



# QUALI PSY SUD

## GHT PSY SUD PARIS

LETTRE QUALITE - MARS 2022

### Edito

En ce 1er trimestre, remercions les 26 professionnels du GHT volontaires qui ont accompagné la direction qualité en novembre dernier pour mener à bien des audits sur le terrain avec les équipes des unités de soins. Pour rappel, le choix avait été de faire comme si nous étions (presque) en visite de certification durant une semaine. Au total, au plus près des équipes, 74 audits ont été conduits en 5 jours (26 à Paul Guiraud, 26 à Erasme, 22 à la Fondation Vallée).

Les enseignements sont nombreux : une bonne participation globale, des retours positifs, exprimant une bonne appréciation de cet exercice que constitue "une visite à blanc", et des échanges témoignant un réel intérêt pour les actions qualité.

Des points sont également à améliorer : un problème d'information au plus proche du terrain, une méconnaissance du projet qualité dans son contenu, une formalisation parfois incomplète de ce qui est fait, au risque aussi de ne pas valoriser suffisamment des actions méritant un partage.

Un plan d'actions a donc été bâti à la suite. A ce titre, le Comité de Pilotage Qualité du GHT a décidé de retenir les critères prioritaires issus de la HAS qui vous sont présentés dans le premier article de la Lettre.

Parallèlement, nous allons accroître l'usage des audits "Patient traceur", en essayant d'optimiser le temps de toutes et de tous, largement consacré à faire face aux difficultés actuelles.

L'intérêt est, non de renseigner un document de plus, mais de rendre palpable et tangible la recherche collective d'une prise en charge adaptée et coordonnée des patients.

Nous vous souhaitons une bonne lecture de cette Lettre Qualité.

Pierre MALHERBE, Directeur Qualité

#### Dans ce numéro

Edito .....	1
Retour de la visite à blanc HAS V2020 .....	2
Les 14 critères impératifs.....	5
Résultats des IQSS—campagne 2021 .....	7
Vigilances sanitaires .....	10
Portail Qualité—Actualités .....	11
Expliquons un acronyme.....	12



## Retour de la visite à blanc HAS - V2020

Afin de s'approprier le nouveau manuel de certification V2020 de la HAS, le COPIL Qualité a décidé de mener deux travaux en 2021 :

- une évaluation « théorique » des critères par les différentes commissions et groupes de travail par thématique
- une semaine de visite à blanc permettant de mettre en pratique les nouveaux outils d'audit et d'évaluer les critères par les équipes de terrain.

Cette semaine d'audits, autant appréciée par les auditeurs que par les unités d'auditées a permis de valoriser le travail et l'implication importante des équipes en matière de qualité et de sécurité des soins, mais également d'identifier les axes d'amélioration.

Les audits réalisés ont été faits selon les nouvelles méthodes d'audit de la V2020 :



Audit système



Traceur ciblé



Parcours traceur



Observations

Outre la découverte de ces nouvelles méthodes, les équipes de soins ont pu s'approprier les thématiques et les différents questionnements issus du manuel V2020.

Les résultats sont, pour la majorité, en adéquation avec ceux relevés lors des évaluations internes.

Il a été cependant noté dans les différentes unités des trois établissements, et particulièrement en extra hospitalier, une difficulté d'information au plus proche du terrain. Cela concerne notamment le projet qualité, les actions qualité mais également le projet médical et le projet d'établissement.

Il a également été notifié lors de ces audits une difficulté de compréhension de certains termes, comme vigilances sanitaires, maltraitance ordinaire, ...

L'ensemble des résultats de ces audits est présenté dans le document «[Rapport 1ère évaluation V2020](#)» disponible sur le portail Qualité.

Une large communication a débuté depuis le début de l'année sur les résultats et les axes prioritaires pour la certification, en commençant par les instances (CME, CSIRMT, CDU, réunion d'encadrement, ...)

Une présentation des résultats a également été réalisée auprès des correspondants qualité lors d'une réunion le 17 mars 2022, permettant de discuter sur les moyens de communications auprès des équipes.

Vous trouverez ci-après les points prioritaires devant être travaillés par les 3 établissements d'ici les visites de certification en 2023 ainsi qu'un rappel des 14 critères impératifs.

