

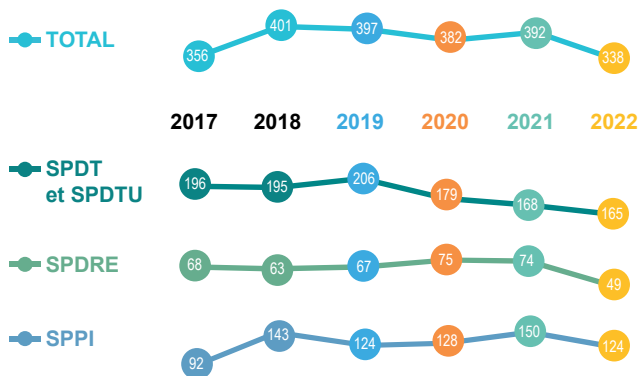
LE PÔLE ADMINISTRATIF

Bureau des entrées

NOMBRE DE RÉQUISITIONS

62 réquisitions de Police ou Gendarmerie ont été traitées par le service de la gestion des patients.

MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT

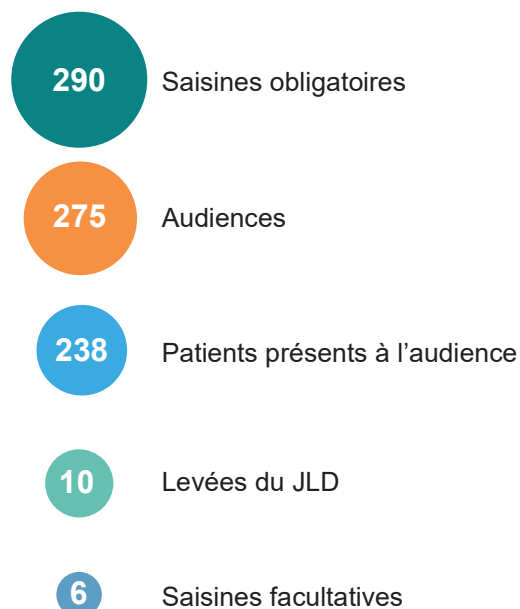


Le CHCC a enregistré **338** admissions en soins sans consentement en 2022.

150 mesures sont également suivies depuis plusieurs années de manière continue.

Les **SPPI et SPDTU** représentent le plus d'entrées en 2022.

AUDIENCES DEVANT LE JUGE



RELATIONS USAGERS ET DROIT DES PATIENTS

Le travail mené sur l'expérience patient et la volonté de la Direction de favoriser l'expression directe des usagers a été traduit en 2021 par la création d'un « Parlement des usagers ». Le premier Parlement des usagers s'est réuni le 3 septembre 2021. Il réunissait des patients des services de moyen-séjours. L'objectif est de réunir le Parlement des usagers de manière régulière (tous les deux/trois mois) afin d'aborder des thématiques diverses sur la vie de l'hôpital et d'envisager des actions d'amélioration concrètes.

En 2022, 3 réunions du Parlement des usagers ont eu lieu et un plan d'actions comprenant des suggestions et axes d'amélioration en est ressorti (exemple : création d'un journal des usagers).

La responsable des relations avec les usagers organise une session de formation à destination des professionnels et partenaires sur les droits de la personne hospitalisée. Bien qu'aucune session n'ait eu lieu en 2022, l'objectif pour les années à venir est de poursuivre cette formation et de proposer au moins deux sessions par an.

Le service de la gestion des patients a également instruit 101 demandes de dossiers médicaux et organisé 5 saisies judiciaires de dossiers patients. Le nombre de demandes de dossiers médicaux semble se stabiliser depuis 2 ans. Le service a également instruit 37 plaintes et réclamations.

COMMISSION DES USAGERS

La CDU s'est réunie 4 fois en 2022.

Une recommandation a été émise en 2022 : intégrer les plaintes et réclamations formulées par les usagers des structures médico-sociales dans le traitement institutionnel des plaintes et réclamations.

Un projet des usagers 2019-2023 a été élaboré par la CDU et validé en 2019. Un suivi annuel est réalisé. Plusieurs actions ont été réalisées comme le recrutement de médiateurs santé pairs, la mise en place de la méthodologie « Expérience patient », la création du Parlement des usagers...

Le rapport annuel de la CDU est en cours de réalisation pour transmission à l'ARS.

ENTRÉES ET FACTURATION

Dans le cadre du changement de suite administrative, la mise en place du logiciel PASTEL a représenté un important travail de paramétrage et de saisie des données pour les personnels du bureau des entrées. Le travail se poursuit sur 2023 avec une première clôture des frais d'hospitalisation réalisée avec succès par le biais de ce nouveau logiciel et la mise en place d'un nouveau circuit pour les admissions physiques au sein du bureau des entrées en mars 2023 également. Pour l'année 2022, 3477 dossiers ont été facturés par les agents de la facturation.

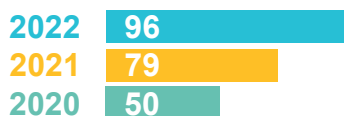
DIM

Le Département de l'Information Médicale (DIM) dans son travail de valorisation de l'activité en psychiatrie, compile et met en statistiques toutes les données concernant l'activité médicale et paramédicale de l'établissement. Celles-ci sont transmises aux institutions telles que l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) et l'Agence Régionale de Santé (ARS), mais aussi aux services et pôles du centre hospitalier.

Pour mener à bien ses missions, il s'appuie sur une organisation dont les actions sont réparties entre le suivi de l'activité, le dossier du patient, l'information, la formation et la collaboration avec les différents services de l'hôpital.

Depuis 2018, le DIM contrôle les accès au DPI. En 2020, il a aussi pris complètement à sa charge la gestion des comptes utilisateurs du DPI.

