



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
ETABLISSEMENT PUBLIC DE
SANTÉ MENTALE DE LA
VALLEE D'ARVE**

530 Rue de la Patience
BP 149
74805 La Roche-Sur-Foron

Février 2016

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	9
1. NIVEAU DE CERTIFICATION	9
2. DÉCISION	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.	9
5. ACCRÉDITATION DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE	9
6. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
DROITS DES PATIENTS	16
PARCOURS DU PATIENT	21
DOSSIER PATIENT	27
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	31
ANNEXE	35

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

ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE DE LA VALLÉE D'ARVE	
Adresse	530 rue de la patience 74805 La Roche Sur Foron
Département / région	HAUTE-SAVOIE / RHONE-ALPES
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	GCS1999	GCS GROUPEMENT PHARMACIE DE LA PATIENCE	530 rue de la patience Cs 20149 74805 LA ROCHE SUR FORON
Entité juridique	740785035	ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE DE LA VALLÉE D'ARVE	Rue de la patience Bp 149 74805 La Roche Sur Foron
Etablissement de santé	740015102	CATTP CENTRE JOSEPH DAQUIN	Impasse henri becquerel 74100 VETRAZ MONTHOUX
Etablissement de santé	740015151	CATTP - MAISON DES ADOLESCENTS	2 rue pierre et marie curie 74100 VETRAZ MONTHOUX
Etablissement de santé	740785308	CMP ENFANT JEAN ITARD	43 chemin des carres 74100 VETRAZ MONTHOUX
Etablissement de santé	740003389	CMP ADULTES JOSEPH DAQUIN	3 avenue du leman 74100 Annemasse
Etablissement de santé	740783279	CMP ADULTES BONNEVILLE	410 rue du manet 74130 Bonneville
Etablissement de santé	740003488	CMP ENFANTS ET ADULTES ST JULIEN EN GENEVOIS	Rue des mesanges 74160 Saint Julien En Genevois

Etablissement de santé	740011531	HOPITAL DE JOUR SAINT SIXT	26 rue des champs de chant 74800 Saint Sixt
Etablissement de santé	740783295	CMP ADULTES ET ENFANTS SALLANCHES	127 rue cancellieri 74700 Sallanches
Etablissement de santé	740015128	CATTP CLUSES	9 rue chatillon 74300 CLUSES
Etablissement de santé	740010715	HOPITAL DE JOUR JOSEPH DAQUIN	Impasse henri becquerel 74100 VETRAZ MONTHOUX
Etablissement de santé	740790431	CMP ADULTES LA ROCHE SUR FORON	7 rue perrine 74800 La Roche Sur Foron
Etablissement de santé	740015136	CATTPI LA BOBINE	43 chemin des carres 74100 VETRAZ MONTHOUX
Etablissement de santé	740003439	CMP ENFANTS LA ROCHE	459 rue de la patience 74805 LA ROCHE SUR FORON
Etablissement de santé	740011440	HJ ADULTES SALLANCHES	127 rue cancellieri 74700 SALLANCHES
Etablissement de santé	740000583	ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE DE LA VALLÉE D'ARVE	530 rue de la patience Bp 149 74805 La Roche Sur Foron
Etablissement de santé	740015144	CATTPI SALLANCHES	127 rue cancellieri 74700 SALLANCHES
Etablissement de santé	740015110	CATTP BONNEVILLE	410 rue du manet 74130 BONNEVILLE
Etablissement de santé	740783287	CMP ADULTES ET ENFANTS CLUSES	9 avenue de chatillon 74300 Cluses

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de place d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	165	38
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	GCS pharmacie avec le FAM de La Tour CHAL/ hôpitaux du Léman/ CHANGE/ EHPAD des secteurs, FAM des secteurs Hôpital local de Reignier/ Centre Arthur LAVY de Thorens Glières
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	USIP : oct 2012 EMG: mai 2013 EMP : mai 2014 CATTAG : mai 2013

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 obligation d'amélioration.

2. Décision

Obligation d'amélioration

Droits des patients

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'obligation d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur l'obligation d'amélioration définie dans le rapport de certification.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Unité d'admission Brévent	Dépression et tentative de suicide	SPDT et adressé des urgences	Complexe	Santé mentale
2	Personne âgée	Unité de gérontopsychiatrie	Démence et/ou pathologie liée au vieillissement	De son domicile (EHPAD) en soins libres	Complexe	Santé mentale
3	Adulte	Unité de soins intensifs psychiatriques (USIP)	Troubles psychotiques	Admis en soins psychiatrie sur DRE	Complexe	Santé mentale
4	Adulte	Centre Joseph Daquin	Tout type de pathologie	Sortie d'hospitalisation dans les 3 mois	Complexe	Santé mentale
5	Adulte	Unité Salève	Trouble psychotique déficitaire	Hospitalisation d'au moins 1 an	Complexe	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

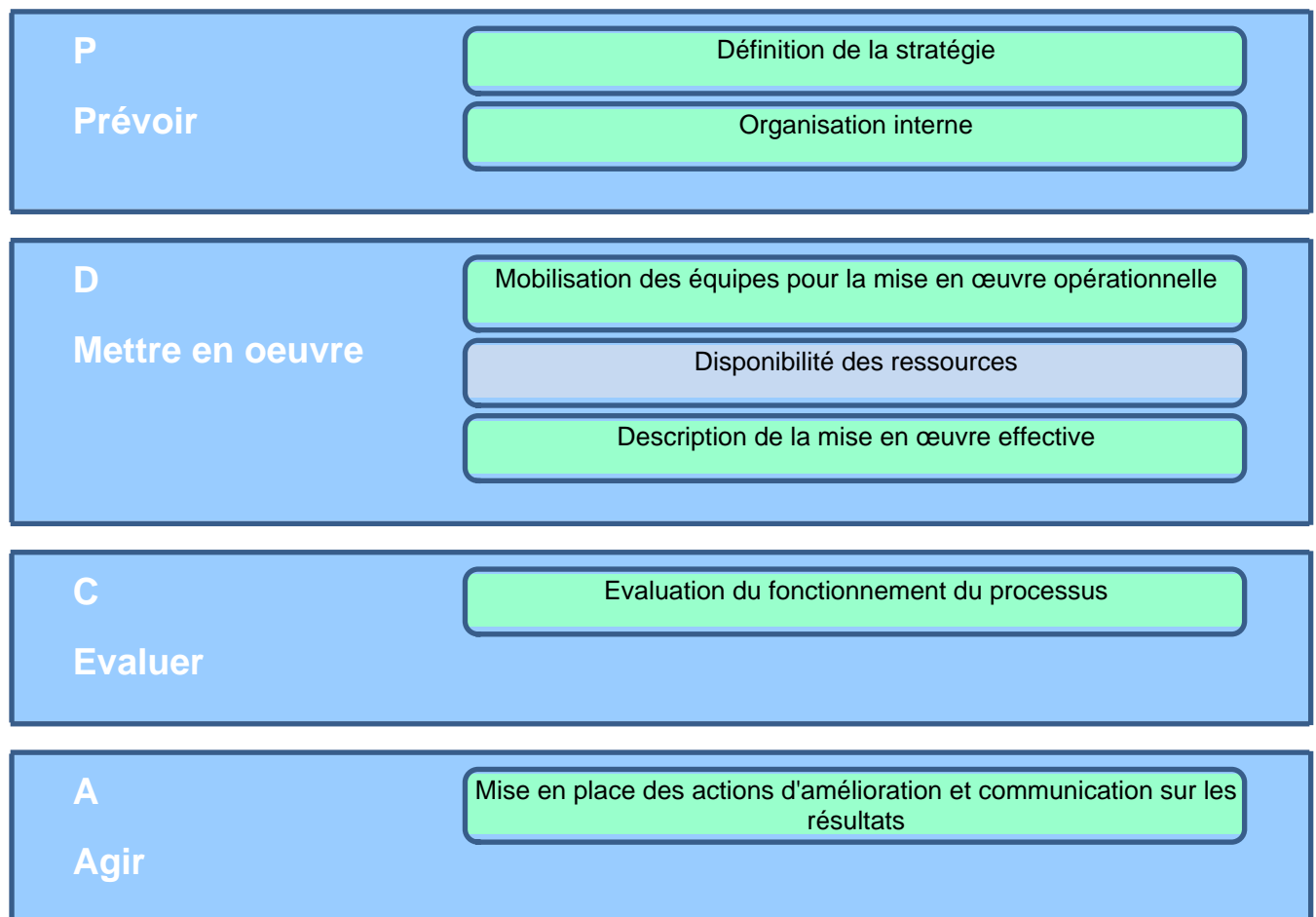
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique de management de la qualité et des risques déclinée dans les documents institutionnels (Projet d'établissement 2011-2015, projet médical 2010-2014). Elle est validée et suivie par le Directoire, le conseil de surveillance et la Direction. L'établissement a identifié ses besoins en prenant pour base les conclusions de la dernière visite de certification et la spécificité de ses prises en charge. Ces orientations ont été abondées des rapports d'inspection des tutelles intercurrents ainsi que par la visite, en août 2014, du contrôleur général des lieux de privation des libertés. A également été prise en compte, l'ouverture en 2012, du nouvel établissement, entièrement repensé dans ses modes de fonctionnement et de prise en charge. La cartographie des risques est réalisée. Un PAQSS approuvé existe. Il est suivi, notamment dans les actions identifiées d'ajustements qu'il comporte, selon une chronologie validée et respectée. L'EPSM s'est mobilisé, depuis la V2010, selon trois thématiques : Qualité ; prévention/gestion des risques et EPP ; déclinées en six axes stratégiques.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Elle est suivie par une direction de la qualité en lien direct (pour la gestion des risques) avec la direction des soins. Ces deux directions copilotent une cellule qualité qui se réunit à fréquence hebdomadaire. Sous l'égide de la CME, a été créé, en 2012, le COVIRISQUAL (Comité des Vigilances et des risques sanitaires et COPIL qualité-certification) fusion de deux organes : le COVIRIS (comité des vigilances et des risques sanitaires) et le COPIL "Qualité/certification". Cette harmonisation répondait à une demande de la HAS, exprimée suite à la précédente visite de certification (2012). Sont présents et actifs CLIN, CLUD, CLAN et COMEDIMS. La CME a instauré une sous commission des EPP. La CRU est rendue destinataire des travaux de ces commissions. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. L'établissement s'est assuré de la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de cette politique. La politique de formation soutient cette mise en œuvre. Une base documentaire dématérialisée couvre, exhaustivement, le champ de cette politique. Des actions de communication sont organisées tant en externe (avec les usagers) qu'en interne. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