Frédéric BEAUSSIER - Direction Qualité



### Plus d'informations au sujet de la V2020 ?

Vous pouvez retrouver le manuel de certification V 2020 dans la base de connaissance interne du portail Qualité : [Manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins](#)

## Listing des points à améliorer classés par thématique :

Les points en rouge concernent les critères impératifs

Observations	Erasme	Fondation Vallée	Paul Guiraud
<b>Management, stratégie</b>			
Lettre de liaison à la sortie et compte-rendu d'hospitalisation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Coordination avec les médecins généralistes et information sur l'état de santé des patients	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Partenariat entre le secteur sanitaire, médico-social		<input checked="" type="checkbox"/>	
Accessibilité de l'établissement (intra et extra) aux personnes vivant avec un handicap	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Exercice annuel de plan blanc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Développement durable	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Ressources humaines</b>			
Information des intérimaires et vacataires pour accomplir leurs missions	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Management qualité</b>			
Développer les actions qualité propre à un pôle (exemple : EPP)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
IQSS : prise en compte par les équipes et présentation en CDU		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Connaissance des projets qualité, compte qualité par les professionnels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Revue de pertinence	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Intégration des contributions de l'utilisateur dans le projet qualité			<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Prise en charge médicamenteuse</b>			
Médicaments à risques		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ETP concernant l'autonomie des patients vis-à-vis des traitements		<input checked="" type="checkbox"/>	
Tableau médicamenteux (lettre de la liaison à la sortie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Conciliation médicamenteuse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Droits des patients</b>			
Support d'information et de communication sur les messages de santé publique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Directives anticipées	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Information du patient à pouvoir déclarer un EIGS	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Respect dignité et intimité du patient	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Association des proches dans l'élaboration du projet de soins	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Information de la personne de confiance en cas des restrictions de liberté	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Recours à une structure d'expertise en soins palliatif si besoin	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Enquêtes PROMs et PREMs	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Mobilisation de l'expertise des patients	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Identification des professionnels de santé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Recommandation sur la maltraitance, maltraitance ordinaire		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Projet des usagers	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



## Listing des points à améliorer classés par thématique

*Les points en rouge concernent les critères impératifs*

Observations	Erasme	Fondation Vallée	Paul Guiraud
<b>Parcours patient</b>			
Accueil d'un patient mineur	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Projet de soins personnalisé	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Modalités de recours à la télésanté	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Echelle du risque suicidaire, passage à l'acte auto ou hétéro agressif		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Evaluation des délais d'entrée en soins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Analyse bénéfice - risque pour les prises en charge complexe		<input checked="" type="checkbox"/>	
Plan de prévention partagé	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Alimentation du dossier médical partagé et du dossier pharmaceutique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prise en charge de l'urgence vitale (chariot d'urgence)		<input checked="" type="checkbox"/>	
Appel direct d'un médecin compétent en cas d'urgence vitale			<input checked="" type="checkbox"/>
Conduite à tenir en cas d'agression, dégradation, ...		<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Risque infectieux</b>			
Consommation de SHA par unité		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Respect des précautions standards et complémentaires	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Risque infectieux liés aux dispositifs médicaux réutilisable et dispositifs invasifs	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Circuit d'élimination des déchets		<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Imagerie - biologie</b>			
Audit de pratiques sur les prélèvements	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Dossier patient</b>			
Accès des équipes des urgences au dossier du patient	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Formalisation des éléments du dossier à communiquer lors de consultations avec un spécialiste		<input checked="" type="checkbox"/>	
Renseignement du dossier patient tout au long du séjour		<input checked="" type="checkbox"/>	
Lettre de liaison à la sortie du patient	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dossier médical partagé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Identitovigilance</b>			
Bracelet d'identification pour les personnes ne pouvant décliner leurs identités	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Qualité de vie au travail</b>			
Formation ou coaching en management pour l'encadrement	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Sensibilisation des professionnels au travail en équipe, démarche PACTE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Espace, temps de discussions collectives au sein des unités pour l'amélioration des conditions de travail	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Systemes d'information</b>			
Mesures de prévention et conduite à tenir en cas d'incident informatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Les 14 critères impératifs



## 1.1-03 : Le consentement du patient

Le patient exprime son **consentement libre et éclairé** sur son projet de soins, il est **acteur de sa prise en charge** tout au long de son parcours (initial, suivi, ajustement,...).

Les moyens de communication utilisés pour recueillir le consentement sont adaptés au patient.

