

MEMENTO DEMARCHE QUALITE

HOPITAL DE JOUR ANDRE BOULLOCHE
HOPITAL DE JOUR DU PARC MONTSOURIS
HOPITAL DE JOUR EPI
HOPITAL DE JOUR USIS
COFI-CMP



Sommaire

Politique qualité, de gestion des risques et sécurité des soins	4
Organisation de la démarche qualité	5
Certification de la Haute Autorité de Santé (HAS)	7
Thématiques suivies dans notre démarche qualité.....	9
Liste des protocoles en vigueur	10
Protocole de tenue des dossiers patients	12
Protocole d'accès du patient à son dossier	15
Protocole de gestion des événements indésirables	17
Protocole de gestion des plaintes et des réclamations.....	18
Conduite à tenir en cas de maltraitance au sein de l'institution.....	19
Conduite à tenir pour un mineur en danger ou risquant de l'être	21
Circuit du médicament.....	23
Protocole de gestion de crise.....	26
Protocole de prise en charge de la douleur.....	28
Protocole d'identification du patient	30
Programme de maîtrise du risque infectieux	33
Circuit des signalements externes obligatoires	35
Protocole d'information en cas de dommages liés aux soins	36

Politique qualité, de gestion des risques et sécurité des soins

La politique Qualité de l'Association Cerep-Phymentin décrit un certain nombre de principes organisationnels et administratifs, sur lesquels elle souhaite mobiliser l'ensemble du personnel en vue de maintenir et de développer la qualité de la prise en charge des patients et la sécurité des soins, au regard des exigences de la HAS.

L'enjeu est d'adapter la politique qualité, gestion des risques et sécurité des soins aux spécificités de nos structures en psychiatrie infanto-juvénile.

Après un important changement de gouvernance en 2013, l'année 2014 a été consacrée à la définition et la mise en place de la nouvelle organisation de la démarche qualité sur l'ensemble associatif. Toutes les instances ont été remaniées, repensées et nouvellement mises en place.

Cette fusion a été l'occasion de définir la gouvernance, mettre en place l'organisation et le pilotage de la démarche qualité et de la gestion des risques.

15 professionnels (médecins-directeurs, directeurs adjoints, directeurs, infirmiers, secrétaires, psychologues) ont été nommés pilotes des thématiques jugées prioritaires sur le compte qualité. Chaque thématique est pilotée par un groupe de 2 ou 3 personnes (direction et référent qualité). La transversalité entre les structures et la pluridisciplinarité des groupes ont favorisé les échanges de pratiques, la réalisation des audits de processus et une harmonisation des protocoles.

L'Association Cerep-Phymentin inscrit dans sa politique qualité 5 axes prioritaires :

Axe 1 : Favoriser le partage d'expérience et les réflexions sur les pratiques professionnelles (réunions de travail des groupes de pilote, démarches EPP...).

Axe 2 : Harmoniser les processus et protocoles associatifs, tout en conservant les spécificités des structures.

Axe 3 : Consolider l'organisation, le pilotage et le suivi de la démarche qualité (missions des instances, suivi des indicateurs...).

Axe 4 : Développer la gestion des risques à priori dans les établissements en articulation avec la gestion des risques à posteriori et plus particulièrement avec l'analyse et le traitement des événements indésirables.

Axe 5 : Renforcer la communication autour de la démarche qualité et gestion des risques et l'implication des acteurs (professionnels, représentants des usagers).

Organisation de la démarche qualité

I. Le pilotage de la démarche qualité et gestion des risques

Suite à la fusion des deux associations Cerep et Phymentin, une nouvelle organisation de la démarche qualité a été pensée, élaborée et proposée en 2014. L'année 2015 a été consacrée à sa validation et sa mise en place. La gestion opérationnelle de la démarche qualité et de la gestion des risques est portée par la direction générale, les directions d'établissement, les référents qualité et les membres des diverses instances.

II. Les instances en lien avec la démarche qualité et gestion des risques

Conférence Médicale d'Établissements (CME)

- ▶ **Mission** : Définir et valider la politique qualité et gestion des risques de l'Association + réflexion clinique sur les projets de soin et de recherche
- ▶ **Composition** : Président de la CME, un collège médecins, un collège directeurs, et les représentants de l'Association

Comité de Pilotage associatif, qualité et gestion des risques (COPIL associatif)

- ▶ **Mission** : Instance décisionnelle, opérationnelle et de pilotage de la démarche qualité et gestion des risques de l'Association
- ▶ **Composition** : Coordonnateur de la gestion des risques, médecins-directeurs, directeurs, directeurs adjoints, les référents qualité, l'adjointe qualité et la direction générale et les référents qualité.

Commission de Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

- ▶ **Mission** : Veille au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches.
- ▶ **Composition** : Représentants usagers, Médiateurs Médecins, Médiateurs non médecins, la Présidente, l'adjointe qualité et gestion des risques et la DGA

Réunions des référents qualité

- ▶ **Mission** : Instance de réflexion et d'élaboration sur la mise en place de la démarche qualité de l'association, dans les établissements
- ▶ **Composition** : Référents qualité de chaque établissement, l'adjointe qualité et la directrice générale adjointe.

Comité de pilotage dans chaque établissement (COFIL établissement)

- ▶ **Mission** : Instance de pilotage et de régulation de la démarche qualité de l'établissement
- ▶ **Composition** : La direction, le référent qualité et des professionnels

III. La gestion des risques et sécurité des soins

La gestion des risques au quotidien est assurée par l'implication des directions, l'analyse des événements indésirables en COFIL, et la vigilance des équipes au quotidien. La fonction de coordinatrice de la gestion des risques contribue au déploiement d'une culture de sécurité des soins, à l'interface entre les instances associatives de pilotage de la démarche qualité et gestion des risques et le travail mené dans les établissements.

IV. Le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Ce document rassemble tous les plans d'actions à mettre en œuvre au sein des établissements sanitaires, en application de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le programme est validé par la Direction générale, le Président de la CME. Il est accessible à tous, dans son intégralité.

V. Le suivi du programme global d'amélioration

Le management de la démarche qualité est piloté à travers le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'évaluation du programme sera réalisée une fois par an, au mois de juin. Les codes couleurs permettent d'identifier rapidement les actions non réalisées, en cours de réalisation ou réalisées et à poursuivre. Le compte qualité sera alors mis à jour en parallèle, une fois par an.

VI. Les indicateurs d'évaluation

Le nouveau programme global a démarré en 2015. Au-delà du suivi des actions réalisées, les résultats seront visibles à travers les multiples indicateurs définis et inscrits au compte qualité. Fin 2016, une analyse plus fine à travers un tableau généralisé d'indicateurs pourra être menée et s'articuler avec le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Certification de la Haute Autorité de Santé (HAS)

La certification des établissements de santé est une obligation légale depuis 1996. Elle est pilotée par la HAS et évalue la qualité et la sécurité des soins délivrés par les établissements de santé. Elle s'intéresse à la fois à la prise en charge du patient et au pilotage des établissements. Les objectifs de qualité et de sécurité à atteindre par l'établissement sont fixés dans le manuel de certification.

Jusqu'en 2014, pour savoir si ces objectifs étaient atteints, l'établissement s'appuyait sur l'ensemble des références du manuel pour évaluer les écarts entre les exigences du manuel et la réalité du terrain. L'établissement conduisait son « auto-évaluation ». Sur la base de cette auto-évaluation, la HAS déterminait les modalités de la visite par les experts-visiteurs.

Première étape de la certification, l'auto-évaluation n'est aujourd'hui plus obligatoire en tant que telle. Néanmoins, les exigences du manuel sont toujours d'actualité. L'établissement ne fait pas parvenir son « auto-évaluation » à la HAS mais un autre support qui est appelé « **compte qualité** ». Ce dernier a un caractère obligatoire et doit être adressé à la HAS tous les deux ans. Le compte qualité a vocation à présenter les priorités d'action de l'établissement sur l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients, à partir d'un état des lieux des forces et faiblesses de l'établissement sur des thématiques déterminées par la HAS. Ces thématiques réorganisent les critères du manuel de certification.