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. L'élaboration de son compte qualité, conformément à la méthodologie V2014, s'est inscrit dans ce cadre. Les cadres de santé et responsables de services sont les référents institutionnels de proximité en ce qui concerne la prévention et la gestion des risques. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Le journal interne prolonge ces informations. La gestion des plaintes et réclamations associe directement les acteurs de terrain ; les résultats leur sont communiqués. Il en est de même des degrés d'avancement et conclusions des EPP.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les cadres de direction (Direction de la qualité et Direction des soins) en charge du pilotage et de la mise en œuvre institutionnels sont assistés, à temps plein, d'une responsable qualité ainsi que de 1,5 ETP de cadres supérieurs de santé. L'un a été nommé, gestionnaire des risques associés aux soins ; le second intervient, avec l'assistante qualité, pour la dimension méthodologique et l'animation des groupes de travail. D'autre part, le cadre de pôle de psychiatrie adultes a été nommé médiateur non médical à la CRU. Dans le contexte de la V2014, la cellule qualité a mené 55 réunions formatives. Des sessions de formation-action sont menées (sur la contention, le lieu de soins). Un ciblage particulier, justifié par l'éloignement, concerne les structures extra hospitalières. Trois journées de formation sont organisées, annuellement, pour les nouveaux arrivants (accès aux procédures, règles d'hygiène, création d'une fiche d'EI). La documentation, exhaustive, est en accès direct via l'intranet de l'établissement : toutes les procédures (290) y sont présentes. Depuis 2012, l'intranet constitue la plateforme d'échanges d'informations de l'établissement. Toute procédure génère la constitution d'un groupe de travail spécialisé au domaine considéré. Toute nouvelle procédure est communiquée par la cellule qualité aux cadres de santé lors des réunions mensuelles de cadres organisées par la direction des soins. Elles sont présentées aux personnels des services par les cadres, lors des relèves. Si les procédures intéressent directement les pratiques soignantes, une formation-action est menée, conjointement, par le cadre supérieur de santé concerné et la responsable qualité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services de soins connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes.

Les interfaces entre les services et la cellule qualité sont opérationnelles et fluides. Les équipes sont régulièrement tenues informées de la politique qualité de l'établissement. La gestion des plaintes et réclamations, de même que le signalement d'événements indésirables, associent directement les acteurs de terrain ; la cellule qualité rencontre, si nécessaire, les agents concernés ou qui le souhaitent. Les équipes ont accès aux résultats des indicateurs de leurs services (affichage des résultats des questionnaires de sortie). Le PAQSS fait l'objet d'une déclinaison en plans d'actions opérationnels associant directement les services. Des représentants des usagers ont participé à des groupes de travail en vue de la réalisation d'actions concrètes d'amélioration de la qualité. La CRU en est un des acteurs majeurs par le suivi qu'elle opère, notamment en termes de suivi des plaintes et réclamations (55 signalements dont 54 traités en 2014). La cellule qualité l'associe de manière permanente à ses travaux. Il en est de même pour la direction de l'établissement ; la CRU a ainsi été concrètement associée au programme de reconstruction de l'établissement, aujourd'hui achevée.

Cependant, il a été constaté l'absence de déclaration d'un EIG dans l'une des unités de soins de l'EPSM (Unité Brévent) : un patient hospitalisé en soins psychiatriques sans consentement et sur demande d'un tiers, en juin 2015, a fugué, trois jours après son admission. Il a été reconduit dans l'établissement par les gendarmes sans qu'aucune déclaration d'événement indésirable ne soit faite. Ceci a été confirmé par la lecture du rapport de signalement des fiches d'événements indésirables où aucune mention n'y réfère.

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, tableaux de bord, bilan d'activité). Les indicateurs nationaux sont en place (IPAQSS, ICALIN, ICSHA, ICATB, ICA-BMR). L'établissement a instauré des indicateurs internes portant sur le suivi des événements indésirables (170 en 2014), le suivi des plaintes et réclamations, le nombre de demandes de dossier médical, la dénutrition, le taux de recueil de l'IMC, l'isolement thérapeutique, la satisfaction des patients et des familles (12 items d'évaluation), la tenue du dossier patient... Le taux de retour des questionnaires de sortie est évalué : il est en progression passant de 5% en 2012 à 13% en 2014. Des Retours d'expérience (REX) sont organisés associant tous les professionnels concernés : ce fut le cas notamment, en 2015, lors d'un EIG portant sur une erreur d'administration de traitement. Le nombre de REX réalisés s'établit comme suit : 4 en 2012, 9 en 2013, 6 en 2014. L'établissement s'est engagé dans une démarche d'EPP en 2006. La sous-commission de la CME qui la pilote a été créée en février 2010. La CSIRMT y est associée. Les travaux actuels (9 en cours) portent sur les pratiques cliniques (isolement thérapeutique, recours aux psychotropes et surcharge pondérale). Une seule RMM, de démarrage récent (juin 2015), est avérée.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis via l'intranet de l'établissement, le journal interne (résultats commentés), l'affichage. Les interfaces de communication avec les unités de soins sont effectives. Les actions correctives sont produites par les services, pilotées et mises en place par les cadres de santé, après validation par la cellule qualité et, selon le cas, la communauté médicale.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>Les professionnels concernés formés à l'utilisation des supports de signalement n'ont pas signalé un événement indésirable grave.</p> <p>Lors de la rencontre de l'équipe dans l'Unité Brévent, j'ai entendu que le patient hospitalisé en soins psychiatriques sans consentement et sur demande d'un tiers avait fugué, trois jours après son admission. Il a été reconduit dans l'établissement par les gendarmes. J'ai vu qu'il n'y a eu aucune déclaration d'événement indésirable, confirmé par la lecture du Rapport de signalement des fiches d'événements indésirables où aucune mention n'y est faite pour le mois de juin 2015.</p>	8f