INTERVENTIONS DU DIM



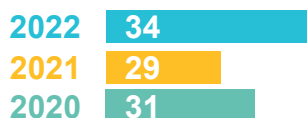
FUSIONS DE DOSSIERS PATIENTS



SUPPRESSIONS DE RENDEZ-VOUS



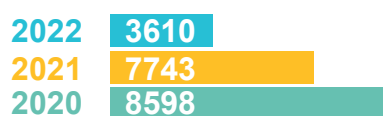
DEMANDES DE DOSSIERS PATIENTS TRAITÉES



CORRECTIONS DE COLLISIONS DE DOSSIERS



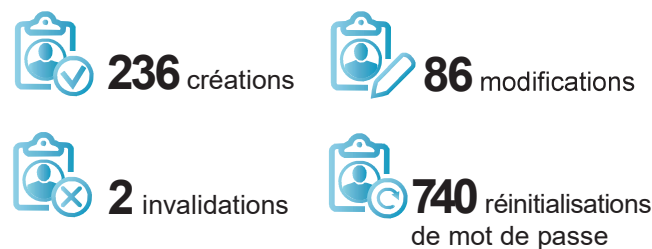
CORRECTIONS DANS LE DPI



CONTRÔLE DES ACCÈS AU DPI



COMPTE D'ACCÈS AU DPI



Au-delà de l'activité relative au PMSI, une grande partie de l'activité du DIM est réalisée dans le cadre du dossier du patient informatisé, avec notamment un important travail relatif à l'identitovigilance.

Le nombre de fusions de dossiers de patients a baissé, montrant peut-être une avancée conséquente dans la résorption des doublons. Le nombre de collisions reste stable. Un lien étroit avec le service des archives permet ce travail d'apuration de la base des patients.

Le nombre de suppressions de rendez-vous qui avait augmenté en 2020 lors de la pandémie de COVID 19 continue de baisser. Le nombre de corrections dans le DPI, est quant à lui également décroissant, signe peut-être d'une meilleure utilisation du logiciel par les professionnels.

Les actions sur les comptes utilisateurs du DPI se sont considérablement accrues depuis déjà deux ans quand le DIM a repris totalement à son compte cette gestion, à laquelle s'est ajoutée ensuite celle des comptes d'accès à Pharma.

Le nombre d'interventions (réunions et autres...) qui avait chuté pendant la pandémie de COVID 19 en 2020 continue sa hausse. Le DIM a pu réaliser à nouveau des actions de proximité auprès des équipes soignantes, notamment en matière d'identitovigilance, d'utilisation du DPI et de sécurité des données.

Tous les mois, le DIM réalise le contrôle des accès au DPI. Le nombre d'accès illicites reste stable malgré l'information auprès des professionnels et la republication d'une note d'information sur ce type de contrôle.

Au-delà des chiffres présentés :

L'équipe du DIM procède aux contrôles mensuels de la saisie des diagnostics sur les hospitalisations et la conformité de l'activité ambulatoire, au contrôle quotidien des mouvements d'hospitalisation et des permissions supérieures à 48 heures, à la correction 3 fois/semaine des sorties non-remontées dans Pastel et à la réalimentation hebdomadaire de la base de mots de passe de secours.

L'année 2022 a été marquée par la mise en place de Pastel en remplacement de la GAM de Maincare. Le DIM a été sollicité pour des tests de cohérence entre Pastel et Crossway. Cette nouvelle application génère un supplément de travail conséquent, notamment quand il s'agit de corriger des mouvements de patients.

L'application Hospivision a été déployée pour permettre une exploitation des données du PMSI sans avoir notamment à utiliser BO. Le personnel du DIM a été formé à son utilisation. Les techniciennes peuvent ainsi fournir les éléments en adéquation avec ce qui est demandé par la Direction des finances du CHCC.

L'équipe du DIM s'est aussi employée dans la mise en place de WebPIMs qui permet pour le moment de transmettre les éléments du PMSI de l'activité MCO concernant l'addictologie.

Comme tous les ans les nouveautés réglementaires du PMSI ont conduit le DIM à faire installer une nouvelle version du logiciel et à procéder à des tests avant mise en production.

Cellule identitovigilance

La cellule d'identitovigilance a été mise en place au Centre Hospitalier Camille Claudel en 2010. Cette cellule est composée de 11 titulaires et 8 suppléants. En fonction de l'ordre du jour, des professionnels non-membres de la cellule peuvent être invités à participer aux débats.

RÉUNIONS DE LA CELLULE

Elle s'est réunie à quatre reprises les 9 mars, 8 juin, 21 septembre et 14 décembre. Les réunions de la cellule d'identitovigilance ont rassemblé cinq à huit participants.

THÈMES ABORDÉS EN 2022 LORS DES RÉUNIONS DE LA CELLULE D'IDENTITOVIGILANCE

- Bilan 2021 de l'identitovigilance ;
- Charte locale d'identitovigilance ;
- Retour sur la CIV de territoire ;
- INS, service INSI ;
- Changement d'identité ;
- Bracelet d'identification et protocole pour mise en œuvre ;
- Revue de plusieurs protocoles d'identitovigilance ;
- Gestion des doublons dans Pastel ;
- Points sur les déclarations d'événements indésirables.

COMMENTAIRES

Il est à souligner que le travail opérationnel de la cellule d'identitovigilance est en très grande partie supporté par l'équipe du DIM. Nous constatons d'ailleurs une forte augmentation du travail de correction d'identité de patients. Le traitement des collisions de dossiers reste stable alors que celui des doublons a baissé, signant peut-être la résorption petit à petit de ceux-ci.