Deuxième étape de la certification, la visite des experts-visiteurs dans l'établissement intervient généralement une fois tous les 4 ans. Dans certaines situations la durée pourra varier, notamment en fonction du niveau de maturité de l'établissement. Ils viennent, à l'appui des éléments rapportés par l'établissement, évaluer sur le terrain le niveau de mise en œuvre. Leur action est déterminante pour préparer la décision de certifier ou non l'établissement.

À l'issue de la visite, les constats des experts-visiteurs sont envoyés à la HAS qui, sur la base de ce retour, prendra sa décision. La décision finale est prise par le Collège de la HAS. Le rapport de certification est rendu public sur le site de la HAS et les conclusions doivent être affichées et diffusées par l'établissement.

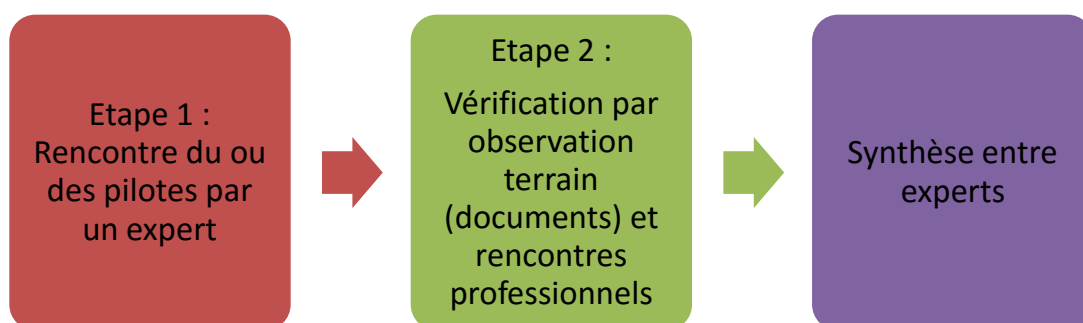
Contrairement à ce qui existait en V2010, la certification avec réserve n'est plus possible. En fonction des résultats, la HAS peut prononcer les décisions suivantes :

- Certification ;
- Certification, assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration ;
- Certification, assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration ;
- Sursis à statuer pour la certification ;
- Non-certification.

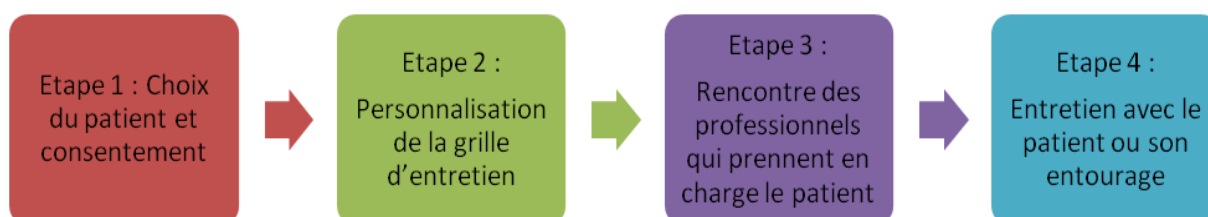
Selon la décision prononcée, l'établissement peut avoir à rendre compte à la HAS des mesures prises pour y répondre. La non-certification oblige l'établissement à mener les actions correctives nécessaires pour présenter un nouveau dossier.

La certification V2014 introduit deux nouvelles méthodes lors des visites des experts

- ▶ Les experts vont investiguer chaque thématique par la méthode d'« audit de processus ».



- ▶ Les experts vont compléter l'analyse de chaque thématique par une vérification transversale avec la méthode du « patient traceur ». Cette méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques consiste à partir d'un séjour d'un patient à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui s'y rattachent. Le dossier du patient est le fil conducteur de la méthode. Cette analyse n'est pas une évaluation de la pertinence de la stratégie diagnostique et thérapeutique du patient mais une évaluation des thématiques sur la base du dossier.



Thématiques suivies dans notre démarche qualité

Management

Management stratégique, gouvernance

Management de la qualité et des risques

Gestion des risques infectieux

Prise en charge

Identification du patient

Parcours du patient

Droits des patients

Prise en charge de la douleur

Dossier patient

Management de la prise en charge
médicamenteuse

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

Santé, sécurité et qualité de vie au travail

Gestion des ressources financières

Gestion du système d'information

Processus logistiques

Liste des protocoles en vigueur

Protocoles communs aux 5 établissements sanitaires (harmonisés et validés en 2015 et 2016)
Politique qualité, gestion des risques et sécurité des soins
Programme global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques
Protocole de tenue du dossier patient
Protocole d'accès du patient à son dossier
Protocole de gestion des événements indésirables
Protocole de gestion des plaintes et des réclamations
Conduite à tenir en cas de maltraitance au sein de l'institution
Conduite à tenir concernant un mineur en danger ou risquant de l'être
Circuit du médicament
Protocole de gestion de crise
Protocole de prise en charge de la douleur
Protocole d'identification du patient
Programme de maîtrise du risque infectieux
Circuit des signalements externes obligatoires (maladies à déclaration obligatoires, signalement externes des infections nosocomiales)
Information du patient en cas de dommages liés aux soins

En plus des protocoles communs, chaque établissement met en œuvre des procédures internes plus spécifiques qui sont validées en COPIL d'établissement.

**L'ensemble de ces protocoles sont à disposition de tous les professionnels dans le :
« Classeur des protocoles ».**

Les protocoles qualité s'imposent à chaque professionnel dans sa pratique, au quotidien.

*Synthèse des protocoles
communs en vigueur dans
les établissements
sanitaires de l'Association
Cerep-Phymentin*

Protocole de tenue des dossiers patients

1) Politique du dossier patient :

- Homogénéiser et organiser le contenu du dossier patient commun.
- Organiser le circuit du dossier patient commun.
- Définir les responsabilités des acteurs dans la tenue et la communication du dossier patient commun.
- Fiabiliser les données du patient.
- Evaluer la mise en œuvre des objectifs généraux.
- Garantir la traçabilité de la prise en charge de l'enfant/adolescent

L'ensemble des Unités, Hôpitaux de Jour et COFI CMP partage la même politique du dossier patient et s'engage à respecter ses principes et les règles qui en découlent.

2) Contenu du dossier patient :

DOSSIER ADMINISTRATIF DU PATIENT

- 1) Fiche récapitulative
- 2) Contenu du dossier administratif

DOSSIER MEDICAL

- 1) Admission et diagnostic
- 2) Prise en charge et évolution
- 3) Examens complémentaires/ Pédiatre ou médecin généraliste
- 4) Soins médicaux externes
- 5) Dossier d'orientation ou de sortie

DOSSIER DE SOINS

- 1) Projet thérapeutique
- 2) Dossier infirmier
- 3) Dossier Social
- 4) Dossier éducatif
- 5) Dossier de prises en charge en psychothérapie, orthophonie ou psychomotricité
- 6) Dossier scolaire
- 7) Dossier « ateliers »

DOSSIER D'URGENCE MEDICALE

3) Cadre d'utilisation du dossier :

Les dossiers sont consultables uniquement dans l'enceinte de l'établissement (secrétariat, ou bureau médical). Afin d'éviter toutes erreurs de classement ou de perte, la gestion du dossier est limitée principalement à la secrétaire.

Les secrétaires sont chargées de l'ouverture du dossier et de sa bonne tenue. Le classement et la mise à jour des pièces sont centralisés auprès des secrétaires. Les secrétaires veillent à la bonne tenue du dossier administratif.

Le dossier patient reste sous la responsabilité du Médecin.

Les informations contenues dans le dossier du patient sont **actualisées sur l'évolution de son état clinique et de sa prise en charge**. Le dossier permet, à tout moment, de connaître les traitements, les examens et les soins reçus ou devant être reçus par le patient.

Le dossier se présente sous la forme de **classeur à anneaux ou chemise**. Chaque dossier est divisé en plusieurs onglets et sous-onglets. Dans chacune des parties, **les documents sont classés par ordre chronologique (du plus ancien au plus récent), imprimés tant que possible en recto-verso**.

Les documents rédigés par les professionnels de l'institution comportent l'identification du patient, son sexe et sa date de naissance. Chaque écrit est daté et porte le nom et la fonction de son rédacteur. Les documents comportant plusieurs pages sont numérotés.