## 1.2-01 : Intimité et dignité du patient

Garantir **en toute circonstance** le respect de l'**intimité** et de la **dignité** du patient.

Intimité : portes fermées, hygiène des locaux, sanitaire individuel, état de la chambre....

Dignité : prendre l'avis du patient en toute circonstance, ne pas infantiliser, donner des surnoms, tutoyer...

## 2.1-05 : Les mesures restrictives de liberté

Sont des mesures de **protection limitées dans le temps** pour prévenir une violence imminente.

Elle s'inscrivent dans une **démarche thérapeutique** et ne doivent être utilisées qu'en **dernier recours** : **évaluation bénéfique/risque en équipe pluriprofessionnelle**.

Toute mesure d'isolement est une **décision médicale**.

La pertinence des mesures restrictives est **systématiquement évaluée et réévaluée** lors du séjour.

En cas de restriction, le patient et/ou sa personne de confiance a reçu une **information claire et explicite**.

## 3.2-06 : La maltraitance ordinaire

Correspond au sentiment du patient ou de ses proches d'une **absence de prise en compte de sa personne lors de sa prise en charge** : défaut d'écoute, attente interminable inexpliquée....

Les professionnels sont sensibilisés et formés aux recommandations de bonnes pratiques.

Les professionnels ont mis en place des **modalités d'écoute quotidienne** de l'expérience patient.

Attention particulière pour les patients vulnérables, isolés, ayant des difficultés d'expression ou vivant avec un handicap.



## 1.2-02 : Le patient mineur

L'**environnement** est **adapté** à leur **sécurité** et à leur **protection**.

Dans un service d'adulte, le patient mineur bénéficie au maximum d'une chambre individuelle et d'une **attention particulière**.

Professionnels **formés** à la prise en charge des enfants et des adolescents.

## 2.2-17 : L'examen somatique

L'examen somatique doit être **réalisé dans les 24h** lors de l'entrée du patient.

Il **donne lieu à un suivi régulier, en lien avec le médecin traitant et/ou le service spécialisé si nécessaire**.

## 3.6-05 : Les urgences vitales

Il existe un numéro d'appel direct et rapidement identifiable pour joindre directement un médecin.

Les professionnels sont régulièrement **formés** aux urgences vitales.

Le matériel dédié aux urgences vitales est **aisément et rapidement accessible**.

Le chariot (sac, trousse) est **contrôlé** périodiquement et la vérification tracée.



# Les 14 critères impératifs



## 1.2-08 : La douleur

La douleur est **évaluée** selon une échelle et **tracée entre J1 et J7** .

La **stratégie de soulagement de la douleur** est expliquée au patient et tracée.

Pour les patients vivant avec un **handicap** ou en **situation de vulnérabilité** une attention particulière est portée sur des modalités d'évaluation adaptée.



## 2.3-06 : Les médicaments à risques

Les équipes disposent de la **liste des médicaments à risques**.

Les équipes **respectent les bonnes pratiques des médicaments à risques** à toute les étapes du circuit.

Les professionnels concernés sont **sensibilisés** et **formés** aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments.



## 2.3-11 : Le risque infectieux

Le risque infectieux, la prescription et l'utilisation des précautions standard et complémentaires sont **expliqués** au patient et à ses proches.

Les équipes sont formées aux bonnes pratiques de précautions standard et complémentaires d'hygiène. Les équipes **utilisent des équipements de protection individuels** adaptés et respectent les **bonnes pratiques** (pas de masque en collier, change de gants entre deux patients...). Elles savent contacter les membres de l'EOHH.

Des **containers** pour objets piquants coupants tranchants doivent être disponibles à proximité des soins. Leur limite de remplissage est respectée et le délai d'élimination est conforme à la procédure.



## 2.4-04 : L'analyse collective des évènements indésirables associés aux soins (EIAS)

Les EIAS sont **déclarés** sur le portail Qualité. Les REX (retours d'expérience) permettent d'analyser collectivement un évènement indésirable (méthode ALARMe).

Suite à des analyses, le **plan d'action** est **communiqué, validé** et **suivi** par les équipes.

L'équipe **analyse régulièrement** ses pratiques en s'appuyant sur les déclarations EIAS.

## 3.3-01 : Le management de la qualité des soins

La politique qualité est fondée sur une **analyse globalisée** de l'ensemble des données et organisée par thématique. Le projet qualité et sécurité 2020-2024 est **élaboré** de façon **pluriprofessionnelle** : Commission, CME, CSIRMT, RU,... Les professionnels connaissent les projets qualité et **proposent** des actions d'amélioration.