Cette année, le nombre d'événements indésirables a baissé également. Cette baisse pourrait signifier une meilleure prise en compte des consignes d'identitovigilance par les soignants mais aussi que les déclarations d'événements indésirables sont peut-être mieux orientées pour leur traitement et aboutissent en nombre moins important à la CIV.

ACTIONS MENÉES EN 2022

- Organisation et animation des réunions de la Cellule d'identitovigilance ;
- Participation aux réunions de la CIV de territoire ;
- Préparation de la visite de certification ;
- Visites de sensibilisation à l'identitovigilance des unités.

Le traitement des doublons, collisions de dossiers et corrections d'identité sont réalisés par le DIM.

255
DOUBLONS
D'IDENTITÉ
TRAITÉS



1096
CORRECTIONS
D'IDENTITÉ



7
COLLISIONS
DE DOSSIERS
PATIENTS
TRAITÉES



9
ÉVÉNEMENTS
INDÉSIRABLES
TRAITÉS



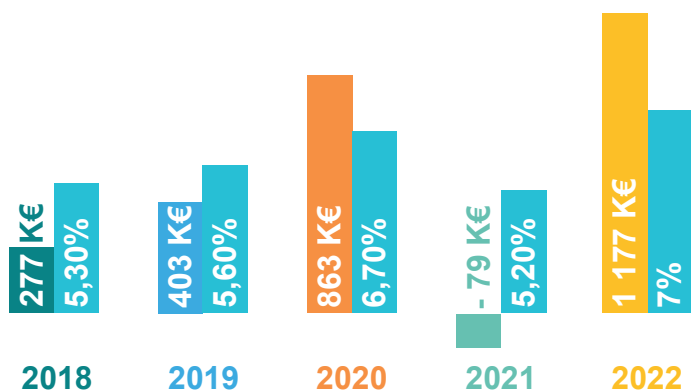
Finances

INTÉRESSEMENT 2022 - CONTRACTUALISATION INTERNE

L'année 2022 a été une année de transition du fait de l'absence de contrat de pôle. De ce fait, elle n'a pas donné lieu au calcul des dotations liées à l'intéressement.

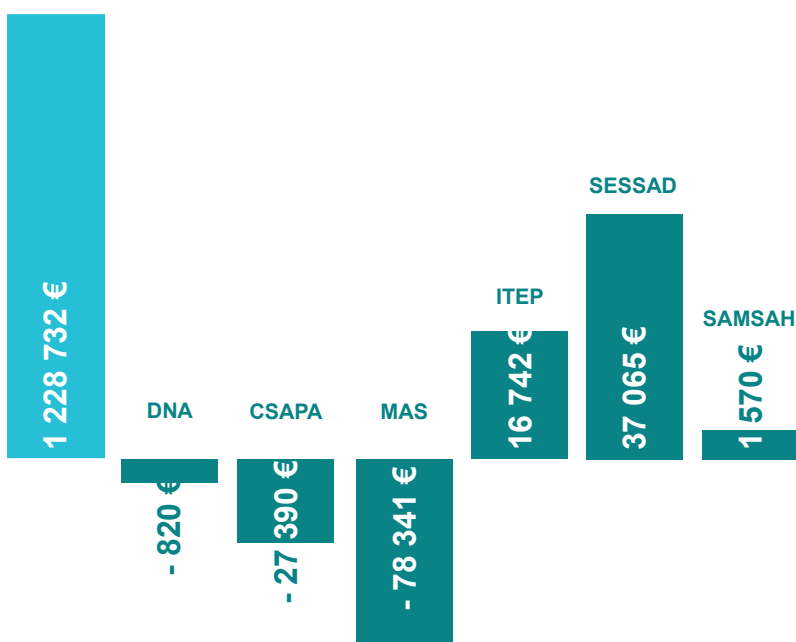
Les nouveaux contrats de pôle couvriront la période 2023-2026.

RÉSULTAT CONSOLIDÉ (EN K€) ET TAUX DE MARGE BRUTE SUR 5 ANS



RÉSULTATS D'EXPLOITATION 2022 PAR BUDGET

RÉSULTAT NET
CONSOLIDÉ



PRINCIPALES MISSIONS RÉALISÉES PAR LES FINANCES EN 2022

Les principales missions du service financier sont :

- l'établissement et le suivi du budget ;
- la passation des écritures comptables ;
- la fiabilisation des comptes ;
- le suivi des contrats de pôles et de l'intéressement ;
- le contrôle de gestion ;
- la gestion du fichier structure ;
- le suivi des régies.

Le changement des logiciels de la suite administrative de l'établissement au 1^{er} janvier 2022 a fortement mobilisé le service tout au long de l'année.

Ressources humaines et affaires médicales

PRINCIPALES RÉALISATIONS

Dans le domaine RH

- Dématérialisation des données RH – poursuite
- DUERP – poursuite
- Formation pour la poursuite de l'utilisation de la nouvelle suite administrative AGIRH 01/01/2022 : 33 jours de formation sur différents modules AGIRH.
- Organisation des élections professionnelles et interfaçage avec le logiciel de vote
- Paramétrage Agiletime
- Changement de logiciel, prise en main d'AGIRH avec le mipih
- Mise en place de la DSN mensuelle
- Poursuite des reclassements CAT B et C
- Mise à jour des maquettes pour création des décisions

Dans le domaine DAM

- Élections pour le renouvellement de la CME.
- Gestion des RH médicales pendant la crise sanitaire Covid-19.
- Développement de la politique d'attractivité médicale.
- Amélioration du suivi des tableaux de service.
- Mise en œuvre des évolutions réglementaires : nouvelle procédure de recrutement des PADHUE, nomination des chefs de service, nouveaux statuts, ...
- Réponses aux nombreuses enquêtes.
- Mise en œuvre d'une coordination centralisée pour les secrétariats médicaux.
- Participation aux travaux pour la mise en œuvre de Lifem et des messageries sécurisées.
- Participation à la démarche QVCT.
- Familiarisation avec les nouveaux logiciels métiers (AGIRH, démat RH, BO, QL).
- Mise en œuvre de la dématérialisation des dossiers administratifs du personnel médical.
- Mise en œuvre de la signature électronique.
- Rédaction et actualisation de procédures.