Les dossiers des patients sont rangés dans **une armoire fermant à clé au secrétariat**. En cas d'absence des secrétaires, la porte du bureau est fermée à clé. La confidentialité du dossier est ainsi assurée.

La présence de tous les dossiers est vérifiée chaque soir à la fermeture de l'armoire.

Remarque :

A l'avenir, le dossier sera informatisé. L'ensemble des documents cités dans le protocole sont à créer par chaque établissement et réuni dans un classeur-type.

Toutes les admissions et fins de prise en charge de l'hôpital de jour sont répertoriées dans des registres (admissions et demandes d'admission).

Les numéros de dossiers sont attribués à partir de ce registre : le dossier porte l'année d'admission/ordre d'entrée sur l'année. Le prénom associé aux trois premières lettres du nom est également noté. (Ex : 2015/01//DUP. Julie)

Notes de travail :

Par ailleurs, indépendamment du Dossier Patient, les professionnels peuvent prendre pour chaque enfant des notes de travail, à usage exclusivement professionnel intra institutionnel. Ces notes doivent être rangées dans un lieu sécurisé de l'établissement (casier, ...). Il s'agit de notes prises par un professionnel pour son seul usage, non transmises à des tiers, professionnels ou non, détruites lorsque le professionnel cesse d'intervenir dans la prise en charge. Ce support de travail est non communicable aux patients et/ou aux familles qui formuleraient une demande d'accès au Dossier Patient.

Remarque :

***Le dossier de demande d'admission** qui est adressé par nos correspondants en vue de l'admission d'un enfant à l'Hôpital de Jour n'est pas communicable par nos soins aux patients et/ou représentants légaux qui en feraient la demande. Une famille qui souhaiterait avoir connaissance du contenu de ce dossier d'admission devrait formuler sa demande directement auprès de l'équipe ou de l'institution à l'origine de cet écrit. Il n'est donc pas conservé dans le dossier patient mais à proximité dans un lieu sécurisé.*

Dossier d'urgence médicale

Il s'agit du dossier contenant **l'ensemble des informations médicales et administratives utiles à connaître dans le cas où un enfant doit être transporté vers une autre structure de soins dans un contexte d'urgence**. Ce dossier est donc destiné à être emmené à l'extérieur de l'institution en cas d'hospitalisation ou lors de séjour thérapeutique.

Ce dossier se présente sous la forme d'une **pochette à prendre rapidement en cas d'urgence**. L'infirmière est chargée de l'ouverture et de la mise à jour du Dossier d'Urgence Médicale **sous la responsabilité du médecin référent**. **Les dossiers d'urgence médicale ne peuvent être consultés qu'au secrétariat**, de manière à ce qu'ils soient toujours accessibles.

Protocole d'accès du patient à son dossier

La communication du dossier constitue une obligation pour l'établissement et un droit pour le patient. Le patient et ses représentants légaux sont informés de ce droit via le livret d'accueil, remis à chaque famille dès l'admission, et via la charte de la personne hospitalisée, affichée dans l'établissement et dans le livret d'accueil.

I. Qui peut demander l'accès au dossier ?

Selon l'article R.1111-1 du Code de la Santé Publique, l'accès aux informations relatives à la santé d'une personne peut être demandé par :

- ✓ les patients majeurs
- ✓ les personnes ayant l'autorité parentale
- ✓ les tuteurs (majeurs sous tutelle)
- ✓ les ayants droits en cas de décès du patient
- ✓ le médecin désigné comme intermédiaire, par l'une de ces personnes.

II. Comment ces personnes peuvent demander l'accès au dossier ?

La demande d'accès doit être impérativement écrite et adressée par courrier recommandé au Médecin-directeur de l'établissement

Si la demande est incomplète, un courrier est alors renvoyé au demandeur, pour attester de la réception de sa demande et joindre le formulaire à remplir

Préparation du dossier selon les modalités souhaitées par le demandeur.

III. Quelles sont les informations communiquées ?

Selon l'article L. 111-7 du Code de la Santé Publique :

« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisés et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé (...) »

A l'exception :

- des informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tiers.
- des notes personnelles de professionnels.

Le dossier médical doit contenir toutes les pièces qui ont contribué à l'élaboration du diagnostic et au traitement et qui permettent l'appréciation de l'état de santé du patient.

IV. Comment est communiqué le dossier ?

⇒ Soit par consultation sur place :

Pour une meilleure compréhension des données médicales, le patient et/ou ses représentants légaux sont informés de la possibilité d'être accompagnés par le médecin référent de l'établissement.

Le demandeur peut également souhaiter la présence d'une tierce personne. Dans ce cas, le médecin référent devra impérativement informer :

- le patient et ses représentants légaux, du fait que la tierce personne aura connaissance d'informations strictement personnels sur sa santé,
- la tierce personne, qu'elle est tenue pénalement de respecter la confidentialité des informations de santé de la personne qu'elle accompagne. Le demandeur peut refuser toute forme d'accompagnement. La consultation sur place des informations est gratuite. Cette consultation peut être faite avec remise possible de copies des documents, à la charge du demandeur.

⇒ Soit par envoi d'une copie du dossier ou de certains documents :

Cet envoi se fera en recommandé avec accusé de réception. Les frais de photocopie et d'envoi seront à la charge du demandeur.

Attention :

- ✓ Avant toute communication de dossier, l'établissement doit s'assurer de l'identité du demandeur.
- ✓ L'établissement doit impérativement respecter les délais de transmission :
 - au plus tôt, après un délai de réflexion de 48 heures,
 - au plus tard, dans les 8 jours suivant la date de réception de la demande.

Ce délai est porté à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans (en partant de la date à laquelle l'information médicale a été constituée).

V. L'évaluation de la procédure

Chaque demande d'accès au dossier devra être tracée dans le tableau de bord de suivi des demandes d'accès au dossier.

Le nombre de demande de communication de dossier et les délais de transmission seront communiqués aux membres de la (CRUQPC). En cas de non-conformité des délais de transmission ou lors de plaintes et réclamations concernant l'accès du patient à son dossier, des actions d'amélioration devront être mises en place par les établissements et seront suivies par les membres de la CRUQPC.

Protocole de gestion des événements indésirables

Qu'est-ce qu'un événement indésirable ?

EI = tout dysfonctionnement ou situation qui a conduit ou qui aurait pu conduire à un dommage pour un patient, un professionnel ou la structure.

Quel est l'intérêt ?

L'analyse permet de déceler les événements récurrents, de les prévenir et de réduire au maximum leurs conséquences par des mesures préventives ou correctives.

Comment signaler ?

Cette procédure s'applique à **l'ensemble des professionnels** de l'établissement. Dans chaque établissement de l'association, une **fiche de déclaration d'événements indésirables est à disposition des professionnels.**

A quel moment déclarer ?

La fiche doit être remplie le plus tôt possible après la constatation de l'incident, risque d'incident ou accident survenu dans l'établissement, qu'il concerne un patient, une famille, un professionnel, le fonctionnement de l'établissement ou la sécurité des biens.

Le signalement par cette fiche ne se substitue pas à la gestion habituelle du problème et à la mise en œuvre d'actions curatives ou correctives immédiates, ni aux déclarations obligatoires.