## 3.6-01 : La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles

Le plan blanc est **connu** et **diffusé** (disponible pour chaque établissement dans la GED).

Les **membres de la cellule de crise** sont identifiés et doivent arriver dans les **45 minutes** suivant l'alerte.

## 3.7-03 : Les indicateurs de la qualité et sécurités des soins (IQSS)

Sont **communiqués, analysés** et **exploités** à l'échelle de l'établissement.

Les équipes **mettent en place des actions** suite aux résultats de ces indicateurs.

# Résultats des IQSS - Campagne 2021

## Présentation

Les indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS), développés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et validés avec les professionnels de santé, les patients et les usagers permettent la comparaison inter-établissements.

Aussi, ils sont utilisés comme outils d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans les établissements de santé. Par ailleurs, ils sont diffusés au grand public et inclus dans des dispositifs de financement à la qualité comme incitatif financier à l'amélioration de la qualité (IFAQ).

En 2019, la HAS a validé de nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins en psychiatrie et santé mentale relatifs à la prise en charge somatique et la coordination entre l'hôpital et la ville pour le périmètre « hospitalisation à temps plein » et à la prise en charge ou la vigilance de l'état somatique pour le périmètre « ambulatoire » des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie. Ce recueil a été réalisé en 2021, au niveau national, pour la première fois.

Le recueil consiste en une enquête rétrospective portant sur un échantillon de séjours tirés au sort. Ce type d'enquête consiste à accéder aux dossiers des patients et à analyser l'information qu'ils contiennent.

Le recueil des indicateurs s'est déroulé sur le GHT de juin à octobre 2021 (portant sur les données 2019) par des auditeurs volontaires médicaux, paramédicaux et administratifs, accompagnés par la direction qualité. Les dossiers audités ont été sélectionnés par tirage au sort (Erasmus : 81 dossiers audités dont 70 retenus par la HAS / Paul Guiraud : 110 dossiers audités dont 98 retenus par la HAS / Fondation Vallée : 16 dossiers audités).



## Indicateurs périmètre hospitalisation temps plein

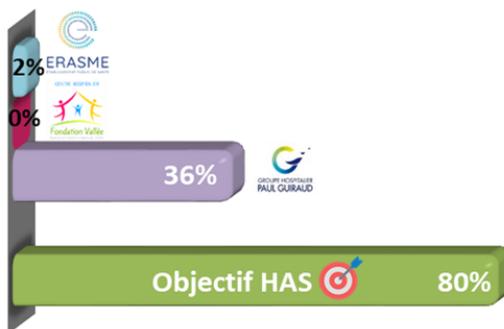
**1er indicateur : Qualité de la lettre de liaison à la sortie :** Cet indicateur évalue la qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la lettre de liaison à la sortie est d'autant plus grande que le score est proche de 100. Cet indicateur concerne le périmètre adulte et infanto-juvénile.

L'indicateur est calculé à partir de **12 critères qualité**. **Deux critères sont indispensables : (1) Lettre de liaison à la sortie retrouvée, (2) Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie. En l'absence de conformité d'un de ces deux critères, le score est égal à 0.** Le score est calculé, en cas de conformité des critères indispensables, à partir de la traçabilité des 10 critères qualité : cinq critères médico-administratifs et cinq critères médicaux.





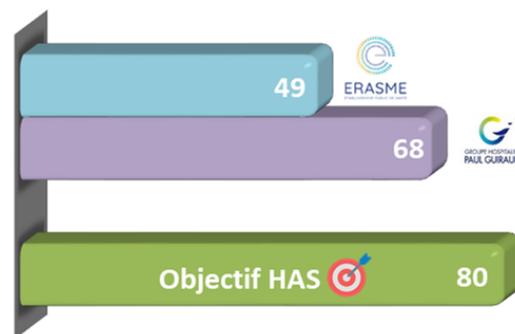
**2ème indicateur : Évaluation et prise en charge de la douleur somatique :** Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur somatique avec une échelle dans le dossier patient entre le jour de l'admission (J0) et les 7 premiers jours suivant l'admission (J1 à J7) et pour les patients présentant des douleurs somatiques au minimum d'intensité modérée, la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur somatique et une réévaluation de la douleur somatique. Cet indicateur concerne le périmètre adulte et infanto juvénile.