NOMBRE D'INSTANCES ORGANISÉES EN 2022

CTE	10
CHSCT	19
CAP Locales	2
CAME*	12
Commission formation	3
CME	10
COPS**	3

* Commission d'aide au maintien dans l'emploi

** Commission relative à l'organisation de la permanence des soins


COMMENTAIRE SPÉCIFIQUE DAM

La permanence des soins (gardes psychiatriques et gardes des internes et docteurs juniors) est une activité très chronophage pour le service des affaires médicales. En effet, la pénurie médicale perturbe grandement la continuité des soins (manque de praticiens, absentéisme COVID, ...etc.) et, par conséquent, le remplacement à prévoir pour les gardes est très fréquent, parfois au dernier moment.

EFFECTIFS 2022

 **923** Effectifs physiques pour le personnel non médical (dont **662** personnels soignants).

 **982** Bulletins de salaire émis en moyennes mensuellement. En 2021 **11 789 bulletins**.

 **44** Effectifs physiques pour le personnel médical (dont **6** internes et **5** docteurs juniors).

 **4 250** jours de formation

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC)

324 actions de formation DPC engagées sur 2022.

ABSENTÉISME 2022

9,10% Taux absentéisme global établissement (hors ASA)

9,66% Taux absentéisme global établissement (ASA comprises)

MOBILITÉ DU PERSONNEL

	Départs		Arrivées
Retraite	6	Embauche CUI	-
Démission	6	Contactuel	33
Fin de contrat	27	Mutation	13
Mutation	5	Réintégration	1
Disponibilité	10	Détachement	-
Rupture conventionnelle	2	Titularisation	-
Abandon de poste	-	Stagiairisation	-
Détachement	2		
Radiation des cadres	2		
Suspension	00		
Congé parental	1		
Décès	2		

Services économiques

L'année 2022 a été marquée par la mise en place d'un nouveau logiciel de gestion économique et financière (MAGH2). Le déploiement de cette solution est progressif et à fin 2022 l'ensemble des modules n'est pas pleinement déployé.

Ce changement de logiciel a fortement impacté les agents administratifs car il a remis en question les pratiques en profondeur. Sur les premiers mois, cela a engendré des difficultés, notamment liées à des problèmes de paramétrage, au temps nécessaire de formation et d'appropriation du logiciel, ce qui a entraîné des retards dans le traitement des factures (délais de paiement des fournisseurs) et des commandes.

Néanmoins, malgré les nombreuses difficultés rencontrées, le service économique a su être réactif et limiter les impacts au niveau des achats, besoins et sollicitations diverses des services.

TOP 5 GROUPEMENTS D'ACHATS - CENTRALE D'ACHATS - GIP

UGAP (fournitures et services) 702 769 €	MIPIH (fournitures et services) 390 767 €	GARA (fournitures) 295 987 €
RESAH (fournitures et services) 279 662 €	CAIH (fournitures) 179 284 €	

Services techniques

L'année 2022 a été marquée par l'incendie ayant frappé le bâtiment D1 (unité Moreau de Tours), ce qui a contraint l'établissement :

- À reloger provisoirement l'unité Moreau de Tours dans le bâtiment A2 R+1, lequel avait bénéficié de travaux de rénovation pour accueillir initialement l'unité Le Logis ;
- À maintenir l'unité Le Logis dans le bâtiment C.

Par ailleurs, suite à la visite de certification de novembre 2021, des travaux de rénovation de l'unité Mikado ont été réalisés en deux phases.

Sur le second semestre 2022, deux opérations de travaux ont été menées :

- l'une pour la création des locaux de la nouvelle activité d'HAD, en R+2 du bâtiment D3 ;
- l'autre pour la réfection du bureau des tutelles en vue d'y accueillir le bureau du cadre de garde et de libérer un local au niveau du bureau des entrées.

En parallèle, les services techniques ont conduit sur 2022 deux études de programmation :

- l'une pour le projet de création d'une quatrième aile à la MAS Hestia ;
- la seconde pour l'implantation des locaux de l'unité de Médecine Générale en rez-de-chaussée du bâtiment B.

Enfin, après l'abandon du projet comprenant l'implantation de l'ITEP en extension de l'unité Mikado, les services techniques ont participé aux études de faisabilité de deux projets :

- celui d'installation de l'ITEP et des unités d'extra angoumoises du Pôle Santé Mentale Enfants et Adolescents dans une partie des anciens locaux de la Clinique Sainte Marie ;
- celui d'installation du CSAPA Agora, de l'hôpital de jour d'addictologie et de l'unité Magritte dans des anciens locaux de la Caserne Broche.