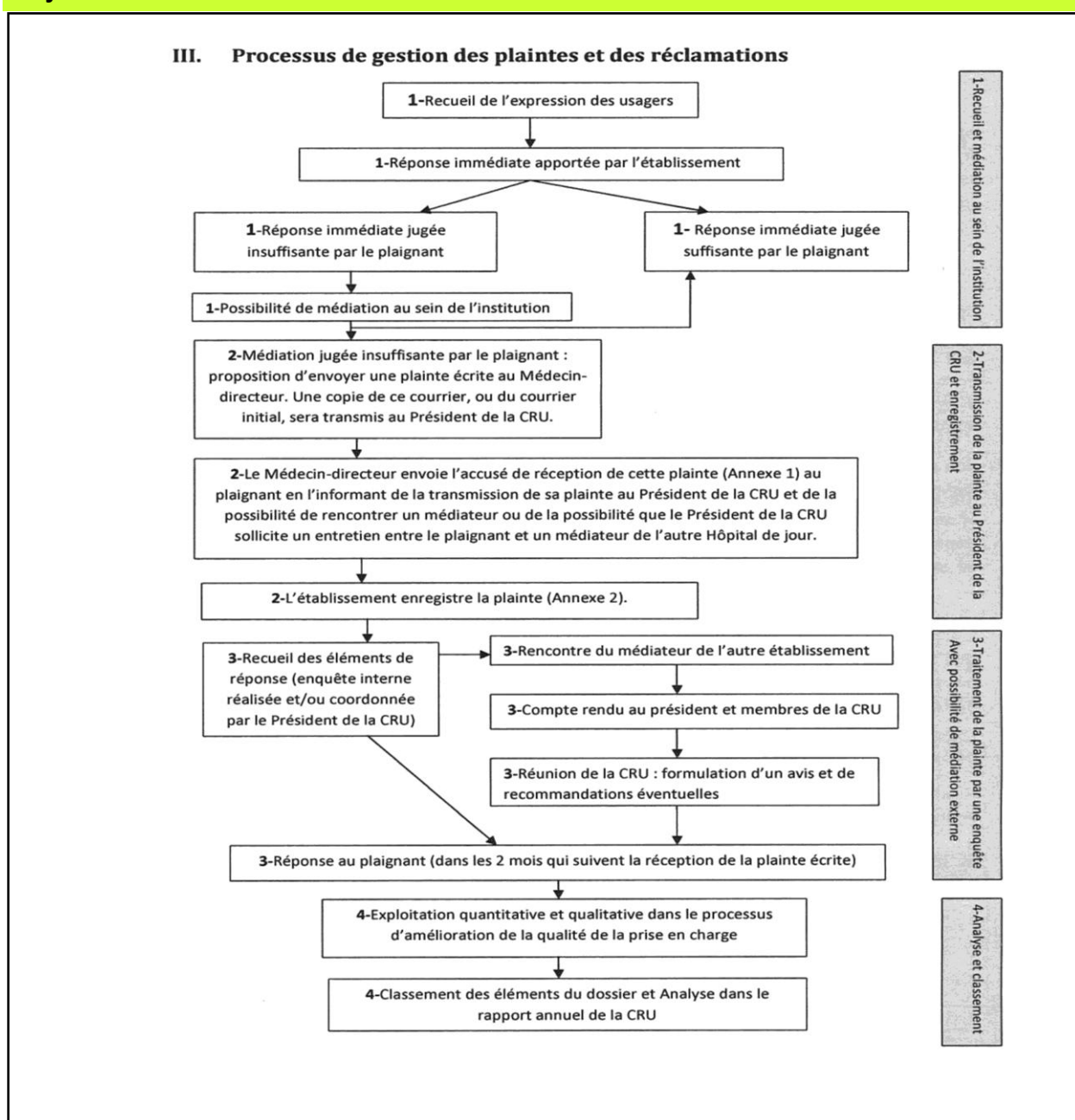
Et après ?

Les événements indésirables sont analysés **en COPIL dans l'établissement (1/mois)** et les actions d'amélioration nécessaires y sont prises. Les actions nouvelles sont présentées aux équipes en réunion de synthèse. Quelques mois après leur mise en place, un retour d'expérience permettra d'évaluer leur efficacité.

Protocole de gestion des plaintes et des réclamations

Dans la pratique de la psychiatrie infanto-juvénile, la difficulté des parents à accepter la pathologie de leurs enfants/adolescents, et l'angoisse de les confier à l'institution, font de l'hôpital de jour un lieu privilégié d'expression de la plainte. Ces plaintes et récriminations font l'objet d'un travail continu sur les relations parents-enfants/adolescents-institution par les professionnels soignants.

Dans ce document, est considéré comme « plainte » ou « réclamation » : **Toute évocation explicite d'un mécontentement, écrite ou orale, avec demande explicite de justification.**



Conduite à tenir en cas de maltraitance au sein de l'institution

I. Objet de la procédure

- ▶ Garantir la sécurité des personnes et des biens, dans le respect des valeurs de l'Association Cerep-Phymentin, contenue notamment dans sa charte éthique.
- ▶ Diffuser une culture de la bientraitance au sein de l'établissement.
- ▶ Rappeler l'engagement de l'Association, de la Direction Générale, des Directions d'établissement et des équipes, en matière de lutte contre la maltraitance, et de leur implication à chacune des étapes.
- ▶ Sensibiliser les professionnels à la reconnaissance, l'identification, la dénonciation et la lutte contre la maltraitance.
- ▶ Décrire clairement la conduite à tenir en cas de situation de maltraitance survenue au sein de l'institution.

Cette procédure ne concerne que les faits de maltraitance exercés par un ou des professionnels envers un ou plusieurs usagers. La conduite à tenir en cas de repérage ou de connaissance de carences éducatives ou affectives graves sur les enfants ou adolescents accueillis avec une impossibilité de travailler avec la famille, fait l'objet d'une autre procédure.

II. Que signifie le terme de maltraitance ?

Selon le Conseil de l'Europe, la maltraitance est le fait de violence qui se caractérise par « tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ».

III. Qui doit signaler ?

L'obligation de signalement s'impose à tout professionnel ayant connaissance de mauvais traitement ou de privations infligées à une personne vulnérable, dans l'incapacité de se protéger. Il doit en informer sa hiérarchie et peut en informer les autorités administratives ou judiciaires, puisque du moment où la personne a connaissance de mauvais traitements, sa responsabilité pénale est engagée.

Le code pénal lève le respect du secret professionnel. Le secret professionnel n'est pas applicable à celui qui informe les autorités administratives, médicales ou judiciaires de privations ou de sévices, notamment lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

IV. Comment signaler ?

Les professionnels peuvent signaler un cas de maltraitance :

- Après de la Direction, du Directeur Général et/ou du Président de l'Association
- Après de la CRIP
- Après du Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance de Paris

V. Protection des victimes

Une mise à pied conservatoire du salarié présumé des faits, pourra être demandée par la direction et prononcée par le Directeur Général. Elle prendra effet immédiatement et ce, jusqu'à la notification de la sanction définitive à moins qu'en fonction des circonstances, une durée de mise à pied plus brève ait été signifiée et confirmée au salarié. L'objectif est alors de protéger les personnes en éloignant de l'établissement, le salarié accusé des faits de maltraitance.

VI. Information et transparence

- ▶ En interne
- ▶ En externe

VII. Actions à l'égard des auteurs présumés

A. Actions pénales

Au pénal, toute affaire ou suspicion de maltraitance relève principalement et avant tout, de la juridiction pénale dont la mission fondamentale consiste à sanctionner tout auteur d'une infraction pénale avérée.

B. Actions civiles

L'Association se réserve le droit de se porter partie civile aux côtés des actions intentées par le ou les victimes. En ce cas, elle peut réclamer des dommages et intérêts pour atteinte au déficit de son image et obtenir des réparations qui lui seraient éventuellement dues.

C. Actions disciplinaires

En parallèle de l'action pénale, une action disciplinaire pourra être engagée.

D. Protection des personnes ayant subi des accusations sans fondement

Des accusations peuvent parfois être portées sans aucun fondement ou être mensongères, dans le seul but de nuire à l'honneur et à la considération d'une personne.

Le rôle de la Direction générale et de la Direction d'établissement est de protéger les salariés qui dénoncent des actes de maltraitements afin d'éviter que ne s'exercent sur eux des pressions mais aussi, de protéger les personnes ayant subi des accusations sans fondement, et garantir leur présomption d'innocence jusqu'à ce que la culpabilité de la personne ait été établie.

Conduite à tenir pour un mineur en danger ou risquant de l'être

1. Objet de la procédure

Décrire clairement la conduite à tenir en cas de repérage ou de connaissance de carences éducatives ou affectives ou de situations de danger survenues à l'extérieur de l'établissement.

Une procédure différente précise la conduite à tenir en cas de situation de maltraitance survenue au sein de l'institution.

2. Qui doit alerter ?

Informer ou signaler est un devoir et, dans certains cas, une obligation légale. Chacun, tout citoyen et professionnel alerté par la situation d'un enfant, doit avertir les pouvoirs publics.

