadre du dispositif de déclaration et de traitement des événements indésirables de la structure appelée fiche d'incident. Les équipes ont par ailleurs accès aux enquêtes de satisfaction réalisées, participent à l'analyse des causes si nécessaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs en personnels sont disponibles dans le seul secteur d'intervention de la structure. La spécificité de la structure est de répondre aux différents besoins des personnes accueillies dans le centre à savoir qu'il est souvent nécessaire que la prise en charge soit dans un même temps sociale et psychologique compte tenu des parcours migratoires des patients. Des formations sur la prise en charge du risque suicidaire ont été réalisées. Le centre n'accueille pas de patient en urgences vitales mais dispose d'un défibrillateur automatique dans le cas où un patient ferait un malaise voire un membre du personnel. Ces derniers ont été formés à l'utilisation de cet appareil. De plus, une procédure indique l'appel au 15 en cas de nécessité. L'établissement, au vu de sa spécificité, fonctionne sur rendez-vous, ne nécessite pas de disposer d'un système de gardes et astreintes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'ensemble des étapes de la prise en charge du patient sont identifiées. Les patients sont admis, en général, sur demande d'intervenants extérieurs qui peuvent être des médecins de PASS, des médecins traitants, d'associations prenant en charge les personnes issues de l'immigration. Les prises en charge permettent également de pallier à des hospitalisations répétées devant des troubles psychiatriques exacerbés par les malentendus culturels et la mauvaise communication interculturelle. Cet accès aux soins spécialisés en psychiatrie permet d'établir des diagnostics appropriés et des prises en charge adaptées, en complémentarité avec d'autres structures. Ces prises en charge peuvent être suivies d'une orientation, d'un relais de prise en charge thérapeutique dans le cadre d'une indication d'orientation préparée, négociée et aménagée. Le traitement de chaque demande de prise en charge est réalisé dans le cadre du "MEDIACOR" Médiation d'accueil et d'orientation, mis en place suite à la 2ème visite de certification afin de réduire les délais d'accueil et de prise en charge. L'équipe du MEDIACOR est composée d'un groupe pluridisciplinaire de professionnels, reprenant l'historique de la demande afin de la clarifier, la qualifier et la traiter dans les meilleurs délais: évaluation ou/et orientation. Chaque patient pris en charge fait l'objet de la mise en place d'un projet thérapeutique, régulièrement réévalué par l'équipe pluridisciplinaire. Il vise à s'assurer de la complémentarité entre le travail psychothérapeutique et l'accompagnement social dans la prise en charge du patient et de son entourage. Le centre MINKOWSKA travaille en partenariat avec de nombreux intervenants du tissu social local, des établissements de santé. Suite aux résultats des certifications précédentes un travail a été mené sur la prise en charge nutritionnelle, de la douleur et somatique. Ainsi, l'établissement s'engage, lorsque cela est nécessaire, à faciliter l'accès aux soins somatiques des patients accueillis. C'est également dans ce contexte que l'IDE a été recrutée. La fin de la prise en charge du patient lorsqu'elle est connue, en effet s'agissant de patients migrants, ils peuvent être du jour au lendemain déplacés dans toute la France, est organisée avec les professionnels d'amont où les structures du secteur dans lequel le patient s'installera. Pour les départs non prévus, lorsque les patients ont la possibilité de reprendre contact en indiquant leur nouveau lieu de résidence, le centre s'attache à les mettre en relations avec les professionnels de proximité afin de maintenir la prise en charge.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus "parcours du patient" repose sur la réalisation de la cartographie des risques du processus dans le cadre de la V2014, le suivi des indicateurs tels que: délai d'attente pour une 1ère réponse du MEDIACOR, nombre de demandes traitées en MEDIACOR; délai d'envoi du courrier de fin de prise en charge, nombre d'EI en lien avec la prise en charge du patient, notification du poids dans les dossiers.. Des EPP en lien avec la thématique que sont : PEC en charge somatique à travers la prise en charge de la douleur et nutritionnelle; parcours de soins; pertinence des orientations; conduites à tenir face à un patient en situation de crise; amélioration de la PEC des populations migrantes et réfugiées. Par ailleurs, les équipes réalisent des audits "patients traceurs" depuis 2013. Des "diagnostics flash" ont été réalisés dans le cadre de la préparation à la V2014 avec l'apport d'un consultant extérieur .