**3ème indicateur : Évaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes :** Cet indicateur évalue la qualité de l'évaluation de l'état cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes au cours d'une hospitalisation. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de cette évaluation est d'autant plus grande que le score est proche de 100. Cet indicateur concerne le périmètre adulte uniquement. L'indicateur est calculé à partir de 6 critères qualité :

- (1) Antécédents cardiovasculaires et métaboliques personnels,
- (2) Facteurs de risques thrombo-emboliques,
- (3) Mesure de la pression artérielle,
- (4) Mesure des paramètres anthropométriques,
- (5) Conclusion médicale vis-à-vis d'un électrocardiogramme
- (6) Résultats vis-à-vis des examens sanguins.

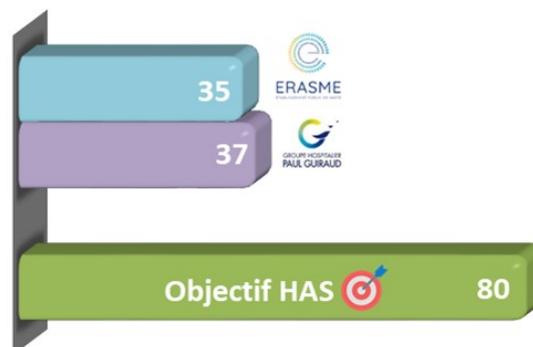
**4ème indicateur : Évaluation gastro-intestinale chez les patients adultes :** Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue le taux de séjours de patients adultes pour lesquels il est retrouvé une mention dans les 7 jours après l'admission d'une évaluation du transit intestinal ET d'une évaluation de la déglutition. Cet indicateur concerne le périmètre adulte uniquement.



**5ème indicateur : Évaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes :** Cet indicateur évalue la qualité de l'évaluation et de la prise en charge des addictions chez les patients adultes au cours d'une hospitalisation. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de cette évaluation et de prise en charge est d'autant plus grande que le score est proche de 100. L'indicateur est calculé à partir de 3 critères qualité : (1) Repérage et proposition d'aide à l'arrêt de la consommation de tabac (si patient fumeur), (2) Repérage et proposition d'aide à l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool (si consommation à risque), (3) Repérage et proposition

d'aide à l'arrêt ou la réduction de la consommation de cannabis (si consommation).

Cet indicateur concerne le périmètre adulte uniquement.



### Indicateurs périmètre ambulatoire

#### **1<sup>er</sup> indicateur : Lien entre l'hôpital et la médecine de ville**

L'indicateur se présente sous la forme **d'un pourcentage de patients** pour lesquels il est retrouvé une mention :

D'une identification (nom ET adresse (postale ou électronique)) d'un médecin de ville (médecin traitant ou médecin généraliste pour les plus de 18 ans, médecin référent pour les moins de 18 ans)

ET d'un courrier et/ou échange téléphonique entre le secteur ambulatoire (CMP, HDJ ...) et la médecine de ville

ET une mention de démarches entreprises par le secteur ambulatoire (CMP, HDJ ...) pour que le patient ait un médecin traitant, en cas d'absence de médecin traitant (ou non connu), pour les patients âgés de 18 ans ou plus.

#### **2<sup>ème</sup> indicateur : Vigilance sur l'état cardio vasculaire et métabolique dans les 12 mois qui précèdent la consultation index**

Les critères qualité recherchés sont les mêmes que pour l'hospitalisation temps plein. Cet indicateur concerne le périmètre adulte uniquement.



#### **3<sup>ème</sup> indicateur : Evaluation et prise en charge des addictions dans les 12 mois qui précèdent la consultation index**

Les critères qualité recherchés sont les mêmes que pour l'hospitalisation temps plein. Cet indicateur concerne le périmètre adulte uniquement.





# Vigilances sanitaires

Lors de la visite à blanc V2020, il a été noté une absence de connaissance du terme « vigilances sanitaires » dans plusieurs unités des 3 établissements du GHT.