Au sein des établissements, la suspicion ou la connaissance de situation à risque pour un enfant ou adolescent, doit être discutée en réunion d'équipe pluridisciplinaire. Une fois la décision prise, la rédaction peut être réalisées à plusieurs, puis transmise soit par :

- le médecin psychiatre référent de l'enfant/adolescent
- la direction de l'établissement

3. Qui alerter et comment alerter ?

Transmettre une information préoccupante à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) ou signaler au Parquet compétent en cas de nécessité de protection immédiate constituent les deux manières d'alerter les autorités, administratives ou judiciaires, d'une situation d'enfant en danger grave ou en risque de danger.

- La transmission d'information préoccupante à la CRIP est effectuée dans le cas de situations de danger ou risquant de l'être pour un mineur (sans forcément que les faits soient avérés). La CRIP est chargée du recueil, du traitement, et de l'évaluation de ces informations. Après évaluation, la CRIP peut saisir, si nécessaire, l'autorité judiciaire.

CRIP 75

Cellule départementale chargée du Recueil, du traitement et de l'évaluation des Informations Préoccupantes

Bureau de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

76/78 rue de Reuilly

75583 PARIS Cedex 12

Tel : 01.53.46.86.81

Fax : 01.53.46.86.30

Le téléphone vert national est le : 119 (www.allo119.gouv.fr)

Le 119 est un service d'accueil téléphonique national gratuit, chargé de recueillir les signalements concernant les enfants maltraités.

- Effectuer un signalement au Procureur de la République : pour les situations d'urgence avérées, nécessitant une protection immédiate du mineur. Avec la loi du 5 mars 2007, le terme de « signalement » est exclusivement réservé à la saisine du Procureur de la République. Le signalement est une procédure exceptionnelle d'urgence concernant les situations de danger grave.

Tribunal de Grande Instance de Paris

Procureur de la République

14 quai des Orfèvres

75059 PARIS RP SP

Tel : 01.44.32.54.16

Fax : 01.44.32.78.59

4. Informer les parents :

L'article L.226-21 du CASF stipule qu'« informer préalablement les détenteurs de l'autorité parentale est une obligation légale sauf s'il est estimé que c'est contraire à l'intérêt de l'enfant (en cas de soupçons de représailles, de menaces ou de pressions possible sur l'enfant) ».

5. Le secret professionnel :

Tout en étant préservé, le secret professionnel est aménagé par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, pour autoriser légalement le partage d'informations. Il permet aux professionnels d'échanger entre eux les informations nécessaires à l'évaluation d'une situation, et à la mise en œuvre des actions de protection, toujours dans l'intérêt de l'enfant.

Chaque salarié est lié par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits et informations dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions (Extrait du Règlement intérieur à destination des salariés).

Circuit du médicament

I. OBJECTIFS DU PROTOCOLE

- Formaliser le circuit du médicament sur les établissements
- Sécuriser le circuit du médicament à toutes ses étapes
- Envisager le cas particuliers des séjours thérapeutiques

Le circuit du médicament comprend les étapes suivantes :

- ✓ Prescription
- ✓ Approvisionnement
- ✓ Stockage
- ✓ Contrôle des stocks et des péremptions / Elimination
- ✓ Administration
- ✓ Traçabilité

II. Prescriptions faites par les médecins de l'hôpital de jour

➤ **Prescriptions nominatives par ordonnance établie au nom d'un patient**

Les psychiatres de l'hôpital de jour peuvent prescrire des médicaments psychotropes aux patients pris en charge. Chaque ordonnance comporte les nom et prénom du patient, la dénomination du médicament, le dosage, la forme pharmacologique, la voie d'administration, la durée du traitement, la date et la signature du prescripteur, ainsi que son numéro d'inscription à l'ordre des médecins. L'original de l'ordonnance est donné au patient et/ou à sa famille. Des doubles de l'ordonnance sont conservés dans la partie médicale du dossier patient et à l'infirmierie.

Toutes les informations utiles à la prescription (allergies, poids, taille, vaccination, asthme...) sont à disposition dans le dossier infirmier du patient.

Le traitement devant être administré durant le temps de prise en charge à l'hôpital de jour est acheté par l'établissement auprès de l'officine partenaire.

Le traitement devant être pris au domicile est acheté par la famille grâce à l'ordonnance.

III. Prescriptions faites par des médecins extérieurs à l'établissement

- Parfois, la prescription initiale d'un traitement psychotrope est effectuée par un psychiatre extérieur à l'institution, partenaire de la prise en charge, en concertation avec le médecin référent de l'enfant à l'hôpital de jour.

Dans ce cas il est demandé aux parents de fournir un double de l'ordonnance, qui est rangé dans la partie médicale du dossier patient et à l'infirmierie.

Le médicament est acheté par l'établissement pour les prises devant être administrées sur le temps de prise en charge à l'HDJ.

Le médecin référent remplit et signe une fiche de prescription-administration, portant l'identité du patient, rangée dans la pharmacie dans le classeur prévu à cet effet ; cette fiche est réactualisée au minimum une fois par mois (plus souvent en cas de changement de posologie ou de médicament). Sur cette fiche, le médecin peut préciser les modalités de surveillance du traitement si nécessaire.

- Pour tout traitement ponctuel d'un problème somatique intercurrent faisant l'objet d'une prescription par le pédiatre ou le médecin généraliste du patient à l'extérieur de l'institution, il est demandé à ce que le traitement soit administré au domicile familial du patient en dehors du temps de présence à l'HDJ, ce qui est tout à fait envisageable compte-tenu de la plage horaire sur laquelle les patients sont accueillis. Néanmoins, nous demandons aux familles de nous signaler toute prescription nouvelle concernant leur enfant.

IV. Administration

- **Médicaments faisant l'objet d'une prescription médicale nominative**

La distribution des médicaments incombe à l'infirmier(e) ou aux médecins, sur prescription médicale. La traçabilité de la distribution est assurée par la fiche de prescription-administration ; sur cette fiche datée et signée portant l'identité du patient, les médecins de l'HDJ prescrivent le traitement, et l'infirmier(e) trace toutes les prises (jour, heure, posologie, observations particulières concernant la prise, effets secondaires éventuellement observés). La fiche de prescription-administration nominative est réactualisée au minimum une fois par mois par le médecin prescripteur, ou plus souvent en cas de changement de posologie ou de traitement. Sur cette fiche, le médecin peut préciser les modalités de surveillance du traitement si nécessaire.

Les fiches de prescription-administration en cours sont rangées dans la pharmacie dans le classeur prévu à cet effet. Chaque mois, la nouvelle fiche de prescription-administration nominative remplace la précédente dans ce classeur, tandis que les fiches qui ne sont plus en cours de validité sont rangées dans le classeur « archives temporaires ». A la fin de l'année, les fiches de prescription-administration sont rangées dans les dossiers des patients au secrétariat.

En matière d'identitovigilance, l'administration des médicaments est sécurisée grâce au trombinoscope des patients en séjour à l'HDJ sur l'année en cours.

Si l'infirmière et les médecins psychiatres ne peuvent administrer les traitements, les éducateurs chargés d'accompagner les actes de la vie courante de l'enfant, sont habilités à le faire sous réserve qu'il n'y ait pas de préparation spécifique (Article L313.26 du CASF, cf. annexe : courrier du directeur général de l'association CEREP-PHYMENTIN concernant

l'administration des médicaments). Lorsqu'ils administrent un traitement, les éducateurs remplissent la fiche de prescription-administration nominative.

Les traitements donnés au sein de l'hôpital de jour ne demandent pas de préparation spécifique.

➤ **Médicaments antipyrétiques ou antalgiques simples faisant l'objet d'un protocole, sans prescription médicale nominative**

Seuls les professionnels habilités peuvent distribuer des médicaments antalgiques simples ou antipyrétiques, sous certaines conditions, conformément au protocole établi à l'hôpital de jour. En accord avec le décret n°2002-194 du 11 février 2002, « l'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles pré établis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers ». Il/elle ne peut distribuer de son propre chef aucun autre type de médicament. L'administration de ce type de traitement fait l'objet d'une fiche de prescription-administration spécifique portant l'identité du patient, le jour, l'heure et la posologie, ainsi que les observations particulières ou effets secondaires éventuels. Dans les hôpitaux de jour accueillants des enfants, l'infirmier(e) informe par ailleurs la famille.