TOP 5 TRAVAUX EN RÉGIE*

Rénovation A2 (R+1) 33 909 €	Rénovation Mikado 14 231 €	Locaux HADPSY 16 6 498 €
Réfection bureau des tutelles et déménagement bureau cadre de garde 4 617 €	Vestiaires services techniques 4 210 €	

TOP 5 TRAVAUX EXTERNALISÉS*

Bât. A2 - Travaux pour accueillir Moreau de Tours 16 358 €	Création bureau services techniques 12 397 €	Réfection des vestiaires à l'ITEP de Douzat 11 115 €
Remplacement de portes coupe feu MAS Hestia 8 189 €	Remplacement BAES à Mikado 7 769 €	

* Hors opérations de travaux prévues au PPI/PGFP

BÂTIMENT



6 820
heures ouvrières

(heures comptabilisées via les bons travaux uniquement)



4 758 bons de travaux traités

ÉNERGIE



251 K€ de dépenses de gaz



199 K€ de dépenses d'électricité



88 K€ de dépenses d'eau

Service transport

Verdissement de la flotte automobile

Pour répondre aux besoins des différents services, l'établissement a commandé en janvier 2022, 20 véhicules supplémentaires dont 10 électriques qui ont tous été réceptionnés courant septembre.

Ces véhicules sont destinés pour la majorité aux équipes mobiles et au service HAD.

La flotte automobile du Centre Hospitalier Camille Claudel comprend désormais 12 véhicules électriques.

Une étude sur les kilomètres effectués par les véhicules des services a été menée en lien avec les cadres supérieurs. Elle a permis d'optimiser l'attribution des véhicules.

La société ITER missionnée par le Grand-Angoulême a finalisé l'élaboration du plan de mobilité de l'établissement, lequel a été validé en Copil Développement Durable en septembre 2022

91 K€ d'entretien du parc auto

963 948 Km 

parcourus par **141** véhicules légers

5 940 Km

parcourus par **1** poids-lourd

Accueil et sécurité

Le nouveau responsable Accueil et Sécurité a été recruté en avril 2022 ; sa première priorité a consisté à reprendre et élaborer, avec le soutien des services de la DRH, un nouveau planning pour l'équipe Accueil-Sécurité ; il a également repris la gestion et le suivi des registres de sécurité, et a procédé à la préparation de la visite de la Commission de Sécurité programmée à la MAS-Hestia le 20 décembre 2022.



220 interventions de l'agent sécurité pour les «Appels à renfort»

Pôle hôtellerie

Création du Pôle hôtellerie regroupant magasin, lingerie, ménage central, transport et restauration au 1^{er} mars 2022.

PRINCIPALES RÉALISATIONS

- Le remplacement du logiciel de gestion économique et financière Maincare par l'outil Magh2 au 01/01/2022 a nécessité un temps d'appropriation du nouvel outil métier. Il a également obligé les services à réaliser un travail de contrôle et de corrections suite à la reprise des données.
- Mutualisation de la gestion des stocks entre le magasin et la lingerie.
- Les gestionnaires de stocks ont été formés aussi bien aux missions du magasin qu'à celles de la lingerie.
- Certains produits « critiques » (papier toilette, essuie-main, poches poubelles) qui auparavant étaient livrés tous les mois par le biais du circuit du magasin, ont été transférés dans les cycles de livraison hebdomadaires de la lingerie, ce qui a permis de réduire les stocks dans les services et les demandes hors catalogues en urgence.
- Après réception des travaux d'aménagement, opération de nettoyage du bâtiment A2 R+1 en prévision du déménagement du service Le Logis.
- Nouvelles formules « gâteaux anniversaire » et « pique-nique » proposées aux patients et résidents.
- Augmentation des repas à thème (ex : menu bas carbone) et des ateliers dans les services.



186 K€ de dépenses de produits d'entretien et usage unique hygiène/entretien



212 K€ de dépenses de traitement du linge



61 890 pièces de tenues professionnelles traitées



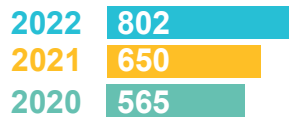
210 T de déchets



141 735 repas servis (self + hospitalisations)

Informatique

INSTALLATION DE POSTES INFORMATIQUES



DÉPENSES D'INVESTISSEMENT



DÉPENSES D'EXPLOITATION



287 PC fixes achetés



88 PC portables achetés

- Changement du bloc administratif
- État des lieux, analyse de risque en lien avec l'instruction 309, plan d'action SSI ont été menés dans le cadre de la candidature de l'établissement au programme SUNES.
- Continuité des actions de renforcement de la sécurité du SIH de l'établissement : Mise à jour serveurs, renouvellement des postes informatiques, refonte protection réseau.
- L'équipement en dispositifs de visioconférence a été étendu à plusieurs structures extra ; la solution de visioconférence Cisco webex a permis la réalisation d'environ 786 heures de visioconférence en 2022.

Communication

COMMUNICATION INTERNE ET EXTERNE

351 supports de de communication créés (affiches, dépliants, flyers, etc.)

287 actualités intranet publiées

184 posts sur les réseaux sociaux

7 625 consultations en ligne de l'Ajasse (5 291 en 2021)

PHOTOS

1 458 photos prises en 2022

Reprographie

55 003 impressions



Qualité et gestion des risques

BILAN DE LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME D' ACTIONS « QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS »

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

- Préparation de la visite de **certification** : 78 interventions dans les unités de soins intra et extra hospitalières, rencontres des chefs de pôle-collaborateurs, communication de documents d'information (livret culture qualité et sécurité des soins, synthèses qualité par service, tableaux de bord semestriels), réalisation d'audits et de patients et parcours traceurs, déploiement du nouveau référentiel de certification version 2023
- Élaboration de **PAQSS** par unité et identification d'**indicateurs** en lien avec l'activité des services
- 52 points qualité et gestion des risques abordés en **instances**
- Poursuite des analyses approfondies des causes (33 **AAC**) d'un évènement indésirable (intra et inter-établissements)
- Réalisation de 13 **patients traceurs** et 22 **parcours traceurs** et d'un **accompagné traceur**
- Participation aux travaux du **groupe qualité GHT** : révision de la trame AAC évaluation des ESSMS, outils GHT, RETEX visites de certification, expérience patient
- Poursuite des réunions de **correspondants qualité-gestion des risques** (9 réunions),
- Réactivation du **comité CREX** du pôle SMEA, poursuite des comités CREX des pôles SMA et AOA et du comité CREX médicament. Mise en place d'un comité CREX isolement/contention
- Évaluation de la **satisfaction des patients** en moyen séjour, à Lieu-Dit, au CSAPA Agora. Enquête de satisfaction des patients sur la restauration. Mise en place du questionnaire de sortie à Mikado. Révision du questionnaire de sortie admission.
- **EPP** : 16 projets coordonnés, organisation d'une session de 2 jours de formation aux méthodologies EPP (7 professionnels formés), 2 réunions de la sous-commission CME-EPP.
- **Recueil des IQSS** "Coordination et prises en charge somatiques en hospitalisation temps plein" et communication sur les résultats
- Coordination de la **gestion documentaire qualité** : 58 procédures et protocoles créés ou actualisés
- Mise à jour des **processus** : carte d'identité, cartographies, politique, fiche de mission, plan d'actions
- Coordination de la gestion de la crise sanitaire liée au **Covid-19** : 24 réunions de la cellule de crise
- Révision du plan de **gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles**
- Déploiement du manuel d'**évaluation des ESSMS** et des méthodologies d'évaluation: Réunions du COPIL transversal et mise en place de COPIL qualité par unité médico-sociale, création d'outils

MANAGEMENT STRATÉGIQUE GOUVERNANCE

- Poursuite de la mise en place des **filières**
- Mise en oeuvre des actions du **PTSM**
- Réalisation d'une enquête de satisfaction à destination des partenaires
- Poursuite du COPIL Développement durable (2 réunions) et nomination de référents développement durable

DROITS DES PATIENTS

- **Mesures contentives** : actions du programme EPP
- Poursuite de la mise en place d'espaces d'**apaisement**
- 5 patients ont bénéficié de la **Permanence d'Accès aux Droits (PAD)**
- 3 réunions du **parlement des usagers (Admission, Moyen séjour, TED/TSA)**, élaboration/suivi du plan d'actions et création d'un journal des usagers

DOSSIER DU PATIENT

- Poursuite des réunions du **COPIL Dossier Patient Informatisé** (5 réunions) et du **groupe technique** (3 réunions)
- Recueil des **IQSS** « Coordination et prises en charge somatiques en hospitalisation temps plein » et audit check-list de sortie et traçabilité des personnes désignées
- Poursuite des **formations** utilisateurs du DPI
- Actualisation du **guide DPI**

PARCOURS PATIENT

- **Structuration des filières** et des parcours de soins partagés : rapport d'activité sur les filières
- Ouverture de l'HAD PSY le 14 novembre 2022
- Mise en place d'une **commission moyen séjour**
- Déploiement de la visioconférence pour favoriser la **participation de l'extrahospitalier aux réunions cliniques**
- **Bientraitance** : réalisation d'une séance de simulation à Odyssée
- **Risque suicidaire** : finalisation de l'audit sécurisation de l'environnement des patients (Dali et Henri Ey), formation de « formateurs », poursuite de la réflexion sur la composition des malles VAD, réalisation de 4 AAC relatives au risque suicidaire, poursuite de la formation et de la sensibilisation des professionnels
- **Douleur somatique** : actions du programme EPP
- **Identitovigilance** : poursuite des réunions de la cellule d'identitovigilance et analyse des évènements indésirables relatifs à l'identitovigilance. Mise en place de trombinoscopes dans les unités TED/TSA
- **Troubles de l'humeur et troubles bipolaires** : actions du programme EPP
- **Gestion des situations de violence** : mise en place et expérimentation des plans de prévention partagés de la violence, formation de 25 professionnels.
- **Prise en charge somatique** : actions du programme EPP
- **Autisme chez l'enfant et l'adolescent** : actions du programme EPP
- **Éducation thérapeutique du patient** : actions du programme EPP
- **Sortie du patient** : actions du programme EPP
- Actualisation de la liste des **référénts** dans les unités
- Formalisation de trames de **courriers de liaison** entre les unités ambulatoires et la médecine de ville
- **Psychotrauma** : création de l'unité psychotrauma
- **Trouble de l'état nutritionnel** : poursuite des réflexions en CLAN et avec les référents nutrition. Recueil de l'IQSS relatif au repérage des troubles de la déglutition, création du guide «Prévenir les troubles de la déglutition» et d'affiches à destination des professionnels, des patients et de leurs proches.

PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

- Mise en oeuvre du **plan d'actions défini suite à la visite de certification** concernant le circuit des médicaments et la gestion des médicaments à risque
- 1 réunion du **comité CREX** médicament
- 19 **analyses des causes** des évènements indésirables liés au circuit du médicament
- Réalisation d'un audit sur la **gestion des traitements personnels** des patients
- Actualisation de la liste des **médicaments à risques** (ajout des NAP) et élaboration d'une liste spécifique à la pédopsychiatrie
- Réalisation d'un audit organisationnel sur l'utilisation du **Méthotrexate** / Fiche de bon usage
- Déploiement de l'**automate de dispensation nominative individuelle** des doses à administrer

GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

- Organisation d'un **séminaire** des cadres
- Réalisation d'une enquête **QVT** et poursuite du COPIL QVT
- Mise en place d'une journée d'**accueil des nouveaux arrivants**
- Suivi du plan de **formation**
- Élaboration d'une procédure de **recrutement** et d'**intégration dans la fonction publique hospitalière**

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

- Gestion de la **crise sanitaire** liée à la Covid-19 : contact tracing...
- Recueil de l'indicateur **ICSHA** et communication sur les résultats (audit interne)

GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION

- Élaboration d'une **charte utilisateur** annexée au règlement intérieur
- Actualisation de la politique de **sécurisation du système d'information**
- Poursuite des campagnes de **communication et de formation** des utilisateurs

GESTION DES SERVICES ÉCONOMIQUES, TECHNIQUES ET LOGISTIQUES

- Adoption du plan de **mobilité**
- Formation à l'**éco-conduite** : 3 professionnels formés
- Mise en place du plan d'actions relatif aux **dysfonctionnements PTI**
- Création du **pôle hôtellerie**
- Réalisation des **travaux d'amélioration** à Mikado
- Poursuite des réflexions et des projets en vue de la **relocalisation** de certaines structures extrahospitalières

ÉTHIQUE

4 réunions du **Comité d'éthique** et organisation d'un café éthique sur l'environnement et la santé mentale

DÉMARCHE QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES DANS LES UNITÉS MÉDICO-SOCIALES

- 1 réunion du COPIL qualité-gestion des risques-évaluation transversal
- Mise en place de COPIL qualité-évaluation à la MAS, au SAMSAH, à l'ITEP et au CSAPA
- Formalisation d'outils d'autoévaluation dans le cadre d'un travail réalisé en collaboration avec l'ADAPEI et le CCECQA :
 - > Grilles accompagné traceur (grille d'entretien avec la personne accompagnée et grille d'entretien avec les professionnels)
 - > Grille traceur ciblé
 - > Grille audit système
 - > Liste des documents preuves
 - > Grille d'observation
 - > Grille d'évaluation des éléments de traçabilité dans le dossier de la personne accompagnée
- Organisation d'un séminaire qualité des ESSMS à destination des membres du GCSMS Santé mentale et handicap de la Charente

GESTION DOCUMENTAIRE QUALITÉ



29 créations de procédures/protocoles



29 procédures/protocoles réactualisés

CHIFFRES CLÉS 2022

16

Projets EPP coordonnés

9

Réunions de correspondants qualité et gestion des risques

52

Points qualité et gestion des risques abordés en instances

58

Procédures, protocoles créés ou actualisés

617

Déclarations d'événements indésirables traités

51

Événements indésirables graves

34

Analyses des causes des événements indésirables réalisées

SATISFACTION DES PATIENTS

Questionnaire de sortie

Score de satisfaction global des patients : **4,10/5**

Taux de retour des questionnaires de sortie : **33,90%**

Points fort	Axes d'amélioration
Amélioration ressentie par les patients sur leur état de santé	Impression générale de l'établissement
Conditions de repos	Informations transmises sur les modalités d'hospitalisation et sur leurs droits
Attention et intérêt témoignés par le personnel du service	Contacter le médecin pendant l'hospitalisation

Questionnaire de sortie service de moyens séjours Odysée

Score de satisfaction global des patients : **75%**

Taux de retour des questionnaires de sortie : **100%**

Points fort	Axes d'amélioration
Propreté des locaux	Aménagement des locaux pour recevoir les proches
Services proposés (TV, téléphonie...)	Aménagement des sanitaires
Respect de la dignité	
Confort de la chambre	

ACTION D'AMÉLIORATION : Faire intervenir les services techniques afin de remettre en état les sanitaires à Odysée et d'apporter quelques améliorations

Questionnaire de sortie service de moyen séjour Escape

Score de satisfaction global des patients : **80%**

Taux de retour des questionnaires de sortie : **100%**

Points fort	Axes d'amélioration
Accueil du personnel	Contacter le médecin
Respect de la confidentialité	Disponibilité du médecin
Échanges sur les soins	
Échanges sur l'état de santé	
Confort et propreté de la chambre	

ACTION D'AMÉLIORATION : Remettre en place les réunions soignants/soignés.

Questionnaire de sortie service de moyen séjour Calypso

Score de satisfaction global des patients : **100%**

Taux de retour des questionnaires de sortie : **100%**

Points fort	Axes d'amélioration
Règles de fonctionnement	Écoute/échanges du personnel soignant de nuit
Respect libertés individuelles	Écoute/échange du personnel soignant de jour
Prise en charge de la douleur psychique	Aménagement des locaux pour recevoir les proches
Propreté des locaux, chambres	
Lieu des repas	

ACTION D'AMÉLIORATION : Ré-aborder l'écoute avec les professionnels de nuit

Questionnaire de sortie service d'accueil psychologique Le Lieu-Dit

Score de satisfaction global des patients : **79,75%**

81 patients ont participé à l'enquête

Points fort	Axes d'amélioration
Horaires et jours d'ouverture	Clarté de la signalétique à l'entrée
Entretien et propreté des locaux	Accès aux coordonnées
État des locaux	
Délai du 1 ^{er} rendez-vous	
Accueil physique	
Accueil téléphonique	
Accessibilité des locaux	
Possibilité de joindre l'équipe	

ACTIONS D'AMÉLIORATION : Commander de nouvelles plaques d'identification du service. Adresser un courriel à tous les médecins libéraux de la Charente accompagné de la plaquette du service. Mener une réflexion sur les aménagements à réaliser.

Questionnaire de sortie CSAPA Agora Angoulême

Score de satisfaction global des patients : **97%**

35 patients ont participé à l'enquête

Points fort	Axes d'amélioration
Impression générale sur l'accueil	Trouver et se rendre à la structure
Impression générale sur les locaux	Matériel mis à disposition
Informations données sur les modalités de prise en charge et les droits	Information donnée sur la réduction des risques
Satisfaction du délai de rendez-vous médical, infirmier/éducateur	La façon de contacter le médecin
Écoute et communication avec les soignants	Condition d'accès aux locaux

ACTIONS D'AMÉLIORATION : Déménager le CSAPA Agora dans de nouveaux locaux. Lors de la prochaine enquête remettre les questionnaires en salle d'attente. Disposer une table avec des questionnaires et une urne au rez-de-chaussée.