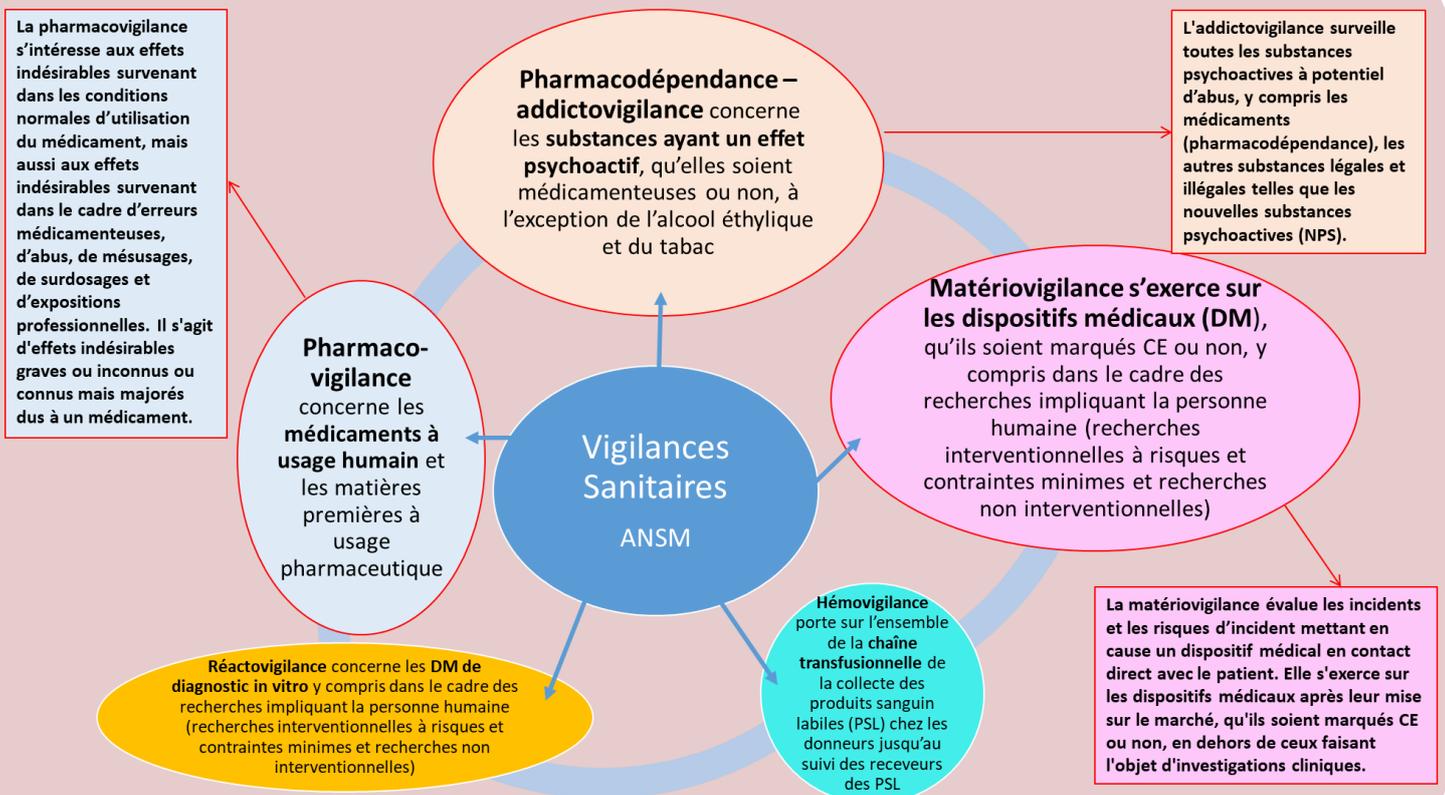
En voici un rappel :

Les vigilances sanitaires regroupent le recueil, l'analyse et la diffusion standardisés de données relatives à des événements indésirables sanitaires permettant ainsi une veille sanitaire continue. Les objectifs de ces vigilances sont **d'alerter**, de **gérer** et de **prévenir** les risques. Ces vigilances s'appliquent sur les produits de santé après leur mise sur le marché dans un objectif de protection de la santé publique.

Elles prennent en compte :

- La déclaration des effets indésirables graves et des autres effets indésirables y compris ceux résultant d'un mésusage et le recueil d'informations les concernant
- L'enregistrement, l'évaluation et l'exploration de ces informations dans un but de prévention
- La réalisation de toutes études et de tous travaux concernant la sécurité d'emploi des produits
- La réalisation et le suivi des actions correctrices.