➤ Cf. Protocole de prise en charge de la douleur

➤ Dans une situation d'urgence où le SAMU serait appelé, l'infirmier(e) pourrait être amené(e) à démarrer un traitement sur la demande du médecin du SAMU en attendant son arrivée.

V. EVALUATION DU CIRCUIT DU MEDICAMENT

Tout incident survenant dans le processus est à retranscrire sur une fiche d'événements indésirables afin de faire l'objet d'un plan d'action correctif.

La surveillance thérapeutique du patient permet d'évaluer le bénéfice rendu par le traitement médicamenteux et de repérer la survenue éventuelle de tout effet indésirable, y compris mineur. Ces effets indésirables font l'objet d'un traçage sur les fiches d'administration et/ou dans le dossier du patient, d'une déclaration selon les procédures en vigueur dans l'établissement, d'une analyse en vue d'une action corrective et d'une réévaluation.

Protocole de gestion de crise

I. IDENTIFICATION DES EVENEMENTS ET INCIDENTS

- ▶ TECHNOLOGIQUES : incendie, explosion, panne d'électricité, panne de communication et d'informatique, NRBC (Nucléaire, radiologique, biologique, chimique).
- ▶ DESORDRES CIVILS : attentats, émeutes, prise d'otage.
- ▶ NATURELS : Neige, tempête, vague de chaleur, inondation.
- ▶ SANITAIRES : pollution atmosphérique, épidémies.

II. GERER LA CRISE

1. **Cellule de crise**

La direction constitue la cellule de crise. Elle est chargée de la gestion et des actions à mener selon l'identification de la crise.

La direction générale de l'Association sera également informée voir impliquée dans la gestion de l'incident suivant son ampleur. La cellule de crise devra se munir du dossier opérationnel contenant toutes les informations utiles (numéros d'urgence, liste des coordonnées téléphoniques des patients, des professionnels et des stagiaires/bénévoles).

2. **Missions de la cellule de crise**

- Recueillir des informations utiles et fiables sur les causes et les conséquences de l'alerte.
- Comprendre et analyser la situation à l'aide des informations obtenues.
- Définir des réponses adaptées.
- Prendre les décisions urgentes afin d'éviter l'extension de l'événement.
- Centraliser la conduite et la gestion de la communication.

3. **Formation**

Le protocole est connu de tous les professionnels. Chaque établissement effectue un exercice d'évacuation et de confinement par an.

4. **Gérer la sortie de la crise**

Après une crise, l'établissement évalue le système existant en prenant en compte ses enseignements. L'analyse des risques et de l'application de la procédure entraîneront des modifications du protocole et des conduites à tenir.

III. ANALYSE DES DIFFERENTES SITUATIONS DE CRISE

Selon le type et le niveau de crise, les modalités de réponses adaptées sont décidées par les directions :

- ▶ **l'évacuation (cf. consignes évacuation incendie),**
- ▶ **la mise à l'abri des patients et des professionnels,**
- ▶ **la fermeture de l'établissement.**

A. EVACUATION DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS :

La conduite à tenir en cas d'évacuation (incendie, inondation, explosion...) est décrite dans le protocole « Conduite à tenir en cas d'incendie ».

Le protocole « Conduite à tenir en cas d'urgence médicale » prévoit la prise en charge de personnes blessées.

B. MISE A L'ABRI DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS (AVEC OU SANS CONFINEMENT)

- **Rassembler** les patients et professionnels dans le lieu choisi.
 - Chaque établissement a établi un plan des locaux avec la situation du ou des lieux de mises en sûreté et du matériel destiné à cette situation. Ce lieu se trouve à proximité de sanitaires. Il ne doit pas avoir de fenêtre, être éloigné de la rue et se trouver près d'une sortie.

- **Vérifier** la présence de tous les patients et professionnels.
 - Chaque année, les listes du personnel et des patients accueillis sont remises à jour et copiées en plusieurs exemplaires : une au secrétariat et une à chacun des directeurs de l'établissement qui les conserveront sur eux ou à domicile.
 - Une copie de ces listes est également, envoyée aux directeurs par mail.

- **Appeler** la police pour signaler l'accident majeur : 17.

- **Se munir** de la mallette prévue au confinement avec :
 - Lampe(s) torche(s) avec pile(s),
 - Trousse de premiers secours,
 - Couvertures de survie,
 - Poste radio avec piles,
 - Eau embouteillée et gobelets,
 - Téléphone (s) portable (s).
 - Ce matériel situé dans un endroit bien spécifique et facilement accessible.

- **Allumer et écouter** le poste de radio.
 - Les fréquences radio sur lesquelles les stations conventionnées sont accessibles sont : **France bleue : 107.1 FM, France inter : 87.8 FM, France info : 105.5 FM.** Regarder France 3 si possible.

- **Attendre la décision** de la fin de l'alerte donnée par les autorités (ministre ou préfet) qui sera transmise au Directeur par la gendarmerie ou la police, les services de radiodiffusion, le signal national de fin d'alerte (sirène).

C. FERMETURE DE L'ETABLISSEMENT

Les directeurs devront prévenir la direction générale, puis avertir tous les professionnels, les stagiaires/bénévoles et les patients de la décision de fermeture de l'établissement.

Protocole de prise en charge de la douleur

I. OBJECTIFS DU PROTOCOLE

Dépister, évaluer et traiter les situations de douleur physique des patients pouvant survenir dans l'institution.

Dépister, évaluer et traiter la douleur, au besoin avec un antalgique, est l'affaire de tout soignant en charge de l'enfant ou de l'adolescent, sous la responsabilité du médecin de l'institution. Le rôle de l'infirmière est central quand cette fonction est représentée dans l'équipe.

II. DEPISTAGE :

Certains enfants peuvent identifier une douleur physique aiguë et le manifester ou demander de l'aide ; pour les autres, c'est la vigilance des soignants qui permettra de repérer la situation douloureuse, par exemple devant une attitude inhabituelle, excitation, prostration, retrait, attitude de protection ou d'évitement, confusion, colère...

Par ailleurs, l'existence de douleurs récurrentes est recherchée lors de l'anamnèse initiale, puis au fil des entretiens familiaux et du travail clinique.

III. EVALUATION :

Elle fait appel aux échelles d'évaluation (dont celles qui sont disponibles dans l'établissement, selon la population reçue) ou à tout autre outil familier pour le soignant selon sa culture propre et les références pluridisciplinaires de l'équipe. Elle s'appuie sur sa connaissance de l'enfant ou de l'adolescent en concertation avec l'éducateur référent/ l'infirmière/ le médecin/ l'équipe.

IV. TRAITEMENT :

- ▶ **si le soulagement de la douleur ne nécessite pas de moyen médicamenteux**, seront mis en place une simple surveillance, et tous moyens de réassurance, techniques de maternage, pansements froids ou chauds, etc.
- ▶ **Si un médicament s'impose**, le soignant habilité par l'institution à le donner vérifie le *registre de délivrance des médicaments* ou équivalent dans l'institution: l'enfant ou l'adolescent a-t-il déjà reçu un médicament ? A-t-il un autre traitement en cours ? Une allergie ? Il vérifie le poids si besoin.

Le Document annexe d'utilisation des antalgiques est accessible aux soignants, dans un lieu connu. Ce document est actualisé par le médecin de chaque établissement selon les situations cliniques rencontrées.

Il indique la dose selon le poids, et se limite volontairement à quelques antalgiques d'usage courant, selon les grands cas de figure. Les médicaments utilisables par les soignants dans ce cadre sont toujours des médicaments sans prescription, accessibles dans un cadre familial. Seul le médecin peut être amené à prescrire un produit différent.

► **En cas d'urgence : appel au SAMU (15)**

V. SUIVI ET REEVALUATION

Suivi et réévaluation réguliers (par la même personne si possible) sont systématiques, avec possibilité de redonner un antalgique selon le protocole.

VI. TRACABILITE /TRANSMISSION

Sous la responsabilité du Médecin, la prise de médicament doit être inscrite par la personne qui le donne sur la *fiche prescription/distribution* avec la dose, la date et l'heure, et le nom du soignant.