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

Les actions identifiées dans le cadres des diverses évaluations ont donné lieu à la mise en œuvre d'axe d'amélioration au titre desquelles et pour les plus significatives on retrouve le recrutement d'une IDE, la mise en place du "MEDIACOR", formations sur la PEC de suicide, de la nutrition, de la douleur.

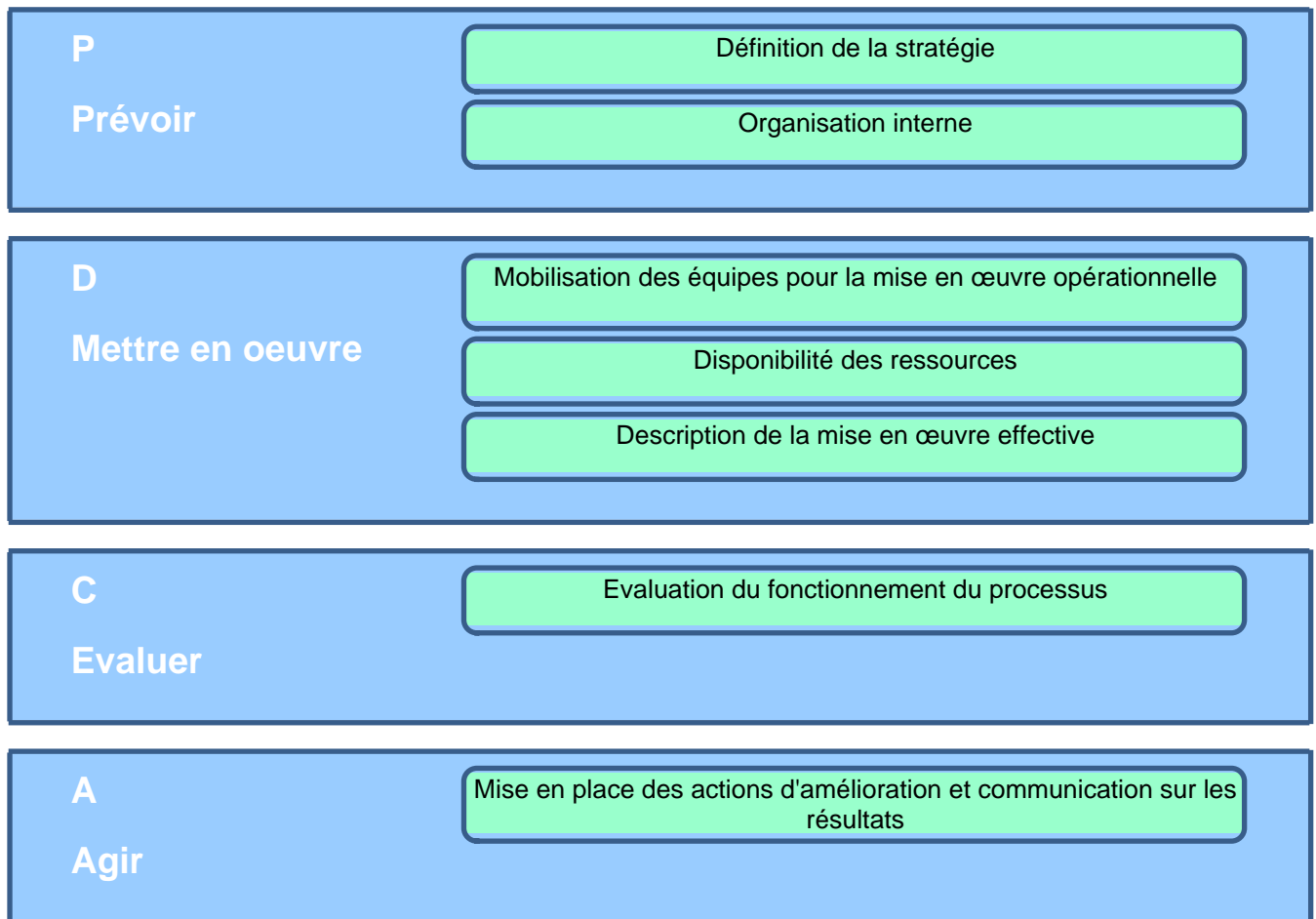
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du dossier patient est intégrée dans le document "Orientations stratégiques" version 2 du 18 juin 2018. La révision du processus dossier a été faite par la direction du CMP le 12 novembre 2018. L'informatisation du dossier patient initiée en 2017 est en cours de déploiement. Les objectifs annoncés sont la coordination de toutes les informations concernant la prise en charge du patient par les différents professionnels et l'identification fiable et unique à chaque étape de sa prise en charge. L'articulation avec le compte qualité se fait à travers les IQSS (dont tenue du dossier patient) qui sont suivis par la direction.