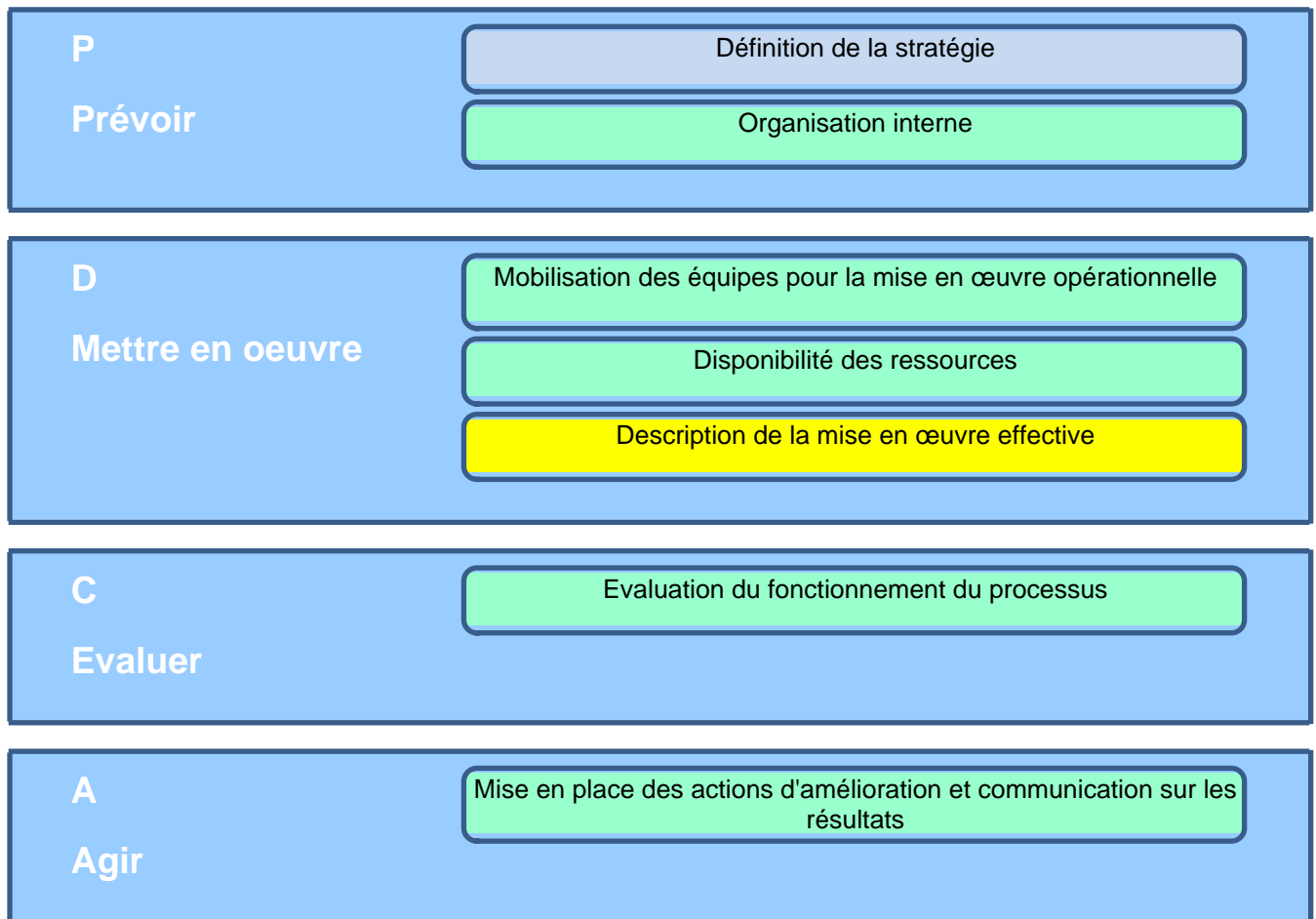
DROITS DES PATIENTS

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

Il existe une politique droits et informations du patient, validée en décembre 2013, déclinant notamment les principes, les conditions pratiques du séjour, les droits du patient et sa situation juridique (dont la désignation de la personne de confiance) et la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance. Elle a été élaborée sur la base d'une identification des besoins faisant suite à la présentation réalisée à la CRUQPC d'une revue des événements indésirables concernant les droits des patients et d'une analyse des risques incluant les éléments issus du rapport du contrôleur général des lieux de privation et ceux de la certification V2010. La mise en œuvre de la politique est déclinée dans le programme d'amélioration et comporte des objectifs d'amélioration sur la sensibilisation des professionnels au thème de la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance et la réactivation de la maison des usagers notamment. Le programme définit des mesures de traitement des risques, adaptées aux données issues de l'analyse des risques - cartographie et rapport de certification - ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement liés en partie à l'importance du nombre de nouveaux arrivants professionnels chaque année.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a désigné le COVIRISQUAL pour piloter le processus tout en associant la CME pour les validations. Le règlement intérieur du COVIRISQUAL, validé en septembre 2014, définit les rôles et responsabilités de l'instance. Le directeur Coordonnateur des Soins est principalement en charge de la question des droits des patients tout en associant sur certains points le Président de la CME et la Directrice Qualité. Au regard des besoins et risques identifiés, représentés par la création d'unités intersectorielles telles que l'Unité de Soins Intensifs Psychiatriques et la gérontopsychiatrie, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines tant pour les effectifs que pour les besoins en formation. Au niveau des ressources matérielles, l'hôpital a été totalement reconstruit sur un autre site, en impliquant dans le groupe pilote, dès le début de l'élaboration du projet, les représentants des usagers. De même, sur avis des représentants des usagers, l'établissement s'est réorganisé au niveau des orientations des unités d'hospitalisation en créant des unités intersectorielles pour mieux répondre aux besoins des patients. Les ressources documentaires comprennent toutes les procédures et protocoles nécessaires dont le protocole de mise en chambre d'isolement, la procédure de contentions, la procédure de recueil du consentement, les modalités de signalement et traitement d'une situation de maltraitance, la procédure des soins psychiatriques sans consentement et la procédure d'information en cas de dommage associé aux soins. De même, le livret d'accueil comporte un chapitre sur les droits des patients et les missions de la CRUQPC. Les différentes instances dont la CME et le COVIRISQUAL gèrent les interfaces pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. De même, le Comité Éthique, pluriprofessionnel associant des personnalités extérieures à l'établissement, peut être saisi par tous les professionnels et les secteurs d'activité pour évoquer les situations complexes.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des actions de communication, sous la forme de rencontres associant les cadres de santé, le directeur des soins et les équipes sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés de maltraitance ou sur les processus mis en œuvre au sein de l'établissement. En effet, les cadres de santé avec la direction des soins communiquent auprès des équipes sur la politique de bientraitance et promotion ainsi que sur la prévention de la maltraitance lors de réunions de présentation des procédures clés. De plus, des journées d'information des nouveaux arrivants sont réalisées deux fois par an par en association avec les cadres de santé. Complétant ce dispositif, des réunions plénières sont organisées par l'établissement pour aborder les thèmes sur les droits des patients. Les cadres et médecins responsables des services s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues au travers de réunions cliniques hebdomadaires et de flashes quotidiens. Ces temps collectifs permettent l'élaboration des projets de prise en charge en prenant en compte les réflexions bénéfico-risque, la recherche du consentement du patient et les restrictions de liberté. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin comme par exemple la décision en équipe de fermer temporairement la porte en service de gérontopsychiatrie suite à l'identification d'un grave trouble du comportement chez un patient avec risque majeur de fugue.

En revanche, les projets médicaux et/ou de secteurs d'activité n'ont pas identifié les situations nécessitant une restriction des libertés, en particulier sur la liberté d'aller et venir (isolement et contention mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels etc.). En effet, les

documents élaborés par l'établissement (rapport d'activité par structures extra-hospitalières et par pôle, projets des unités intersectoriels et projet de soins des unités d'admission) n'abordent pas spécifiquement les situations nécessitant une restriction des libertés en particulier d'aller et venir.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources sont disponibles :

- compétences : effectifs en adéquation des besoins selon le projet des unités intersectorielles et des unités d'admission et formations aux nouveaux arrivants deux fois par an par le directeur des soins sur les protocoles ; des formations ont été réalisées sur la loi de juillet 2011 des soins psychiatriques, sur la prise en charge en gérontopsychiatrie avec prise en compte du thème de la maltraitance.

- matériels : locaux neufs, chambres d'isolement aux normes, secteurs ouverts et fermés dans les services pour garantir le respect des libertés, chambres individuelles, conditions d'hébergement garantissant le respect de la dignité et de l'intimité des patients ;

- documentation : livret d'accueil du patient systématiquement présent dans la chambre, accessible, actualisé et connu et affichage dans les services de la charte du patient hospitalisé en psychiatrie et du règlement intérieur.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Tous les services veillent au respect de la dignité et de l'intimité du patient et s'organisent pour garantir la confidentialité des informations.

Les interfaces sont assurées par les cadres supérieurs de pôle et le directeur des soins entre secteurs et sont opérationnelles.