De plus ce soignant s'assure de la transmission de l'information au(x) collègue(s), et aux responsables légaux du jeune selon son âge et sa situation familiale.

VII. EN AMBULATOIRE

Dans les structures ambulatoires telles que le CMP, le dépistage et l'évaluation des situations douloureuses font partie du travail de l'équipe soignante.

En cas de situation douloureuse nécessitant une prise en charge immédiate, il est fait appel à la famille.

Aucun médicament ne peut être délivré dans ce cadre ambulatoire qui ne permet pas une surveillance ni un examen somatique suffisants.

Protocole d'identification du patient

La problématique de l'identitovigilance ne se pose pas du tout de la même manière dans nos structures institutionnelles que dans un établissement hospitalier de grande dimension travaillant avec de courts séjours. Les risques liés à des erreurs sont minimes et très circonscrits, comme décrit ci-après.

En revanche, les établissements accueillant des patients jeunes, ont à développer une vigilance particulière quant à l'identité des personnes assurant les sorties et accompagnements à domicile des enfants.

I. OUTILS PERMETTANT L'IDENTIFICATION

1. Sur le plan administratif et du dossier de soins

- **Ouverture d'un dossier pour chaque nouveau patient à son admission.** Les modalités d'ouverture de ce dossier sont décrites dans le « Protocole commun de tenue du dossier patient ».
- **Attribution d'un numéro d'identification et constitution d'une partie administrative** avec photocopie de l'attestation de carte vitale et fiche de renseignements remplie par les parents et réactualisée aussi souvent que nécessaire.
- Tout document classé dans le dossier du patient doit préciser son identité, son sexe, sa date de naissance.

2. Dans la vie quotidienne des établissements

a. Les hôpitaux de jour

- **Trombinoscope**
Réactualisé une fois par an, mis à la disposition des professionnels au secrétariat, à l'infirmerie, dans les bureaux médicaux et de direction
- **Relevé quotidien des présences / absences des patients**
- **Liste des enfants autorisés à quitter seuls l'établissement (les adolescents plus âgés et plus autonomes, ne sont pas concernés.)**
- **Liste des personnes désignées par les parents autorisées à prendre en charge un enfant à la sortie de l'établissement.**

b. Le COFI-CMP

- **Le trombinoscope** n'est pas applicable compte tenu de la file active
- **Agendas des professionnels et relevé des actes**, qui permettent de connaître le planning et les patients présents
- **Cas particulier des consultations anonymes**
Le dossier est numéroté selon le protocole habituel (année de création / ordre d'arrivée sur l'année). Une carte est remise au patient avec ce numéro, à présenter à chaque consultation.

II. DESCRIPTION DES PROCEDURES PERMETTANT L'IDENTIFICATION DANS LES SITUATIONS A RISQUE IDENTIFIEES

1. Situation de pré-admission du patient (HJP, HJM, EPI, USIS)

Le turn over des patients étant faible dans les établissements, le nombre d'admission de nouveaux patients chaque année est inférieur à 10. Dans toute la mesure du possible, ces admissions sont étalées dans le temps, et non simultanées.

Chaque patient est présenté par les professionnels référents à tous les acteurs de sa prise en charge lors de sa pré-admission dans les établissements.

Le dossier médical est créé dès la première consultation de pré-admission.

2. Arrivée d'un nouveau salarié ou stagiaire dans l'établissement

Chaque patient que ce nouveau salarié aura à prendre en charge lui est personnellement présenté par les référents.

Tous les documents du secrétariat lui sont accessibles afin qu'il identifie les patients et puisse faire connaissance avec eux. Les modalités de consultation, de tenue et de rangement des dossiers lui sont expliquées.

3. Administration de médicaments

Les modalités d'administration des médicaments sont décrites dans les procédures traitant de la pharmacovigilance et du circuit du médicament.

Les médecins des établissements remplissent et signent une **fiche de prescription nominative** pour chaque patient, comportant le nom, le prénom, la date de naissance et la photo. Cette fiche est stockée à l'infirmerie dans le dossier infirmier du patient.

Un **trombinoscope** des patients pris en charge sur l'année en cours est à disposition à l'infirmerie et permet la vérification de l'identité avant l'administration d'un médicament.

4. Rangement de documents dans les dossiers des patients

Tout document classé dans le dossier du patient doit préciser son identité, son sexe, sa date de naissance. Les documents sont rangés selon le protocole de tenue du dossier du patient. Une évaluation de la tenue du dossier est effectuée selon les modalités prévues par ce protocole, et permet de repérer d'éventuelles erreurs de classement.

5. Saisie de données dans le RIM-P

Pour la création de dossier, le logiciel de saisie du RIM-P signale les doublons : si une création de dossier est demandée au nom de Claude MARTIN par exemple, le logiciel signale si un patient a déjà été enregistré à ce nom ; à ce moment, on a la possibilité de persister dans la création d'un nouveau dossier avec une date de naissance distincte, ou d'ouvrir le dossier déjà existant si la date de naissance correspond.

Pour l'ajout d'informations, le logiciel propose tous les dossiers ouverts au nom demandé, et demande de choisir entre ceux-ci en fonction du prénom et de la date de naissance.

6. Demande d'un ancien patient d'avoir accès à son dossier archivé

Un protocole précisant les modalités d'accès au dossier pour les patients et/ou leurs responsables légaux existe.

Les dossiers archivés étant classés par numéro d'identification, il existe un fichier, numérique ou manuscrit suivant les établissements, régulièrement mis à jour par la secrétaire, et permettant de retrouver un ancien dossier grâce à la correspondance nom – prénom – date de naissance / numéro d'identification.

7. Sortie de l'établissement

En matière d'identitovigilance, **le moment de la sortie de l'établissement le soir constitue un risque particulier** pour les structures accueillant des enfants mineurs non autonomes (HJP, USIS, EPI).

Suivant les situations, les enfants peuvent effectuer le trajet de retour à leur domicile :

1. Seuls pour les enfants autorisés à cette autonomie
2. Accompagnés par une compagnie de taxi mandatée par les parents, ou par une ambulance ou un VSL
3. Accompagnés par leurs parents, un membre de leur famille ou un(e) baby-sitter

Dans le dossier de chaque patient, les modalités de retour au domicile sont notées, accompagnées des autorisations parentales (autorisation à quitter seul(e) l'établissement, ou liste des personnes autorisées à venir chercher l'enfant).

Au secrétariat sont disponibles : liste des enfants avec modalités de sortie pour chacun et identité des personnes habilitées à venir les chercher, liste des enfants autorisés à sortir seuls, trombinoscope.

Les enfants étant pris en charge quotidiennement et au long cours, les professionnels savent généralement qui vient les chercher et à quel moment. Cependant, en cas de doute, de nouveau professionnel, de nouveau patient ou d'intervention d'une nouvelle personne dans les accompagnements, les éléments permettant la vérification sont disponibles au secrétariat. Dans le cas particulier d'un nouveau patient ou d'une nouvelle personne intervenant pour venir chercher un enfant, l'identité de la personne est demandée. Il est vérifié qu'elle correspond bien à l'autorisation signée par les parents, ou l'équipe s'assure auprès de la famille que la personne est bien habilitée à prendre en charge l'enfant.

Programme de maîtrise du risque infectieux

I. OBJET DE LA POLITIQUE

La *politique de la prévention et de la gestion des risques infectieux* repose sur l'engagement et sur les valeurs partagées par l'ensemble des professionnels des établissements sanitaires de l'association *CEREP-PHYMENTIN* récemment fusionnée.

Elle est établie en fonction des besoins et du niveau de sécurité de la P.E.C. des patients (enfants et adolescents atteints de troubles psychiques), de leur famille tout en prenant en compte la spécificité de l'activité clinique des hôpitaux de jours et la particularité des risques infectieux en pédopsychiatrie.

Etant donné l'absence de gestes invasifs ou de patient en surveillance postopératoire dans les hôpitaux de jour spécialisés en psychiatrie infanto-juvénile, le risque infectieux est limité par rapport à des établissements de soins généraux et chirurgicaux.