ORGANISATION INTERNE

Le dossier patient est constitué d'une partie papier scannée (documents d'identité, de prise en charge, compte rendu hospitalisation, etc.) et d'une partie informatisée (DPI) en cours de déploiement. Actuellement, un dossier est créé pour chaque patient à son admission. Il reprend les éventuelles consultations antérieures. Les attendus génériques de la mission des pilotes sont identifiés. Le guide de tenue du dossier patient a été remis à jour le 20 septembre 2018. Pour la partie informatisée, les droits d'accès sont vus nominativement par l'administrateur système qui est le directeur du CMP assisté par l'IDE et le psychiatre référent. Le DPI est accessible aux médecins et professionnels salariés de l'établissement, aux vacataires, avec des droits différents selon le diplôme du professionnel. Les stagiaires para médicaux et psychologues, ne bénéficient pas d'un accès nominatif au dossier patient informatisé. Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées : responsabilités, tenue, confidentialité, composition, utilisation, accessibilité en temps utile, archivage, etc. Les procédures en mode dégradé et le plan de reprise d'activité (PRA) en cas de panne existent. L'archivage des dossiers papiers est organisé dans 2 locaux sécurisés. L'accessibilité des dossiers papiers et leur archivage ont fait l'objet d'un protocole. Les sauvegardes informatiques sont journalières et externalisées, afin d'éviter toutes pertes de données. L'accès du patient à son dossier est organisé. Une procédure d'accès au dossier patient informatisé est formalisée. Le livret d'accueil du patient spécifie la démarche à suivre. Une cellule identité vigilance est en place et assure le contrôle sur les doublons et les erreurs de saisie.

D / METTRE EN ŒUVRE

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. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur(s) secteur(s) ou sur le processus. La méthode du patient traceur mise en place en 2013 (3 PT par an) a permis de sensibiliser régulièrement l'ensemble des professionnels à la bonne tenue du dossier et d'identifier les actions correctives à mettre en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le directeur assure la mission d'administrateur du dossier informatisé et définit les habilitations des professionnels en fonction de leurs profils pour l'accès au dossier patient informatisé. Les professionnels ont été formés aux logiciels administratifs et soignant qu'ils utilisent. Les agents administratifs sont tous sensibilisés au risque de doublon et d'homonymie. Les procédures en lien avec le dossier patient sont disponibles sur le "cloud" de l'établissement. Cette base documentaire est actualisée. Dans le cas de mode dégradé, un dossier papier est mis à disposition des professionnels et les classeurs de protocoles actualisés en format papier sont disponibles dans le bureau du directeur accessible à tous. Les locaux y compris d'archivage sont sécurisés et l'accès à ces locaux n'est réservé qu'aux personnes autorisées (secrétaires). Plusieurs ordinateurs sont disponibles dans l'ensemble de la structure pour permettre l'accès aux informations du DPI en temps utile et en tous points de la structure.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Pour toute admission programmée, un dossier administratif est constitué dès l'arrivée de chaque patient par les agents administratifs qui vérifient l'identité du patient conformément à la procédure institutionnelle d'identitovigilance. L'identification du patient est assurée à toutes les étapes du processus et les doublons systématiquement recherchés. La recherche d'éventuelles consultations antérieures est effectuée et si besoin les anciens dossiers papiers sont sortis des archives. Un IPP unique est créée lors de l'admission. Les salariés du CMP ont tous accès au dossier patient informatisé, selon les droits qui leur ont été accordés. Chaque intervenant peut tracer ses observations dans le dossier sur la partie qui le concerne. Les médecins peuvent faire si besoin des prescriptions informatisées. Le courrier de fin de prise en charge est maintenant tracé dans le dossier. Pour toute demande d'accès d'un patient à son dossier (2/an en moyenne), la direction répond dans le délai réglementaire de moins de 8 jours selon la