Les secteurs connaissent l'organisation définie mais certains ne mettent que partiellement en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. En effet, les organisations prévues pour le respect des libertés ne sont pas toujours mises en œuvre au niveau des services d'hospitalisation complète accueillant les patients en soins psychiatriques sans consentement. Ainsi plusieurs patients mis en isolement ne bénéficient que d'une seule visite médicale en 24h, correspondant uniquement au renouvellement de la prescription, et ceci à l'encontre des préconisations du protocole en vigueur dans l'établissement qui indique que le patient doit avoir au moins deux visites médicales dans les 24h ; cela a été confirmé lors d'un patient traceur. Par ailleurs, dans le cadre d'un patient traceur, le dossier ne contenait aucune mesure des paramètres vitaux durant toute la période de l'isolement. Enfin, pour un patient traceur, les mesures de restrictions individuelles, prises à l'admission, concernant l'interdiction de visites, de téléphone et le retrait des effets personnels ainsi que l'analyse bénéfico-risque ne faisaient l'objet d'aucune prescription, consigne ou trace écrite dans le dossier patient.

Par ailleurs, les procédures d'hospitalisation sans consentement mises en œuvre au sein de l'établissement ne sont parfois pas appliquées, ce qui a été observé lors de l'investigation d'un Patient Traceur, où la mesure de soins psychiatriques sans consentement avait été levée par le Juge des Libertés et de la Détention en raison d'un certificat médical de 72h insuffisamment circonstancié. Or, cette situation a été identifiée par l'établissement comme un événement récurrent avec des conséquences médicales et juridiques pouvant être graves pour le patient, l'entourage et l'établissement de santé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés trimestriellement par le COVIRISQUAL et certains points sont abordés à la CME. Ils s'effectuent sur la base d'outils identifiés tel que les EPP sur le thème de l'isolement. Le suivi d'indicateurs qualités comprenant les isolements thérapeutiques et le nombre de plaintes et réclamations est effectif. Les indicateurs sont agrégés dans un tableau de bord intitulé "Indicateurs Qualité - Gestion des risques". Les résultats sont communiqués aux professionnels par intranet, par le journal interne publié mensuellement et lors de réunions de cadre. La CRUQPC est régulièrement informée des plaintes et peut accéder au registre une heure avant la séance afin de pouvoir mieux analyser les situations.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration, particulièrement ciblées sur le problème de la contention et de l'isolement, conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis et la communication des résultats est réalisée en interne auprès des professionnels par l'intranet et le journal internet et auprès des usagers

par affichage des indicateurs et lors des permanences de la maison des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Les projets médicaux et/ou de secteurs d'activité n'ont pas identifiés les situations nécessitant une restriction des libertés en particulier sur la liberté d'aller et venir. Les documents élaborés par l'établissement (rapport d'activité par structures extra-hospitalières et par pôle, projets des unités intersectoriels et projet de soins des unités d'admission) n'abordent pas spécifiquement les situations nécessitant une restriction des libertés en particulier d'aller et venir (isolement et contention mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels etc.).	10e
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Certains secteurs ne mettent que partiellement en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les organisations prévues pour le respect des libertés ne sont pas toujours mises en œuvre au niveau des services d'hospitalisation complète accueillant les patients en soins psychiatriques sans consentement. Ainsi plusieurs patients mis en isolement ne bénéficient que d'une seule visite médicale en 24h, correspondant uniquement au renouvellement de la prescription, et ceci à l'encontre des préconisations du protocole en vigueur dans l'établissement qui indique que le patient doit avoir au moins deux visites médicales dans les 24h ; cela a été confirmé lors d'un patient traceur. Par ailleurs, dans le cadre d'un patient traceur, le dossier ne contenait aucune mesure des paramètres vitaux durant toute la période de l'isolement. Enfin, pour un patient traceur, les mesures de restrictions individuelles, prises à l'admission, concernant l'interdiction de visites, de téléphone et le retrait des effets personnels ainsi que l'analyse bénéfice-risque ne faisaient l'objet d'aucune prescription, consigne ou trace écrite dans le dossier patient.	1d
	NC	Les procédures d'hospitalisation sans consentement mises en œuvre au sein de l'établissement ne sont parfois pas appliquées. Pour un patient traceur, la mesure de soins psychiatriques sans consentement a été levée par le Juge des Libertés et de la Détention en raison d'un certificat médical de 72h insuffisamment circonstancié. Or, cette situation a été identifiée par l'établissement comme un événement récurrent avec des conséquences médicales et juridiques pouvant être graves pour le patient, l'entourage et l'établissement de santé.	19d

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

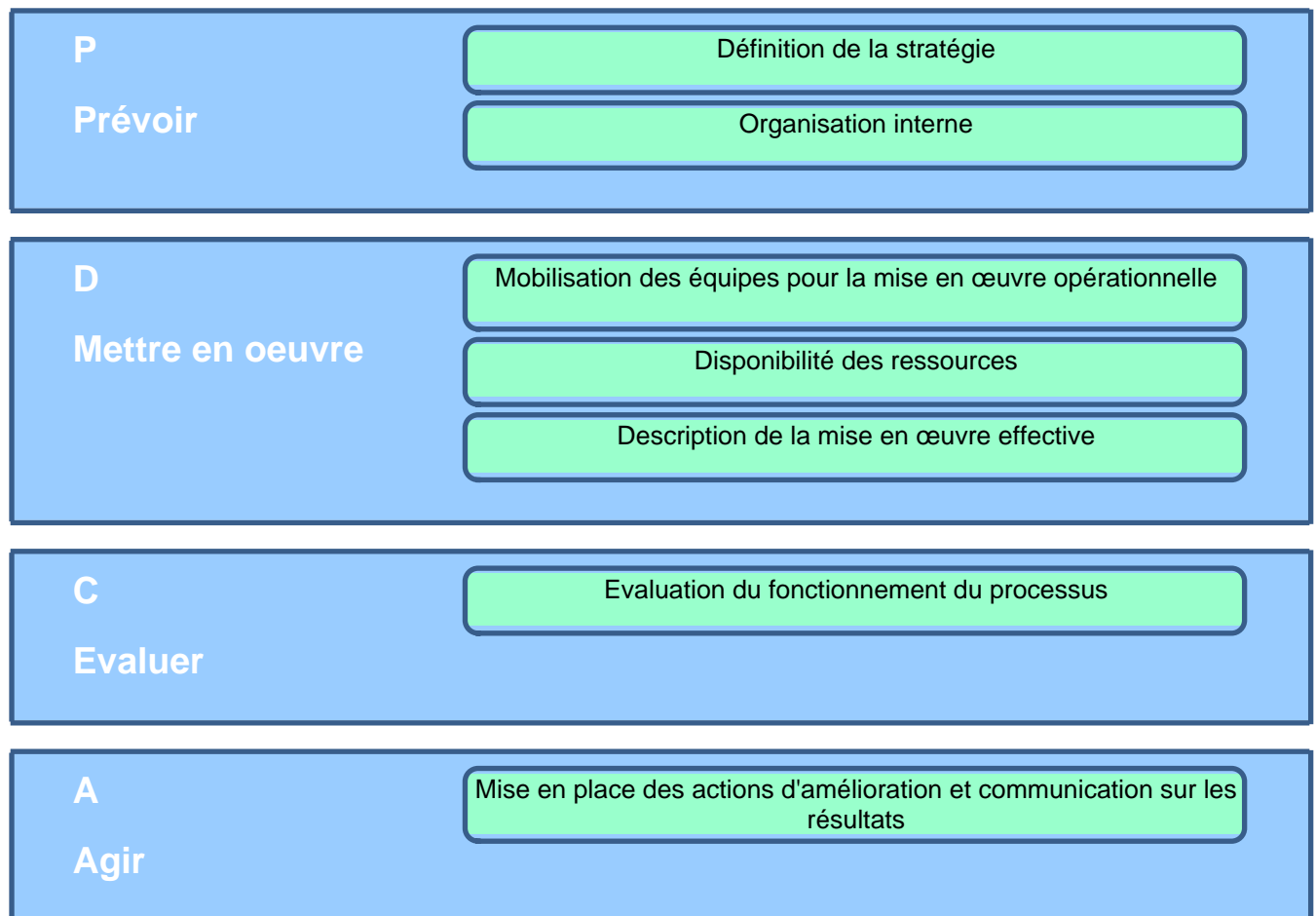
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

La politique de l'établissement décline les projets de parcours patient priorités et validés par les instances concernées. Plus récemment un document « politique d'admission » définit les critères d'admission. Ces projets ont fait l'objet de concertation des professionnels. Ils ont été formulés en prenant en compte les données de la région, les besoins de la population, les nouveaux textes concernant la santé mentale, les résultats des indicateurs nationaux, les audits internes, les dysfonctionnements récurrents vécus et le projet architecture. Celui-ci avait été appuyé par les représentants des usagers. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Sept risques avaient été identifiés : prise en charge somatique, urgence vitale, risque suicidaire, coordination des soins, le projet individuel du patient. 15 actions d'amélioration sont formulées.