Questionnaire de sortie CSAPA Agora Cognac

Score de satisfaction global des patients : **95%**

90 patients ont participé à l'enquête

Points fort	Axes d'amélioration
Impression générale sur l'accueil	Trouver et se rendre à la structure
Écoute et communication avec les soignants	Information donnée sur la réduction des risques
Échanges avec les soignants sur les soins	Réponses apportées sur les problèmes somatiques
La façon dont le médecin échange avec les patients	Prestations proposées (douches, collations...)

ACTION D'AMÉLIORATION : Mener une réflexion sur les moyens permettant d'améliorer la signalétique.

SATISFACTION DES PARENTS

Questionnaire de sortie « Restauration »

Score de satisfaction global des patients : **85%**

157 patients ont participé à l'enquête

Points fort	Axes d'amélioration
Propreté des locaux	Goût des hors d'oeuvres
Propreté de la vaisselle	Goût de la viande ou du poisson
Horaires des repas	Présentation des plats
Accompagnement au repas	Variété des hors d'oeuvres
Température des plats	
Repas à thème	

ACTION D'AMÉLIORATION : Étudier la mise à disposition dans les offices de soins d'une bouteille d'assaisonnement d'appoint (type vinaigrette) pour corriger si nécessaire quand le produit a évolué depuis sa préparation. Ajuster et remettre en avant la cuisson basse température pour améliorer le rendu qualité de la viande. Réaliser un audit dans les services des soins, au moment du repas, pour faire un état des pratiques et adapter la mise en place d'une présentation/décoration. Travailler sur de nouvelles recettes, de légumes notamment, afin d'augmenter la diversité des propositions. Faire un test d'approvisionnement en boule de pain individuelle.

2 réunions de la sous-commission CME-EPP

Réalisation d'une session de 2 journées de formation sur les méthodologies EPP

Mesures contentives

- Actualisation du protocole mesures contentives
- Poursuite des revues de pertinence
- Mise en place du comité CREX mesures contentives
- État des lieux et suivi du matériel de contention/ Traçabilité
- Mise en place et expérimentation des plans de prévention partagés de la violence
- Participation au projet CCECQA « Contention et isolement en psychiatrie », participation à des visites apprenantes et aux communautés de pratiques.

Douleur somatique

- 3 réunions du CLUD et du GAP
- Semaine douleur du 13 au 17 juin 2022 : réalisation d'audits de dossiers dans les unités de soins
- Recueil de l'IQSS « Évaluation et prise en charge de la douleur »
- Réalisation d'une session de formation des professionnels.

Dossier du patient

- 5 réunions du COPIL DPI et 3 réunions du groupe technique
- Recueil des IQSS et audit clinique ciblé sur la traçabilité dans le DPI
- Poursuite des formations utilisateurs du DPI
- Actualisation du guide DPI

Maîtrise du risque infectieux

- Gestion COVID (contact tracing...)
- Recueil de l'indicateur ICSHA

Prise en charge somatique

Recueil des IQSS sur l'évaluation cardiovasculaire et métabolique et sur l'évaluation gastro-intestinale des patients en hospitalisation complète.

Circuit du médicament

- Mise en œuvre du plan d'actions défini suite à la visite de certification concernant le circuit des médicaments et la gestion des médicaments à risque
- 1 réunion du comité CREX médicament
- Poursuite des analyses des causes des événements indésirables liés au circuit du médicament
- Réalisation d'un audit sur la gestion des traitements personnels des patients
- Actualisation de la liste des médicaments à risques (ajout des NAP) et élaboration d'une liste spécifique à la pédopsychiatrie
- Réalisation d'un audit organisationnel sur l'utilisation du Méthotrexate / Fiche de bon usage
- Déploiement de l'automate de dispensation nominative individuelle des doses à administrer.

Bientraitance

- Réalisation d'une séance de simulation.

Prévention du risque suicidaire

- Finalisation de l'audit sécurisation de l'environnement des patients
- Formation de « formateurs »
- Poursuite de la réflexion sur la composition des mallettes VAD
- Poursuite de la formation et de la sensibilisation des professionnels.

Sortie du patient

- Évaluation de l'utilisation de la check-list de sortie (audit clinique ciblé)
- Recueil IQSS « Qualité de la lettre de liaison à la sortie »

Éducation thérapeutique du patient

- Mise en œuvre des programmes autorisés
- Poursuite des réunions de travail régulières

Prise en charge complexe de personnes avec des troubles de l'humeur/ troubles bipolaires

Réalisation d'une RCP.

Autisme chez l'enfant et l'adolescent

- Poursuite du GAP « Autisme chez l'enfant et l'adolescent » (6 réunions)
- Organisation d'une rencontre avec les partenaires
- Formation des professionnels à la thérapie d'échange et de développement

Psychotrauma

- Déploiement de l'outil d'évaluation et de repérage du potentiel traumatique (intégré au DPI)
- Formation des équipes des CMP et équipes mobiles
- Formation des partenaires
- Suivi d'indicateurs : score IESR (à l'entrée et à la sortie)

AAC

- Réalisation de 34 AAC
- Poursuite des réunions des comités CREX des pôles cliniques et formation des membres
- Intégration du recueil du vécu du patient dans la trame d'AAC

Patient/parcours traceur

Réalisation de 35 patients/ parcours/ accompagné traceurs.

Audit de processus

Suivi des plans d'actions suite aux audits de processus.