procédure établie. La traçabilité des réponses est assurée. Les photocopies du dossier patient sont gratuites. L'information en est faite à la CDU et inscrite dans le livret d'accueil remis au patient à son arrivée. Les modalités de communication sont réalisées en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le recueil des indicateurs à partir des audits de tenues du dossier patient sont suivis 3 fois/an par la direction et l'IDE, par tirage au sort de vingt à trente dossiers à chaque campagne d'audits. Les résultats montrent globalement une amélioration sur certains items (traçabilité de la douleur, de la personne de confiance, IMC, courrier de fin de prise en charge notamment). Des actions d'évaluation inscrites dans le compte qualité sont réalisées annuellement et ont permis d'identifier un objectif prioritaire d'amélioration du dossier, à savoir la rédaction d'une synthèse annuelle par chaque thérapeute de la prise en charge de chaque patient par le CMP. L'établissement mène également des audits réguliers à partir de la méthode du patient traceur. Les demandes d'accès au dossier par le patient sont suivies par la direction et analysées en CDU.

A / AGIR

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

La cartographie des risques du dossier patient fait l'objet d'un suivi avec la mise en place d'actions d'amélioration en lien avec les 6 actions ciblées. Ces actions sont suivies et participent au réajustement régulier du PAQSS. Elles sont portées à la connaissance des professionnels et des représentants des usagers via les instances (CME, CDU, réunion pluridisciplinaires principalement). Les indicateurs IQSS sont diffusés lorsqu'ils sont connus.