ORGANISATION INTERNE

La structure de pilotage du processus parcours patient se décline en un COPIL représenté par la direction générale, la direction des soins, un représentant de la CME et d'une structure plus opérationnelle composée de médecins et de cadres supérieurs. Une lettre de mission précise leur périmètre d'activité. La politique a entraîné la définition de nouveaux pôles (adulte, enfant, administratif) et de création d'unités spécialisées intersectorielles (USIP, gérontopsychiatrique, de réhabilitation, et de patients chroniques). Chaque pôle comprend une unité intersectorielle d'admission, des unités intra et extra sectorielles. Le document « politique d'admission » comporte en annexe des fiches d'admission adaptées à l'orientation du patient. Des délégations de gestion ont été définies : crédit de personnel (médical, paramédical), crédit heures supplémentaires, plan de formation, crédit matériel. Les professionnels nécessaires sont identifiés. 2 cadres supérieurs ont une mission transversale pour appuyer les cadres des unités : mission concernant le respect des bonnes pratiques et une mission qualité. Un plan de formation est mis en place. Il comporte notamment des actions de formation d'adaptation à l'emploi, à la prévention du risque suicidaire, aux gestes d'urgences vitales (AFGSU). Les nouveaux locaux répondent aux besoins de l'établissement. Les unités sont notamment équipées de matériel d'urgences vitale, chambre d'isolement. La maintenance est confiée au service technique et au service informatique hospitalier. La documentation des procédures est informatisée et accessible, à tous, depuis les postes informatiques des unités. La gestion des interfaces au niveau de l'établissement est confiée aux différentes instances et comités (CLIN, CLUD, COMEDIMS, COVIRISQUAL, ...). Les usagers siègent dans toutes les instances. En extra hospitalier, des conventions sont établies notamment avec le CHAL et le CH Mont Blanc. Elles permettent la coordination avec les structures externes en amont ou en aval.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La politique des unités d'admission se décline dans les unités par la définition du périmètre ou la mission de l'unité. Les pôles organisent la mobilisation des équipes par des réunions institutionnelles bimensuelles (fonctionnement, informations montantes et descendantes). Les réunions concernant la prise en charge des patients sont internes à l'unité (le flash quotidien, la réunion clinique hebdomadaire) et intersectorielles concernant les transferts d'unité à l'autre. L'Intranet donne accès, à tous, aux documents institutionnels (PAQSS, liste des déclarations des EI, bilan des comités, indicateurs transversaux...). Les professionnels sont sollicités pour participer à la formulation ou la relecture. Les réunions de supervision confortent les professionnels dans leurs activités de soins et de relation au patient. Des formations externes et intra hospitalières sont réalisées concernant les gestes d'urgences vitales notamment. 2 sessions de 3 jours de sensibilisation sur la bientraitance ont eu lieu en 2014. Les référents des domaines de prise en charge (douleur, hygiène, DPI, qualité) sont identifiés. Les cadres participent aux analyses d'évènements indésirables, aux RMM et CREX. Certains cadres (unités extra sectorielles) utilisent leur tableau d'indicateurs d'activités afin de mobiliser les équipes sur des points de vigilances.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement s'est constitué en pôles. Un directeur et un cadre de pôle en assurent le fonctionnement. La délégation de gestion est effective concernant les ressources humaines, la formation et le petit matériel. Des missions transversales ont été définies pour les cadres supérieurs (qualité, DPI, Parcours patient). Un programme pour les nouveaux arrivants est effectif 2 fois par an du fait d'un turnover important. Des formations d'adaptation à l'emploi est effective pour les nouveaux diplômés IDE. Des formations internes sont réalisées par des professionnels de l'établissement (formation aux AS, aux ASH

sur la pathologie mentale, lors des réunions cliniques reprise des informations plus généraliste sur la pathologie du patient). Les procédures sont accessibles par l'intranet. Les nouvelles versions font l'objet d'une démarche pédagogique lors de leur diffusion. L'établissement a investi les nouveaux locaux depuis 2012. Le matériel a été renouvelé (un pèse personne pour l'établissement) notamment le matériel d'urgence vitale. La présence de sac d'urgence est effective dans les unités. Le contrôle à 5 semaines est effectif et connus des professionnels. le planning des soignants affecte la tâche régulièrement. Les professionnels paramédicaux ont tous eu la formation aux gestes d'urgence (AGFSU). Celle des médecins est programmée. Les outils informatiques permettent la prise en charge sans délai. 3 professionnels possèdent des DU spécifiques (musicothérapie, douleur et gérontopsychiatrie).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les données administratives sont accessibles sur le DPI dès l'arrivée du patient dans le service. Les données amont nécessaires à la prise en charge sont renseignées selon le mode entrée directe ou transfert d'un service d'urgence, ou transfert intra sectoriel. Une check-list d'admission est formalisée. En hospitalisation complète, la prise en charge médicale du patient est réalisée en binôme avec l'infirmière. Le délai d'intervention est court. Une garde médicale le soir et un médecin de permanence en journée participent aux admissions des patients. Dans les structures externes, une pré-admission permet la priorisation des demandes selon une échelle d'urgence et de gravité, puis déclenche l'organisation du premier contact. Pour les enfants, le consentement de la famille ou du tuteur est recherché systématiquement. Une information claire et compréhensible est donnée en fonction de la modalité d'hospitalisation ou de l'âge du patient. Certains services remettent au patient des fiches de fonctionnement, ou de déroulement de la prise en charge. Des objectifs de prise en charge sont notés dans le dossier et leur révision est étudiée en réunion clinique hebdomadaire. Celles-ci rassemblent les professionnels acteurs de la prise en charge. Le compte rendu est tracé dans le dossier. La coordination des soins est assurée via les réunions cliniques hebdomadaires, puis les réunions intersectorielles lors de prévision d'un transfert. Chaque matin des réunions flash informent les professionnels des événements récents. Le journal des activités de soins visualise les actes effectués. Un planning de l'unité est accessible pour les professionnels. Il intègre les consultations externes. Des réunions de pôle tous les 2 mois ont pour objet l'organisation et le fonctionnement des unités. La commission permanence des soins existe. Le tableau des gardes et astreintes administratives et médicales est affiché dans les unités et est accessible sur l'intranet. Les pôles et unités facilitent la concertation et la gestion des interfaces avec les réunions de synthèse pluriprofessionnelle, cliniques, intersectorielles (fiche de liaison avec les unités d'urgences du CHAL et CH Mont Blanc). Le risque suicidaire est dépisté à l'entrée et tout au long de la prise en charge. Des mesures sont prises s'il y a lieu : surveillance rapprochée, inventaire, chambre de repos. Un secteur teste actuellement un dispositif de prévention du risque suicidaire pour un déploiement futur proche. L'éducation thérapeutique se traduit à ce jour en actions d'éducation pour la santé. Un dossier d'autorisation concernant la schizophrénie est déposé à l'ARS depuis 6 mois. La prise en charge somatique est assurée avec la présence d'1/2 temps médical. L'établissement a créé un autre 1/2 poste en fin 2014 en attente de recrutement. Le médecin somaticien intervient dans la journée d'arrivée du patient. En dehors de sa présence, les médecins de garde assure son remplacement. Des avis spécialisés sont planifiés au CHAL et CH Mont Blanc. La prise en charge nutritionnelle est effective. Une diététicienne à temps partiel assure des prises en charge spécifique pour l'ensemble de l'établissement. La sortie directe ne concerne que peu de patient. Les réunions de secteur ou intersectorielles assurent la négociation du transfert de façon concertée. Le retour au domicile est organisé avec l'aide de l'ergothérapeute, de l'assistante sociale, des partenaires aval. Le patient est assimilé à cette concertation. Une check-list existe sur certain secteur pour la préparation des documents de sortie : synthèse, ordonnance, courrier au médecin, fiche de transmission.

Cependant, les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels ne sont pas toujours tracés dans le dossier du patient. Pour un patient traceur, il a été vu dans le dossier, qu'il existait une mesure du poids réalisée très irrégulièrement depuis son admission dans l'unité (plus d'un an). Cette observation conforte le résultat PAQSS dépistage troubles nutritionnels à 66% en 2014.

De plus, le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas toujours transmis aux correspondants aval dans les délais réglementaires. En effet, un audit, réalisé sur la base de la méthodologie IQSS, réalisé en 2015 montre que le délais d'envoi du courrier de sortie est passé de 61% en 2014 à 25% en 2015.

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. L'établissement assure le recueil des indicateurs IQSS, voir un audit à blanc supplémentaire en 2015. Au niveau de la direction qualité, des indicateurs font l'objet de communication mensuelle. L'outil Intranet est utilisé pour diffuser les informations, les résultats, les états d'avancement sur les actions ou projets.