II. TROIS FACTEURS DE RISQUE

Les 3 principaux risques identifiés dans nos structures :

- ▶ Les risques liés à l'hygiène des locaux
- ▶ Les risques liés aux pathologies communautaires
- ▶ Les risques liés aux petites plaies

III. II. ROLE OPERATIONNEL DES EQUIPES

Les équipes pluridisciplinaires, soutenues par le groupe pilote de gestion des risques infectieux, préviennent les risques infectieux, identifient et signalent tout événement indésirable lié aux risques infectieux pour analyse et traitement notamment en **COFIL d'établissement** supervisé par les directions.

IV. III.2. LES 4 AXES SPECIFIQUES DU PROGRAMME (FICHES TECHNIQUES)

AXE 1 : LA FORMATION

AXE 2 : LA PREVENTION

AXE 3 : LA SURVEILLANCE

AXE 4 : L'EVALUATION

▶ AXE DE PREVENTION ET DE FORMATION EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS SUR LES PRECAUTIONS STANDARD D'HYGIENE

La maîtrise des risques associés aux soins passe avant tout par la sensibilisation des équipes CEREP-PHYMENTIN se caractérisant par leur diversité professionnelle. Elle suppose donc la mise en place de moyens dont les formations représentent une priorité du management de la sécurité des patients et des soins.

▶ AXE DE PREVENTION ET DE FORMATION EN DIRECTION DES PATIENTS SUR LES PRECAUTIONS STANDARDS D'HYGIENE

Les formations se déclineront selon deux axes :

☞ N+1 : Des formations en direction des équipes prenant en compte l'âge et la symptomatologie des patients (ex : rites obsessionnels graves de lavage des mains) mais aussi les carences parentales. L'un des enjeux est que la promotion des précautions standards d'hygiène soit l'affaire d'un travail d'équipe qui ne repose pas seulement sur les infirmiers.

☞ N+2 : Des ateliers pédagogiques et ludiques adressés aux enfants et aux adolescents des établissements CEREP-PHYMENTIN. Ces ateliers devront obligatoirement tenir compte de contre-indications avérées pour des patients rencontrant des pathologies graves afin de prévenir un risque de décompensation psychique. L'enjeu de ces ateliers est que le travail clinique des équipes autour de la promotion standard d'hygiène amène chaque patient à avoir accès à ces ateliers en respectant leur temporalité psychique. Les attendus de ces apprentissages devront avoir un effet sur la socialisation, l'image du corps et sur l'anxiété.

▶ AXES DE FORMATION ET DE PREVENTION ENVIRONNEMENTALE

Objectifs généraux : Contribuer à maîtriser le risque infectieux en développant une stratégie de prévention pour améliorer la qualité des pratiques professionnelles en matière d'hygiène des locaux.

Réactualiser les connaissances des Agents de Service Intérieurs et des directeurs administratifs et adjoints sur les principes d'hygiène, les modalités concrètes de leur mise en œuvre rigoureuse.

▶ AXES DE SURVEILLANCE ET D'EVALUATION

☞ Evaluer le niveau de maîtrise du risque infectieux des actions inscrites et validées dans le Compte Qualité V2014.

☞ Réaliser et évaluer le calendrier d'actions prioritaires du Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

☞ Promouvoir l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles en lien avec le DPC.

➤ **Consulter le Document Power point du groupe pilotage Gestion des Risques Infectieux présenté au CLIN du 11.05.2015 (rubrique : « Particularité du milieu pédopsychiatrique ») + Fiches pratiques par risque infectieux accompagnant le document. Ces fiches donnent des informations complémentaires et succinctes sur le risque infectieux en question. Ces fiches n'ont pas vocation à se substituer aux protocoles des établissements.**

Circuit des signalements externes obligatoires

Cette procédure regroupe l'ensemble des déclarations externes obligatoires pour les établissements de santé. Elle s'applique à tous les professionnels en tant qu'acteur dans le signalement interne (étape préalable au signalement externe).

Le recueil des signalements externes obligatoires rassemble :

1. Pharmacovigilance et matériovigilance
2. Conduite à tenir en cas de Toxi-infection Alimentaire Collective
3. Conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang
4. Signalement externe des infections nosocomiales : e-SIN

L'ARS, chargée du pilotage du système de santé et de la mise en œuvre de la politique de santé publique, a mis en place une **plateforme régionale de réception des signaux sanitaires** pour simplifier les procédures de signalement pour les professionnels de santé.



Protocole d'information en cas de dommages liés aux soins

I. DEFINITION(S)

1) Les dommages « objectivables » ou physiques

- Liés aux traitements médicamenteux
- Liés aux activités proposées et à la circulation dans l'établissement
- Liés aux interactions entre les enfants/adolescents

2) Les dommages « subjectifs » ou psychologiques

- Souffrance psychique et / ou angoisse liées à une situation institutionnelle exceptionnelle ou inappropriée.

3) ATTENTION : sont exclus de cette définition - et donc de ce protocole - les dommages les plus légers, sans caractère de gravité

En effet, comme dans les collectivités, il est fréquent que des patients se blessent de manière tout à fait bénigne : égratignures, chutes sans conséquences. Si ces événements sans aucun caractère de gravité ont donné lieu à un soin (désinfection, pansement), ils sont signalés aux parents (par un appel téléphonique, un écrit, un échange verbal à la sortie...).

II. REALISER L'ANNONCE

1) Qui procède à l'information du patient en cas de dommage lié au soin ?

C'est le médecin référent du patient dans l'Hôpital de Jour qui est le plus à même de procéder à cette information. Il la donne au patient en présence de ses représentants légaux.

Suivant le type de dommage et les circonstances de celui-ci, le médecin référent pourra procéder à cette information en collaboration avec un membre de l'équipe (éducateur référent du patient, infirmier, membre de la direction, ...).

Exceptionnellement, en cas de dommage mineur appartenant principalement à la catégorie des dommages physiques liés aux activités proposées et aux interactions entre patients, l'information peut être donnée par un membre de la direction ou de l'équipe.

2) Quand est faite l'information du patient en cas de dommage lié au soin ?

L'information se fait au plus tôt dès lors que le dommage est constaté, dans un délai maximal légal de 15 jours :

- En cas de situation urgente nécessitant des soins rapides, l'information devra être donnée dans les suites immédiates du dommage
- En cas de situation non urgente, ne nécessitant pas de prise en charge rapide, l'entretien est fixé au moment le plus opportun en tenant compte des disponibilités

du patient et de sa famille, et de la présence possible des professionnels requis, le délai maximal étant légalement fixé à 15 jours suite à la détection du dommage.

3) Où se fait l'information du patient en cas de dommage lié au soin ?

L'information doit être donnée dans un lieu calme, fermé, respectant les conditions propices au secret professionnel : bureau du médecin référent, ou du médecin-directeur, ou de la direction.

4) Comment se fait l'information du patient en cas de dommage lié au soin et quel est son contenu ?

- Une durée d'entretien suffisamment longue de l'ordre d'une heure est prévue afin de permettre au patient et à son entourage de poser toutes les questions qu'ils souhaitent poser.
- Des explications formulées dans un langage simple et accessible sont données au patient et/ou à son entourage concernant la nature du dommage subi, son évolution probable, les moyens mis en œuvre pour le faire cesser ou le réparer, le suivi qui va être mis en place.
- Le dommage doit être reconnu et nommé.
- Les faits connus à l'origine du dommage doivent être expliqués.
- Les conséquences du dommage doivent être expliquées.
- Si la responsabilité de l'équipe soignante dans la survenue du dommage est avérée, le médecin formule des excuses au patient et à sa famille.
- Le plan de soins suite au dommage doit être établi en concertation avec le patient et sa famille.
- Des offres de soutien doivent être faites et un suivi proposé.
- Un résumé de cet entretien est noté par le médecin dans le dossier médical du patient.
- Une restitution de cet entretien et des suites à y donner est faite en réunion de synthèse de manière à sensibiliser l'ensemble de l'équipe au dommage subi par le patient.

*Merci à tous de l'attention
portée à ce mémento.*

*Pour toutes questions, vous
pouvez vous adresser au
référent qualité ou à la
direction de votre
établissement, ou au siège
de l'Association.*