## Les principales Vigilances Sanitaires réglementaires coordonnées par l'ANSM :



Il existe d'autres vigilances réglementaires coordonnées par d'autres structures :

- La toxicovigilance concerne les substances ou mélanges naturels ou de synthèse. Elle est coordonnée par l'Anses.
- L'infectiovigilance concerne les risques d'infections nosocomiales liées aux soins. Elle est coordonnée par le Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN).

**Nous vous proposons de vous adresser à vos Correspondants Vigilants sur chaque site dont la liste est disponible sur le Portail Qualité**

Erasmé : [Liste des correspondants vigilances sanitaires](#)

Fondation Vallée : [Les référents vigilance](#)

Paul Guiraud : [Livret des vigilances sanitaires](#)

Docteur Christine MOUTONNIER—Pharmacienne—Erasmé  
Sandrine BARQUINS—GUICHARD - Direction Qualité

## Portail Qualité—Actualités

A la demande de correspondants qualité, la page d'accueil du Portail Qualité a été modifiée afin d'intégrer une rubrique « Actualités ».

N'hésitez pas à remonter auprès de la direction qualité toute idée d'amélioration pour le portail qui regroupe l'ensemble de la démarche qualité des 3 établissements du GHT.

The screenshot shows the homepage of the 'Portail Qualité' website. At the top left, there is a navigation bar with the logo 'GHT PSYD' and the text 'Accueil', 'Portail Qualité', 'Annuaire Paul Guiraud', and 'Portails'. Below the navigation bar, the main content area is titled 'Accueil' and features three 'Accès rapide' (Quick Access) buttons: 'Je recherche un document' (with a document icon), 'Je signale un événement indésirable' (with a wrench icon), and 'J'accède à l'ensemble du portail qualité' (with a document icon). Below these buttons, there is a section titled 'Actualités Qualité' (Quality News) with a link 'Voir toutes les actualités →'. This section contains three news items: 1) '01 NOVEMBRE 2021 Lettre Qualité' with a sub-headline 'Retrouvez la dernière lettre Qualité avec des articles concernant le nouveau manuel V2020 de la HAS, l'audit dignité - intimité, l'escape game, ...'; 2) '26 JANVIER 2022 Les commissions et groupes de travail' with a sub-headline 'Retrouvez l'ensemble des commissions et groupes de travail sur différentes thématiques. N'hésitez pas à contacter un membre si vous souhaitez y participer...'; 3) '02 MARS 2022 La visite à blanc V2020' with a sub-headline 'Merci aux 34 auditeurs sur le GHT et aux professionnels des unités auditées lors de la semaine de visite à blanc V2020. Retrouvez les résultats de chaque établissement en suivant ce lien.' At the bottom of the page, there is a footer with the text: 'Pour toutes questions ou remarques concernant le portail Qualité, vous pouvez contacter la direction qualité par courriel : [qualite@psysudparis.fr](mailto:qualite@psysudparis.fr)'.



## Expliquons un acronyme...

... en lien avec de nouvelles démarches qualité inscrites dans le manuel V2020 :

### **PACTE .... Programme d'amélioration continue du travail en équipe**

Source : HAS

Les évènements indésirables associés aux soins (EIAS) sont le plus souvent liés à un défaut d'organisation, de coordination ou de communication au sein des équipes .

Destiné à améliorer le travail en équipe au sein des établissements de santé (« faire passer une équipe d'experts à une équipe experte »), le programme d'amélioration continue du travail en équipe PACTE a pour objectif de faire lever sur le collectif de travail en améliorant les compétences non techniques et la culture de sécurité. De nombreux thèmes sont concernés : la communication, la gestion des risques en équipe, la capacité d'alerte, l'implication du patient...

### **PROMs / PREMs ....**

Source : HAS

La qualité des soins est aujourd'hui évaluée par les professionnels et les patients. Sa mesure permet d'améliorer le service rendu aux patients.

Il existe trois types de mesures de la qualité perçue par les patients, complémentaires, le plus souvent fondées sur des questionnaires :

- les Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) mesurent les résultats de soins perçus par les patients
- les Patient-Reported Experience Measures (PREMs) mesurent l'expérience des soins vécus par les patients
- les questionnaires de satisfaction des patients qui mesurent la réponse à leurs attentes.

**Des expérimentations sont en cours de déploiement au sein des établissements du GHT pour tester ces nouvelles méthodologies.**

Frédéric BEAUSSIER - Direction Qualité