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

Les déclarations d'évènement indésirable concernant la violence en unité ont déclenché la mise en œuvre de 4 actions d'amélioration (stockage du matériel, achat d'équipement, procédure actualisée, formation des professionnels). Les indicateurs transversaux (IMC, douleur, médicaments, isolement..) font l'objet de communication et publication dans la revue mensuelle. La liste de FEI est accessible par intranet. Le temps cadre dédié à la qualité permet une diffusion et explication des procédures.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas toujours transmis aux correspondants aval dans les délais réglementaires. Un audit, réalisé sur la base de la méthodologie IQSS, réalisé en 2015 montre que le délais d'envoi du courrier de sortie est passé de 61% en 2014 à 25% en 2015.	24a
	PS	Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels ne sont pas toujours tracés dans le dossier du patient. Pour un patient traceur, il a été vu dans le dossier, qu'il existait une mesure du poids réalisée très irrégulièrement depuis son admission dans l'unité (plus d'un an). Cette observation conforte le résultat PAQSS dépistage troubles nutritionnels à 66% en 2014.	19b

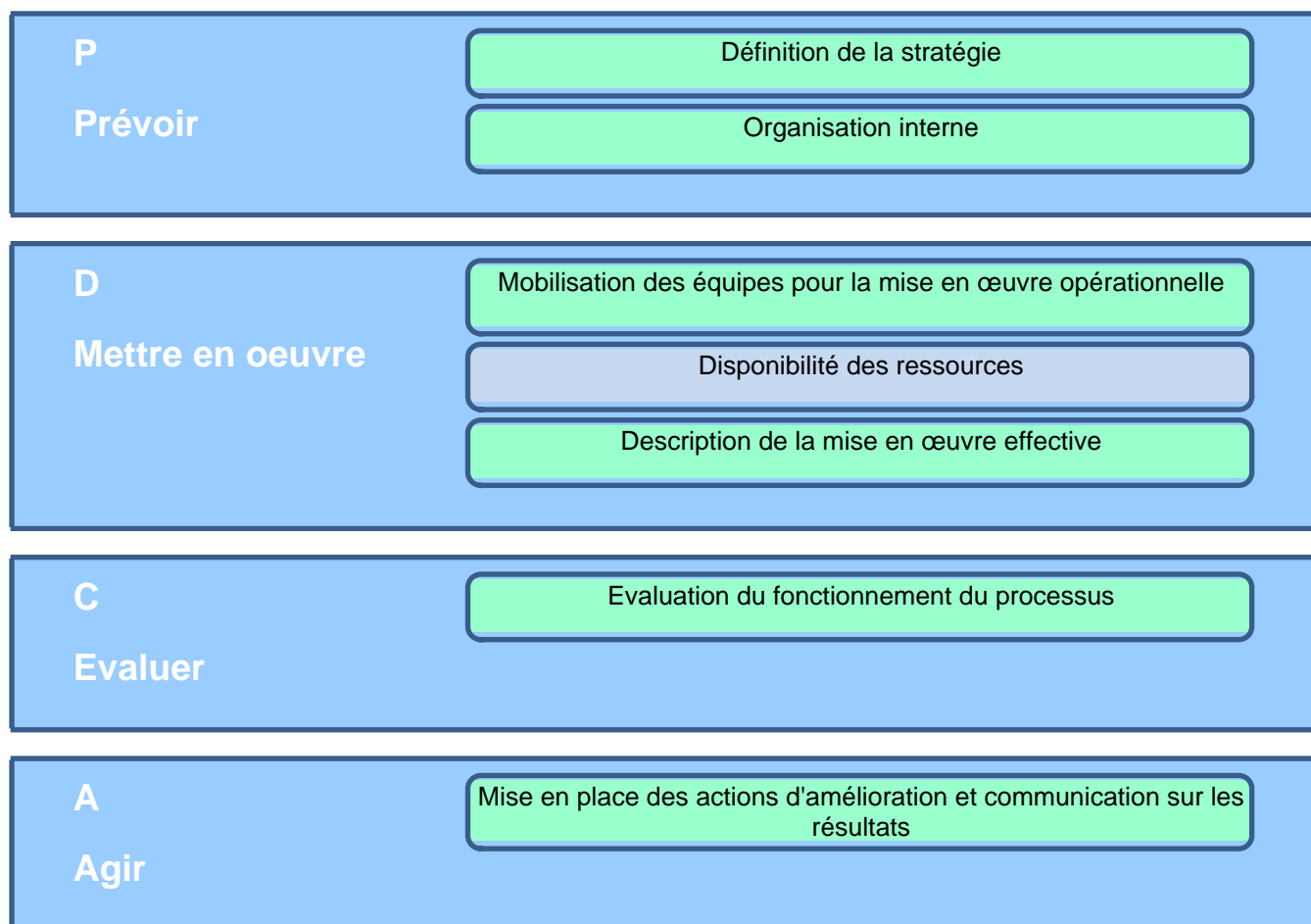
DOSSIER PATIENT

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

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La politique de l'établissement (2011-2015) comporte un volet relatif à l'installation du dossier informatisé du patient. La politique répond à un besoin de l'établissement identifié lors des scores obtenus aux indicateurs IQSS et aux événements indésirables récurrents relatifs à la prise en charge. La politique est présentée et validée par les instances concernées. Cette stratégie est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

La structure pour piloter le processus est organisée (COPIL et groupe projet). Le COPIL existe depuis l'initialisation du projet. Il se compose de la direction administrative, Président de CME, DIM, SIH, du pilote du processus et du représentant du prestataire). Le pilote du processus « dossier patient » anime le groupe des référents DPI. Sa mission est formalisée et un temps dédié est défini. Le groupe rassemble les référents dossier patient des unités de soins. Il se réunit tous les mois et traitent des points d'informations montantes ou descendantes. Une personne ressource pour l'outil informatique est identifiée au service du système d'information. La formation des professionnels prend en compte la formation avant utilisation de l'outil et des sessions d'amélioration. Des procédures sont formalisées. Elles concernent l'ouverture du dossier, la saisie des données, la sécurité de la saisie, le périmètre d'utilisation par métier, la procédure dégradée. Un guide médical puis paramédical préconisent des vigilances spécifiques à surveiller. L'information du patient sur son droit d'accès à son dossier est formalisée dans le livret d'accueil et par un affichage. Les étapes de déploiement du DPI ont été arrêtées et mises en œuvre : données administratives, de l'activité, du circuit du médicament, du parcours patient et dans un futur proche les données restées format papier (examens de laboratoire et imagerie).

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. Des réunions DPI, partie médicale, animées par le DIM, mobilisent les médecins sur les bonnes pratiques et sur la formalisation de besoins d'amélioration. Les référents sont reconnus par leur pair. La réunion mensuelle des référents dossier patient assure un seuil de vigilance sur les bonnes pratiques. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les personnes ressources sont identifiées tant au niveau du pilotage qu'opérationnel. Les formations sont effectives et concernent les paramédicaux, les médecins, les administratifs. Un plan de formation interne est effectif pour les nouveaux arrivants et prévoit une action de formation tous les mois. Une formation obligatoire sur l'identito-vigilance relative à l'outil informatique est mise en place par le DIM. La documentation (procédures et guides) est accessible sur l'intranet. Les nouveaux documents font l'objet d'un avertissement par messagerie. Un cadre supérieur a charge de faire connaître les procédures. Un temps est dédié à cette tâche est défini. Le matériel informatique est effectif sur tous les lieux d'activité. Un dossier dit « a minima » nécessite de rester format papier. La maintenance est assurée par le service informatique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation de l'accès du patient à son dossier est organisée et effective. Le délai moyen de réponse au patient est de 6 jours. Les professionnels apportent leur contribution si besoin de complément d'information. L'émargement aux formations DPI manifeste la mise en œuvre des formations et du taux de participation. Le DPI permet de saisir les données depuis l'entrée jusqu'à la sortie : données administratives, les antécédents, la personne de confiance, les objectifs de prise en charge médicaux, les cibles infirmières, la planification des soins, le bilan des autres professionnels, les synthèses cliniques, la prise en charge médicamenteuse, les prescriptions des contentions ou chambre d'isolement, les données de sortie. Le dossier papier comporte les documents non informatisés qui font l'objet d'une phase future de déploiement du DPI : examens de laboratoire, imagerie, certificats initiaux, document de mise sous protection juridique, consultation pour avis spécialisé. Une note fin 2014 a recadré les bonnes pratiques concernant leur rangement.

La concertation et la gestion des interfaces sont facilitées au niveau du COPIL avec la présence du prestataire et au niveau des différentes unités lors des réunions mensuelles du groupe projet.

Toutefois, tous les éléments constitutifs du dossier ne sont pas retrouvés. En effet, la traçabilité de l'évaluation et de la réévaluation de la douleur n'est pas retrouvée systématiquement. Pour deux patients traceurs, alors que des manifestations de la douleur se sont présentées pendant le séjour d'une patiente admise en septembre 2014, l'évaluation n'est pas cotée en fonction d'une échelle d'évaluation ni réévaluée après le traitement donné.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement réalise en 2014 et 2015 des audits concernant le dossier à minima et le dossier informatique. Ces audits ont été réalisés sur les structures internes et externes. Les critères recherchés sont courrier de sortie, prescription contention. Le groupe médical du DPI cible les dysfonctionnements ou les difficultés de saisie. Un audit intermédiaire IPAQSS a été réalisé en 2015.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration (15) sont intégrées au PAQSS général. Elles sont relatives à l'intégration des certificats initiaux au DPI, à l'archivage du dossier à minima, à la possibilité de saisie des données par des intervenants externes, à la clôture du dossier, au score IPAQSS, tenue du dossier, courrier de sortie, à l'ajout d'un onglet synthèse.... Un tableau de bord sur des indicateurs transversaux est publié tous les mois par la direction Qualité.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Tous les éléments constitutifs du dossier ne sont pas retrouvés. Pour un patient traceur, alors que des manifestations de la douleur se sont présentées pendant le séjour d'une patiente admise en septembre 2014, l'évaluation n'est pas cotée en fonction d'une échelle d'évaluation ni réévaluée après le traitement donné.	14a

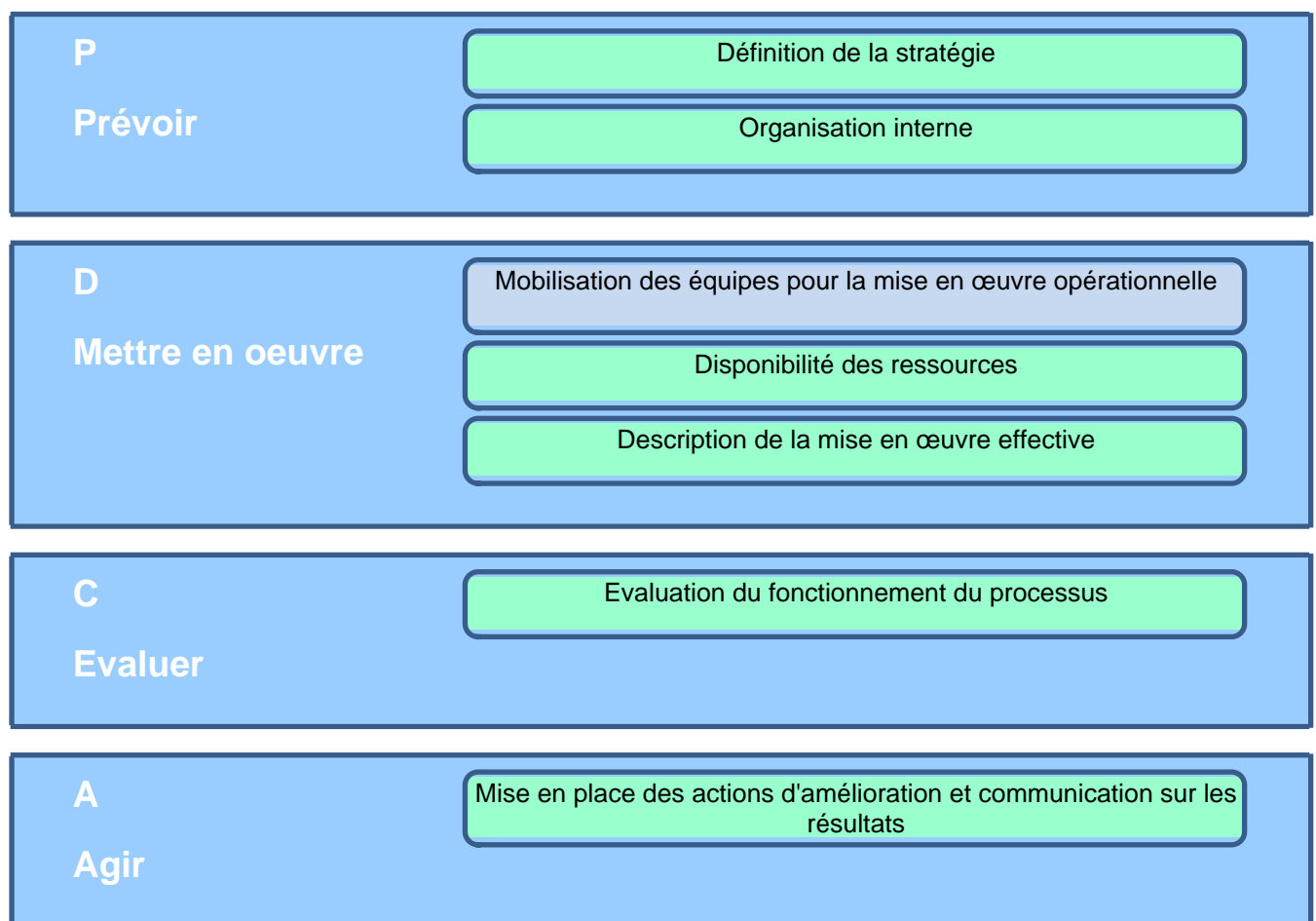
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique du médicament et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins (réalisation d'audits du circuit dans les unités), du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Le projet d'établissement 2010-2014 en fait état. Cette politique et ces objectifs sont intégrés au projet médical 2010-2014. Le circuit du médicament y est considéré comme l'une des composantes majeures du DPI. A ce titre, il est également présent dans le projet du système d'information 2011-2015. Cette politique, validée par les instances concernées (CME, COMEDIMS), est déclinée dans un plan d'action. Elle constitue un axe stratégique de la politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le médecin chef de pôle est responsable du management et nommément désigné. Le COMEDIMS, dont les missions sont définies dans un règlement intérieur (décembre 2011), est opérationnel. Le rôle et les responsabilités des acteurs concernés par la mise en œuvre du circuit du médicament sont définis et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation), matérielles (locaux, équipements) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires. L'informatisation de la prescription est déployée dans l'ensemble des services de soins. La gestion des interfaces entre la PUI et les services est structurée. La dispensation des médicaments en dehors des ouvertures de la PUI est organisée. L'EPSM appartient, depuis 2014, à un GCS dont il est le siège. Ce GCS est constitué de trois établissements ; son extension à une quatrième structure est envisagée au 1er janvier 2016. En outre, l'EPSM est membre d'un groupement d'achats regroupant 35 établissements de Savoie, Haute-Savoie, Ain et Isère.

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 cadres de santé sensibilisent les équipes au risque d'erreurs médicamenteuses. Sur des thèmes donnés (prescription des psychotropes par exemple) des réunions d'information sur les bonnes pratiques sont organisées. La mobilisation des équipes est constante et fluide. La pharmacienne et son confrère (0,20 ETP) pratiquent des audits et identifient des actions correctives en cas de besoin. Chaque service dispose d'une IDE référente pour le circuit du médicament et notamment les modalités d'administration (c'est le cas par exemple à l'unité Voirons). Les résultats sont communiqués aux acteurs de santé, médicaux et non médicaux.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentaire sont disponibles. La PUI se compose, pour la réalisation de ses missions au seul bénéfice de l'EPSM (et donc hors GCS) d'1,2 ETP de pharmacien et de 2ETP de préparateurs (PPH). Des actions de formation ont été menées par un organisme externe, en 2013 et 2014, sur les erreurs médicamenteuses. Personnels médicaux et non médicaux ont été concernés. Chaque année, la pharmacienne organise des sessions de formation en interne (classification et prescription des psychotropes et des antalgiques). Les locaux, tant de la PUI que des salles de soins des unités, sont récents (2012) et adaptés. Un automate (déjà livré) permettra une dispensation nominative en septembre 2015. La documentation est adaptée (plusieurs bases de données accessibles dont le Vidal informatique) et accessible à tous tant en extra qu'en intra hospitalier. Plusieurs guides ont été élaborés en interne et sont disponibles dans les unités (notamment un "guide pour la préparation et l'administration des médicaments dans les unités de soins").

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les prescriptions sont conformes. La continuité du traitement médicamenteux, dont le traitement personnel du patient antérieur à son hospitalisation, de l'admission jusqu'à la sortie, est assurée par l'établissement. Hors les horaires et jours d'ouverture de la PUI, un sas de sécurité (non inclus dans les locaux sécurisés de la PUI mais lui étant adjacent) permet un approvisionnement de secours. Toute délivrance de stupéfiants ou produits de substitution est assujettie à la venue du cadre de l'unité concernée qui assure la livraison dans son service ; en dehors des heures et jours d'ouverture de la PUI, un pharmacien de l'établissement se déplace. L'approvisionnement des services s'opère, hebdomadairement, par le recours à des armoires à pharmacie mobiles, circulant entre les services et la

PUI. Un double contrôle est réalisé, lors du conditionnement de l'armoire, par les préparateurs. Toute demande ponctuelle est satisfaite par recours à une boîte standardisée sécurisée, à charge des IDE du service demandeur. En intra, une unité de soins teste actuellement une procédure d'administration nominative et personnelle au lit du patient. Dans les autres unités, l'administration se fait quotidiennement de manière globale.

En revanche, la sécurisation du stockage des médicaments n'est pas toujours assurée. Ainsi, à hôpital de jour de Vétraz-Monthoux, le réfrigérateur ne fait l'objet d'aucun contrôle. L'armoire à pharmacie n'a fait l'objet d'aucune visite de la pharmacienne ni de contrôle de la part des soignants. De plus, le CMP possède un large stock de médicaments délivrés par la PUI.

De plus, en extra-hospitalier, les professionnels de santé ne tracent pas toujours l'information des patients sur le bon usage des médicaments : c'est le cas à l'Unité Brévent où il n'existe aucune trace dans le DPI de l'information donnée au patient sur le bon usage des médicaments. A l'hôpital de jour du Centre Joseph Daquin, une patiente avait bénéficié d'une information, lors d'une consultation médicale, sur le traitement médicamenteux avec une réflexion sur les effets latéraux au niveau de la prise de poids. Cependant, la lecture du DPI n'a pas pu retrouver la trace ni de cette information ni de toute autre forme d'information concernant le bon usage des médicaments.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement (EPSM) n'est pas assujéti au CBU. Il a mis en place des indicateurs, en propre, lui permettant de s'assurer de la conformité du fonctionnement du processus. La pharmacienne suit ainsi la conformité des prescriptions et en tient le suivi (91% des prescriptions sont analysées). Les indicateurs d'évaluation sont quantitatifs et qualitatifs (IPAQSS, ICATB). Un audit du circuit du médicament a été réalisé, en 2013, par l'Inspection régionale de la pharmacie, suite à la mise en service de la nouvelle structure : ses observations ont fait l'objet d'actions correctives, validées par l'ARS. Ces indicateurs sont présentés en COMEDIMS. La déclaration des erreurs médicamenteuses est effective et fait l'objet d'une analyse a posteriori, en lien avec la cellule qualité, sous la forme de REX. Un audit a été réalisé en ce qui concerne la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers (via la CRU). Les actions d'amélioration sont validées par le COMEDIMS. Les décisions prises sont diffusées via la plateforme intranet et accessibles à tous les professionnels. Toute action corrective ou réajustement fait l'objet d'une concertation entre la PUI et les services.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>La sécurisation du stockage des médicaments n'est pas toujours assurée</p> <p>A hôpital de jour de Vétraz-Monthoux, le réfrigérateur ne fait l'objet d'aucun contrôle. L'armoire à pharmacie n'a fait l'objet d'aucune visite de la pharmacienne ni de contrôles de la part des soignants. De plus, le CMP possède un large stock de médicaments délivrés par la PUI.</p>	20a bis
	PS	<p>Les professionnels de santé ne tracent pas toujours l'information des patients sur le bon usage des médicaments.</p> <p>Les professionnels de santé ne tracent pas systématiquement l'information des patients sur le bon usage des médicaments : c'est le cas à l'Unité Brévent où il n'existe aucune trace dans le DPI de l'information donnée au patient sur le bon usage des médicaments. A l'hôpital de jour du Centre Joseph Daquin, une patiente avait bénéficié d'une information, lors d'une consultation médicale, sur le traitement médicamenteux avec une réflexion sur les effets latéraux au niveau de la prise de poids. Cependant, la lecture du DPI n'a pas pu retrouver la trace ni de cette information ni de toute autre forme d'information concernant le bon usage des médicaments.</p>	20a bis

ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les professionnels concernés formés à l'utilisation des supports de signalement n'ont pas signalé un événement indésirable grave. Lors de la rencontre de l'équipe dans l'Unité Brévent, j'ai entendu que le patient hospitalisé en soins psychiatriques sans consentement et sur demande d'un tiers avait fugué, trois jours après son admission. Il a été reconduit dans l'établissement par les gendarmes. J'ai vu qu'il n'y a eu aucune déclaration d'événement indésirable, confirmé par la lecture du Rapport de signalement des fiches d'événements indésirables où aucune mention n'y est faite pour le mois de juin 2015.	8f
Droits des patients	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Les projets médicaux et/ou de secteurs d'activité n'ont pas identifiés les situations nécessitant une restriction des libertés en particulier sur la liberté d'aller et venir. Les documents élaborés par l'établissement (rapport d'activité par structures extra-hospitalières et par pôle, projets des unités intersectoriels et projet de soins des unités d'admission) n'abordent pas spécifiquement les situations nécessitant une restriction des libertés en particulier d'aller et venir (isolement et contention mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels etc.).	10e
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Certains secteurs ne mettent que partiellement en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les organisations prévues pour le respect des libertés ne sont pas toujours mises en œuvre au niveau des services d'hospitalisation complète accueillant les patients en soins psychiatriques sans consentement. Ainsi plusieurs patients mis en isolement ne bénéficient que d'une seule visite médicale en 24h, correspondant uniquement au renouvellement de la prescription, et ceci à l'encontre des préconisations du protocole en vigueur dans l'établissement qui indique que le patient doit avoir au moins deux visites médicales dans les 24h ; cela a été confirmé lors d'un patient traceur. Par ailleurs, dans le cadre d'un patient traceur, le dossier ne contenait aucune mesure des paramètres vitaux durant toute la période de l'isolement. Enfin, pour un patient traceur, les mesures de restrictions individuelles, prises à l'admission, concernant l'interdiction de visites, de téléphone et le retrait des effets personnels ainsi que l'analyse bénéfice-risque ne faisaient l'objet d'aucune prescription, consigne ou trace écrite dans le dossier patient.	1d
		NC	Les procédures d'hospitalisation sans consentement mises en œuvre au sein de l'établissement ne sont parfois pas appliquées.	19d

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			Pour un patient traceur, la mesure de soins psychiatriques sans consentement a été levée par le Juge des Libertés et de la Détention en raison d'un certificat médical de 72h insuffisamment circonstancié. Or, cette situation a été identifiée par l'établissement comme un événement récurrent avec des conséquences médicales et juridiques pouvant être graves pour le patient, l'entourage et l'établissement de santé.	
Parcours du patient	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas toujours transmis aux correspondants aval dans les délais réglementaires. Un audit, réalisé sur la base de la méthodologie IQSS, réalisé en 2015 montre que le délais d'envoi du courrier de sortie est passé de 61% en 2014 à 25% en 2015.	24a
		PS	Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels ne sont pas toujours tracés dans le dossier du patient. Pour un patient traceur, il a été vu dans le dossier, qu'il existait une mesure du poids réalisée très irrégulièrement depuis son admission dans l'unité (plus d'un an). Cette observation conforte le résultat PAQSS dépistage troubles nutritionnels à 66% en 2014.	19b
Dossier patient	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Tous les éléments constitutifs du dossier ne sont pas retrouvés. Pour un patient traceur, alors que des manifestations de la douleur se sont présentées pendant le séjour d'une patiente admise en septembre 2014, l'évaluation n'est pas cotée en fonction d'une échelle d'évaluation ni réévaluée après le traitement donné.	14a
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La sécurisation du stockage des médicaments n'est pas toujours assurée A hôpital de jour de Vétraz-Monthoux, le réfrigérateur ne fait l'objet d'aucun contrôle. L'armoire à pharmacie n'a fait l'objet d'aucune visite de la pharmacienne ni de contrôles de la part des soignants. De plus, le CMP possède un large stock de médicaments délivrés par la PUI.	20a bis
		PS	Les professionnels de santé ne tracent pas toujours l'information des patients sur le bon usage des médicaments. Les professionnels de santé ne tracent pas systématiquement l'information des patients sur le bon usage des médicaments : c'est le cas à l'Unité Brévent où il n'existe aucune trace dans le DPI de l'information donnée au patient sur le bon usage des médicaments. A l'hôpital de jour du Centre Joseph Daquin, une patiente avait bénéficié d'une information, lors d'une consultation médicale, sur le traitement médicamenteux avec une réflexion sur les effets latéraux au niveau de la prise de poids. Cependant, la lecture du DPI n'a pas pu retrouver la trace ni de cette information ni de toute autre forme d'information concernant le bon usage des médicaments.	20a bis