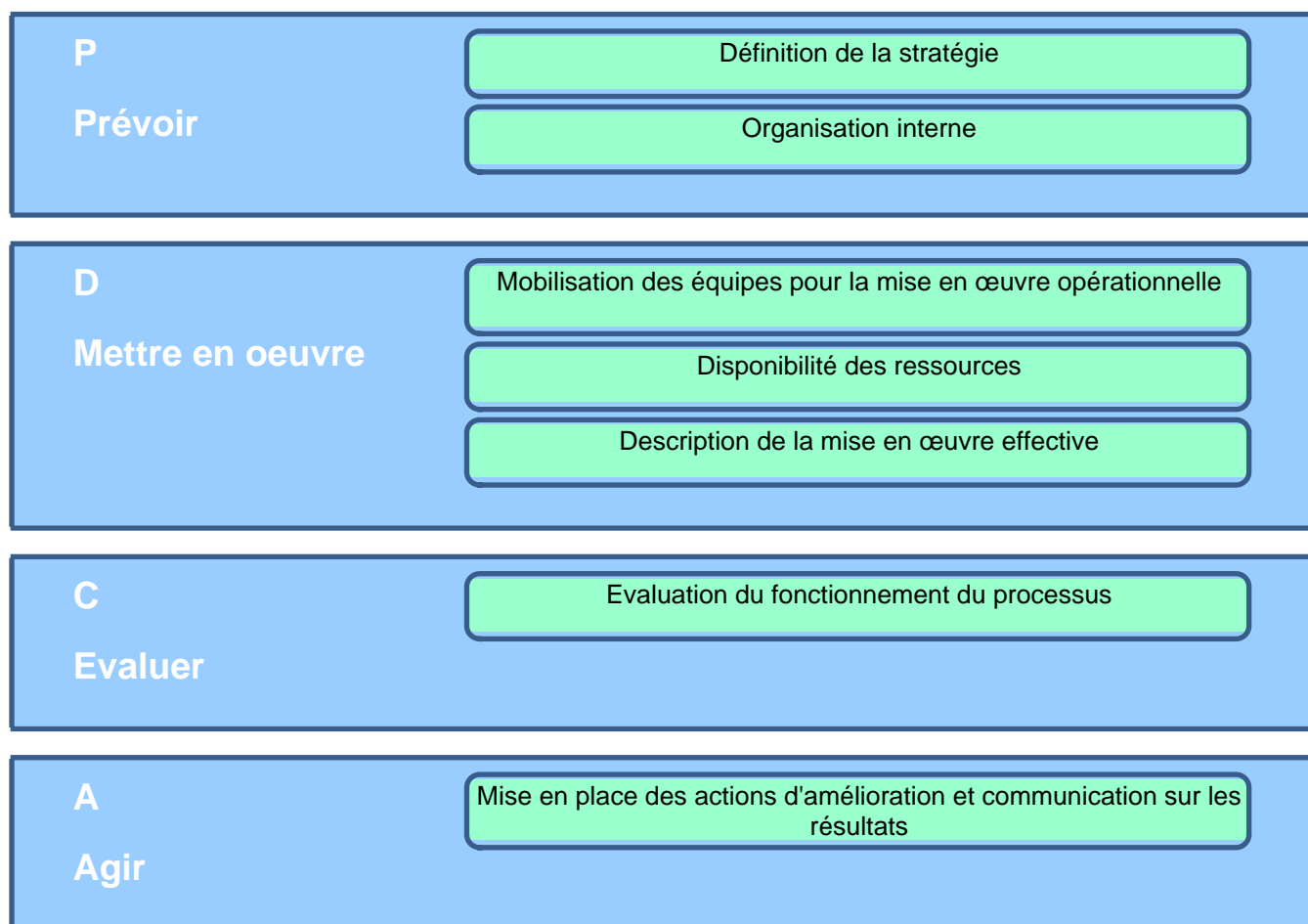
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Le centre MINKOWSKA est un Centre médico psychologique réalisant uniquement des consultations. A ce titre, il n'est concerné que par la seule étape de prescription du circuit du médicament. Il ne dispose pas de ce fait d'une pharmacie à usage intérieur et ne dispense aucun traitement même en situation d'urgence, situation dans laquelle il peut, selon la procédure en vigueur, être fait appel au 15 ou aux pompiers. Concernant la prescription médicamenteuse, un travail de réflexion a été mené, en partenariat avec la thématique du dossier patient, pour informatiser d'une part le dossier et d'autre part la prescription. A ce jour, le dossier ayant été informatisé, la prescription l'est également. Cette stratégie est retrouvée dans la note d'orientation de la structure.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les référents de la prise en charge médicamenteuse du patient sont 2 médecins psychiatres de l'établissement. Ils sont désignés par le directeur. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la prescription informatisée sont présentes tant en terme de formation, de codes d'accès, de matériel que d'aide à la prescription.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Les médecins ont été sollicités pour la mise en œuvre de la prescription médicale. Ils ont été partie prenante dans le choix du logiciel dossier patient intégrant la prescriptions médicamenteuse. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des formations sur les erreurs médicamenteuses ont été réalisées suite à la précédente certification. Les prescripteurs ont été formés à l'utilisation de la prescription informatisée. Le VIDAL en ligne est intégré au logiciel et permet une alerte systématique en cas d'interaction médicamenteuse ou de posologie hors cadre. Cette alerte est bloquante si non validée par le prescripteur. Les thématiques concernant les dotations d'urgence sont sans objet dans cet établissement. Des informations sont données aux patients concernant les médicaments prescrits mais également sur l'importance de l'observance du traitement médicamenteux.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les médecins prescrivent informatiquement, en respectant les règles de prescription à savoir: nom, prénom, sexe, date de naissance, IMC, la qualité et le nom du signataire, l'identification de l'unité de soins, la date et l'heure de prescription, prescription en Dénomination Commune Internationale (DCI), le support de prescription est unique, la posologie, la forme galénique, la voie d'administration, la dose par prise et par 24h, la durée du traitement. Les autres étapes du circuit du médicament sont sans objet au regard de la spécificité de la structure.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le suivi des indicateurs sur la conformité de la prescription médicamenteuse permet l'évaluation de la thématique. Par ailleurs, dans le cadre de la préparation de la v2014, le management de la prise en charge médicamenteuse a donné lieu à la réalisation d'un "diagnostic flash".

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

Les actions d'amélioration identifiées notamment dans le cadre de la précédente certification concernant la formation aux erreurs médicamenteuses des professionnels ont été réalisées. La mise en place de l'informatisation de la prescription médicale fait suite à l'identification d'un risque dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse.