



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE BEHTANIE

**144 Avenue Roul
33400 Talence
JANVIER 2017**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	19
DOSSIER PATIENT	24
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	28

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE BETHANIE	
Adresse	144 avenue roul 33400 Talence
Département / région	GIRONDE / POITOU-CHARENTES/LIMOUSIN/AQUITAINE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	330000209	CLINIQUE BETHANIE	144 av roul 33400 Talence
Etablissement de santé	330780321	CLINIQUE BETHANIE	144 avenue roul 33400 Talence

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
Santé mentale	Psychiatrie générale	62

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Convention de coopération avec la Clinique MUTUALISTE de PESSAC Depuis juillet 2000, dans le domaine de l'accueil des urgences somatiques et réalisation d'examen complémentaires - Convention de coopération avec l'Association RENOVATION comportant un foyer, une structure d'hospitalisation de Jour, Depuis 2001, dans le domaine des soins de suite psychiatrique - Convention de partenariat avec le SAVS INSERCITE Depuis le 28 juin 2005, dans le domaine de la réinsertion sociale des personnes handicapées par un trouble psychique stabilisé - Convention de coopération avec Horizon 33 Depuis le 23 novembre 2004, dans le domaine des soins de suite de psychiatrie - Convention de coopération avec le CHU de Bordeaux, Centre Abadie (UMP de l'Adolescent et du jeune Adulte); Dr Pommereau

Depuis le 12 janvier 2001, dans le domaine des soins de suite de psychiatrie

- Convention de coopération avec SOS Médecins

Depuis le 23 novembre 2004, dans le domaine des consultations d'urgence sur site pour problèmes somatiques.

- Convention avec l'association APRRES, signée en avril 2016, intervenant dans l'aide aux personnes en situation de précarité

Regroupement / Fusion	Rachat de la SAS « Clinique Bethanie » par investisseur privé représenté par Olivier DREVON, nouveau Président de la SAS depuis le 15/06/2015.
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :
- la certification de l'établissement (A).

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Psychiatrie générale	A définir	Programmée	Simple	Santé mentale
2	Sujet âgé	Psychiatrie générale	A définir	Programmée	Complexe	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

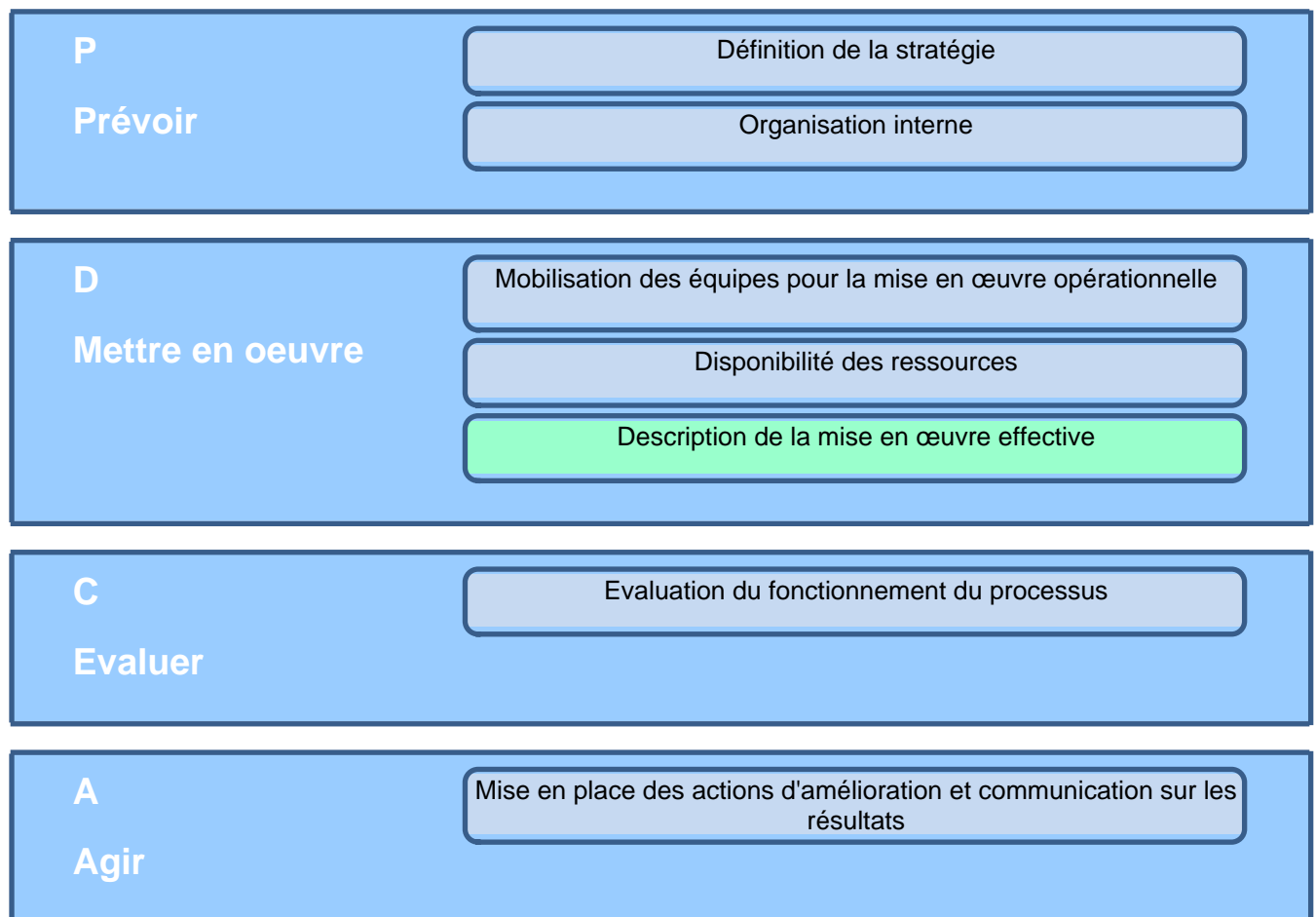
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique générale de management de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est intégrée dans les orientations stratégiques de l'établissement. Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et la hiérarchisation des risques grâce aux cartographies des risques élaborées. Elle est validée par les différentes instances et notamment la CME et révisée annuellement en COPIL qualité gestion des risques puis en staff de direction avec les actionnaires. Elle fixe des objectifs d'amélioration précis déclinés par processus et thématiques retenus par la HAS allant de la sécurité des soins à la sécurité des biens et des personnes en passant par la sécurité du système d'information et la qualité de vie au travail. Elle est déployée pour l'ensemble des secteurs d'activité et tient compte de leur spécificité. De fait, la politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins inscrite dans les orientations stratégiques et portée par le management stratégique de l'institution et plus particulièrement par la directrice et le président de CME. La stratégie de développement de l'EPP, résultat d'une concertation entre professionnels de santé et gestionnaires est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il existe une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins. L'établissement promeut dans sa politique une logique d'organisation apprenante, de culture positive de l'erreur et de travail en équipe. On retrouve une mobilisation de l'établissement dans l'élaboration du compte qualité. Ainsi, la politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins intègre notamment la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise. La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la stratégie de développement de l'EPP sont diffusées à l'ensemble des professionnels. L'établissement s'est mobilisé dans l'élaboration du compte qualité. La mise en œuvre de cette politique est traduite dans un programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins construit sur la logique du compte qualité dans sa nouvelle version de juin 2016 avec pour objectif d'acculturer les équipes au compte qualité. Les actions sont déclinées par processus. Le programme est unique pour l'établissement et on retrouve des actions couvrant, l'analyse de la conformité à la réglementation; l'analyse des événements indésirables; les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents sur les thématiques suivantes: la politique du médicament, les autres risques associés aux soins notamment ceux liés à la violence et à la prévention de la maltraitance, les actions à mettre en place suite aux recommandations et décisions de la certification et les actions et recommandations suite aux contrôles externes. Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi avec indicateurs chiffrés de résultat, les responsabilités pour chacune des actions, la planification des actions dans des délais fixés et la communication des résultats. Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement notamment le COPIL qualité gestion des risques, la CME et la CRU. Donc, on retrouve un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, prenant en compte l'ensemble des éléments attendus, validé et connu. En conclusion, il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte d'établissement de psychiatrie, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé point d'entrée du compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

C'est la directrice (RAQ) et le président de CME qui pilotent et mettent en œuvre la politique générale de management de la qualité et de la sécurité des soins à l'échelle de la clinique. On retrouve une fiche de mission signée par les deux pilotes. La mise en œuvre de cette politique repose sur l'action du pilotage du plan d'action de chacun des processus mais aussi au niveau transversal sur l'action des différentes commissions présentes à savoir le Comité de Vigilance et d'analyse des Événements Indésirables (COVIR) , le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles: (COMEDIMS), le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), le Comité de Lutte contre la Dénutrition (CLAN), la Commission d'Identito-Vigilance (CIV), le Comité de Pilotage des EPP, CREX, RMM. La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée par la cadre de santé, responsable des soins. Un COVIR analyse les événements indésirables et notamment les événements graves. Chaque membre est formé à la méthode ORION d'analyse des EI graves. Par ailleurs, un CREX est en place. La coordination des dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et de la gestion des risques sont prévues. On retrouve également un responsable des risques de la sécurité des biens et des personnes et un responsable des risques professionnels nommés avec une fiche de mission. Il en est de même pour le responsable de la sécurité du système d'information. De fait, la coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est en place. Le rôle et les responsabilités des professionnels en matière de qualité et de sécurité sont définis et précisés dans des fiches de poste. Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Elles sont en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des

professionnels concernés. Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation interne de l'établissement et les formations sont effectuées par le cadre de santé, elle même formée par un organisme extérieur. Elles concernent notamment: la formation d'intégration propre à l'établissement pour la GDR et la qualité ; la formation sur les risques associés aux soins et la sécurité des patients ; la formation à l'utilisation des supports de signalement des événements indésirables ; la formation aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes des événements indésirables pour les personnes concernées. Les documents utiles sont identifiés et formalisés en fonction des besoins et des risques spécifiques. Le dispositif de gestion documentaire papier est structuré. On retrouve comme axe d'amélioration, au niveau du programme qualité gestion des risques, l'informatisation de la gestion documentaire pour 2017. Des outils d'aide et d'accompagnement à destination des secteurs d'activité (grilles d'analyse des risques, EPP, etc.) sont prévus. Les modalités de communication sont définies. Ainsi, au regard des missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Par ailleurs, le plan blanc de l'établissement est opérationnel. En conclusion, l'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles pour l'exercice de la coordination de l'activité de gestion des risques associés aux soins. Les Représentants des Usagers, ont bénéficié lors du dépôt du Compte Qualité, d'une présentation commentée par la Directrice des Soins, en vue de finaliser le processus Droits des Patients pour leur permettre de valider La Charte Béthanie des Droits du Patient. Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables. La gestion des interfaces et des circuits est donc organisée formellement pour faciliter la concertation entre les professionnels et entre secteurs d'activités.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des secteurs d'activité s'est saisi des enjeux liés au management de la qualité et des risques en lien avec les orientations de l'établissement. Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Ils sont traduits en plans d'actions d'amélioration. Au niveau institutionnel, les équipes participent: à l'élaboration des procédures et autres documents, citons l'élaboration de la procédure de déclaration des cas de maltraitance; à la déclaration, à l'analyse des causes profondes et au traitement des EI, EIG, citons l'analyse d'un EIG (méthode Orion) qui a aboutie à l'élaboration d'une procédure sur le dépistage et la prévention du risque suicidaire; aux démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins suite à la réalisation d'EPP; aux audits/évaluations internes notamment les audits du dossier patient. Les responsables s'assurent enfin de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs sont adaptés aux risques et aux besoins liés aux activités d'une clinique psychiatrique recevant des adultes. Des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents. Les professionnels en poste sont formés. Les documents utiles pour réaliser les missions sont accessibles et actualisés. Le dispositif de gestion documentaire papier est connu par les professionnels et le système de mise à jour des documents est opérationnel. Les professionnels ont donc accès aux documents qui les concernent. De fait, le dispositif de gestion documentaire est opérationnel et connu. En conclusion, les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les documents constituant des éléments de preuve du bon fonctionnement du processus sont disponibles (fiches d'événements indésirables, compte rendus d'analyse d'événements indésirables graves, fiches liées aux vigilances, tableau de bord des EPP). Une démarche d'évaluation des risques a priori opérationnelle permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de traitement est en place depuis 2012. Les Représentants des Usagers ont bénéficié lors du dépôt du Compte Qualité d'une présentation commentée par la Directrice des Soins, en vue de la finalisation du processus Droits des Patients et de la validation de la Charte BETHANIE des droits du patient. Un dispositif de gestion des événements indésirables approprié et opérationnel permettant une analyse des causes notamment profondes, selon une méthodologie adaptée et associant les acteurs concernés est en place. Ce dispositif par déclaration papier reprend bien les étapes à suivre de la déclaration au suivi du plan d'actions si nécessaire. Les déclarants reçoivent une réponse contextualisée à leur déclaration. On retrouve 500 événements indésirables déclarés en 2015 dont 111 sont des événements indésirables liés aux soins et 370 liés au circuit du médicament. Enfin, on retrouve une organisation permettant le déploiement et la mise en œuvre de démarches d'EPP, de RMM et de patients traceurs avec un engagement effectif des professionnels. Citons l'EPP sur le risque suicidaire, la REX sur les erreurs d'identité-vigilances lors de la distribution de médicament, la RMM sur la surveillance cardio-métabolique et biologique d'un traitement neuroleptique et les audits sur le dossier patient. En

conclusion, une déclinaison opérationnelle structurée du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est retrouvée grâce à la mise en œuvre des programmes spécifiques à chaque processus et à ceux pilotés par le COMEDIMS, la CIV, le COPIL EPP, CREX, RMM.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

A l'échelle de l'établissement, la qualité et l'efficacité du processus sont évaluées à périodicité définie. Cette évaluation globale est réalisée par le pilote du processus: sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues des pilotes de chaque processus; et/ou sur la base d'évaluations réalisées à l'échelle de l'établissement par les différentes commissions qualités/gestion des risques. On retrouve des indicateurs de qualités adaptés et chiffrés, fixés à l'avance avec un seuil de résultat attendu. Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration est réalisé deux fois par an en COPIL qualité gestion des risques, en CME et est présenté en staff de direction en présence des actionnaires. En conclusion, on retrouve: une évaluation du système de management de la qualité et la gestion des risques en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de résultats et une évaluation de la satisfaction des usagers en lien avec la CRU. Ainsi, l'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de son programme sur la base d'outils identifiés (tableaux de bord, bilan d'activité, EPP).

A / AGIR

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

La politique générale de management de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la stratégie de développement de l'EPP sont révisées. Le PAQSS est réajusté en fonction des résultats des évaluations. De nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont définis en COPIL et validés par la CME puis par le staff de direction en présence des actionnaires. Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites sous la forme de tableau d'affichage, d'un dossier partagé informatique Soins et de réunions mensuelles d'équipe. L'établissement rend compte de ses démarches d' EPP devant ses instances et informe les professionnels des résultats obtenus. En conclusion, les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

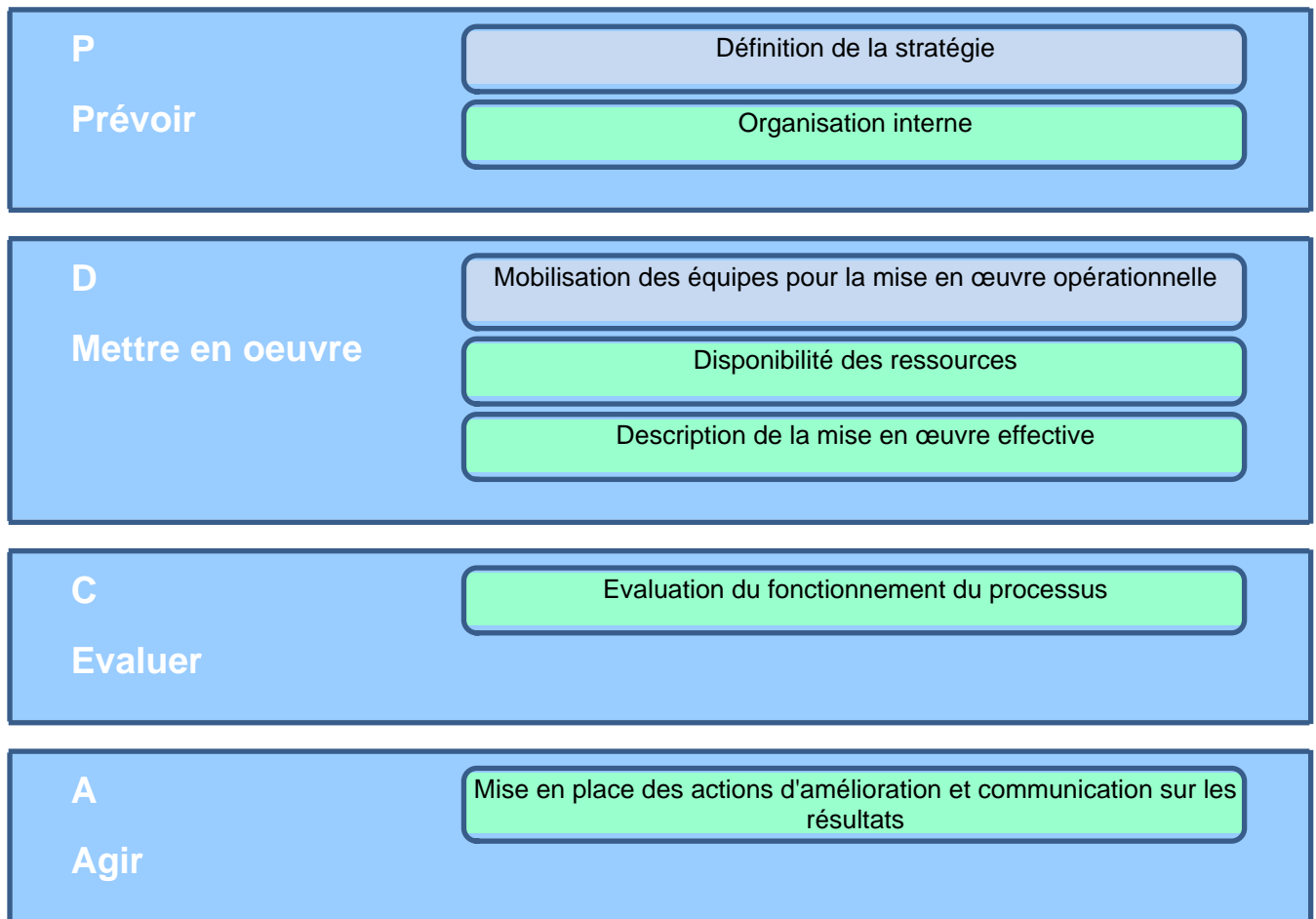
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement. On retrouve les dimensions de bienveillance, de dignité, d'intimité, de confidentialité, de respect des libertés individuelles dans les projets de l'établissement. Les projets en lien avec la thématique du respect des droits des patients sont présentés en CRU. On retrouve également un groupe de réflexion éthique-bienveillance qui est saisi des problématiques de droit et d'information des patients. Cette politique est déclinée dans une charte des droits du patient élaborée pour la période 2016-2018. Cette politique est validée par les instances et en premier lieu par la CRU. Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU. De plus, les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont identifiées. Et les projets architecturaux réalisés ont intégré le respect de la dignité et de l'intimité du patient. De fait, il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques propres à l'établissement et totalement en phase avec la population accueillie. Enfin, cette politique est déclinée dans un programme d'action institutionnel formalisé et priorisé sous forme de fiche action- projets. Ce programme est le point d'entrée des priorités présentées dans le compte qualité. Un plan d'action sur la promotion des droits des patients, promotion de la bienveillance, respect des libertés individuelles est donc retrouvé dans le programme qualité gestion des risques.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. C'est un médecin psychiatre formé aux respects des droits des patients qui pilote le processus en articulation avec la CRU qui est en place. Le rôle et les responsabilités du pilote au sein du processus sont identifiés et formalisés dans une fiche de mission datée et signée par le pilote. Les formations des professionnels aux droits des patients bienveillance, dignité, intimité, confidentialité, des libertés individuelles sont intégrées au plan de formation. Les processus indispensables à la mise en œuvre du respect des droits des patients sont identifiés et formalisés. La gestion des plaintes est organisée. L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent sont formalisés. L'organisation permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soin est retrouvée. Un dispositif d'information des patients et des familles sur l'état de santé et les soins proposés est formalisé. Les projets, l'organisation et les pratiques de la prise en charge permettent le respect des libertés individuelles. Par ailleurs, l'établissement ne comportant pas de chambre de soins intensifs et ne pratiquant pas la contention, on retrouve une procédure qui encadre bien les pratiques et la prescription médicale d'une contention en urgence d'un patient avant transfert sur établissement de santé mentale de référence. L'information des patients et des familles sur leurs droits et les missions de la CRU est en place. Elle repose sur l'information contenu au sein du livret d'accueil et sur l'information portée par les représentants des usagers. La gestion des interfaces est organisée et notamment l'articulation entre la gestion des plaintes et les la gestion des événements indésirables. Par ailleurs, on retrouve un plan de programmation de travaux, de maintenance des infrastructures et d'achat de matériel en adéquation avec les besoins nécessaires pour préserver l'intimité, la dignité et la liberté d'aller et venir des patients. Au final, au regard et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation), matérielles (locaux, équipements, maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les projets médicaux et/ou des secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier de la liberté d'aller et venir (limitation de contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.). De fait, les projets de prise en charge prennent en compte les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect. Ainsi, compte tenu des risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action. Citons comme exemple le REX effectué sur la restriction des libertés qui a donné lieu à un plan d'action connu par les soignants. Les responsables des secteurs d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le respect des droits des patients lors d'événement indésirables graves et périodiquement lors des réunions de services. Les soignants rencontrés lors des visites connaissent le compte qualité. Le management de proximité ou le responsable médical de secteur s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de dysfonctionnements.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des actions de formation à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre. C'est le cadre de santé et le médecin psychiatre pilote du processus qui forment les soignants et qui animent le comité de réflexion éthique et bientraitance. A ce jour, 90 % des soignants sont formés en interne. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Les professionnels sont formés à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins. Les locaux d'hospitalisation, les salons à la disposition des patients et les salles d'animation sont en adéquation avec le respect de la dignité et de l'intimité des patients. La rénovation de l'ancien bâtiment a intégré cette dimension ainsi que la dimension du respect des libertés individuelles. Les conditions matérielles sont assurées pour l'accueil des proches: lieu de convivialité, salle d'accueil et d'entretien avec les familles. On retrouve des espaces de détente pour les familles et des espaces spécifiques pour les annonces de situations difficiles. Les professionnels ont accès aux procédures diffusées par l'institution. En conclusion, les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessibilité et actualisée) sont disponibles dans les secteurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La réflexion bénéfico-risk et la recherche du consentement des patients concernant les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrée et tracée dans le dossier du patient lors de son entrée et à chaque rencontre avec la famille. De façon générale, les modalités de recueil de la volonté des patients et des familles sont définies. L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage. L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent. La participation du patient et parfois de la famille dans la construction et la mise en œuvre du projet de soin personnalisé est favorisée et tracée. Les soins, y compris les soins d'hygiène dans les chambres sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Les organisations et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient dans tous les secteurs d'hospitalisation. Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus. Enfin, la CRU se réunit à périodicité définie quatre fois par an comme en témoignent les comptes rendus. On retrouve aussi un règlement intérieur de fonctionnement. Néanmoins, les modalités de signalement des cas de maltraitance définis ne sont pas connues des secteurs d'activités. Les professionnels rencontrés ne connaissent pas les modalités de signalement des cas de maltraitance dans les deux services de soins car la diffusion n'est pas effectuée, le document étant en attente de validation par la CRU.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

On retrouve une évaluation périodique du respect des droits des patients, de la satisfaction du patient et de son entourage en lien avec la CRU dans les secteurs d'activités. Les modalités d'évaluation reposent sur l'implication des représentants des usagers et sont discutées au sein de la CRU. Par ailleurs, l'évaluation de la satisfaction des patients est assurée par l'analyse des questionnaires de sortie semestriellement avec un taux de retour de 70%. Cette évaluation périodique est suivie grâce à un dispositif d'évaluation reposant sur un tableau de bord intégrant des indicateurs qualité fixés, citons comme exemple le suivi du taux de dossier pour lesquels le consentement aux soins est tracé.

A / AGIR

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

La politique de bientraitance et de promotion/mise en œuvre des droits des patients est réajustée en fonction des résultats des indicateurs et du suivi du plan d'action associé. Les supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne auprès des professionnels grâce à la diffusion des comptes rendus de la CRU et de l'analyse des questionnaires de sortie sur un dossier informatique partagé Soins et grâce à la réunion mensuelle organisée par le cadre de santé dans chaque unité de soins. La participation de la CRU est formalisée notamment sa participation aux projets de l'établissement dans le cadre de son schéma directeur immobilier.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

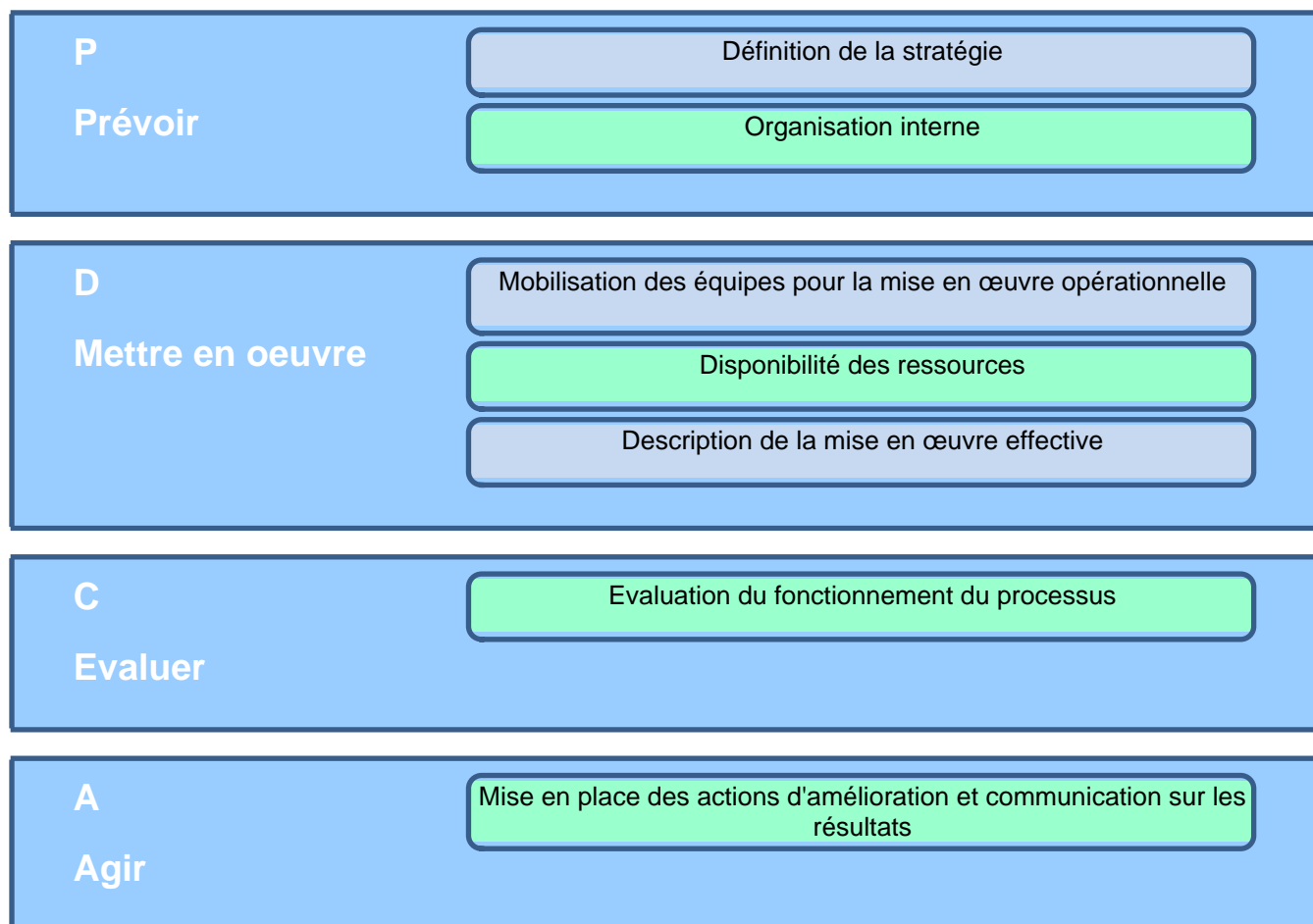
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

- organise et prend en compte les besoins de la population aux différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert) de la prise en charge des maladies aiguës, des maladies chroniques, des populations spécifiques ;
- structure et formalise les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux ;
- évalue ces prises en charge.

Les professionnels des secteurs d'activités grâce à un travail en équipe pluri professionnel et interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient et son entourage.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie d'établissement prenant en compte les besoins de la population en lien avec la politique régionale de santé. Le projet d'établissement, 2015/2018, dont le socle est le projet médical, est rédigé en adéquation avec les orientations et les priorités nationales et régionales. La clinique contractualise avec l'ARS Aquitaine les CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens), le dernier signé en 2012 allant jusqu'à 2017. Le projet médical comporte des objectifs maillés avec les besoins du territoire, en coordination avec les structures d'aval et d'amont avec lesquelles des liens sont tissés de longue date. Un projet médical spécifique sur le volet somatique est rédigé. Les orientations, reposant sur un volet architectural, sont la prise en charge de jeunes adultes, répondant à un besoin spécifique en hospitalisation de jour (filière spécialisée, programme d'éducation thérapeutique, d'accompagnement des aidants, et meilleure articulation des soins ambulatoires) et l'extension de la capacité en hospitalisation complète.

Le compte qualité reprend les risques déclinés au niveau de la prise en charge: l'évaluation du risque suicidaire, la prise en charge somatique, la prise en charge des patients souffrant d'addictions, le risque somatique, le risque de rupture dans les soins. Cette politique du parcours patient tient compte des moyens humains, financiers et des projets architecturaux nécessaires à la réalisation des objectifs. Le plan d'action qualité gestion des risques comprend les actions issues du compte qualité sur la thématique parcours patient. Des pilotes et des échéances sont spécifiés. Le suivi est assuré en CME.

ORGANISATION INTERNE

La CME est l'instance identifiée pour piloter et mettre en œuvre la politique « parcours du patient ». Elle se réunit de façon régulière avec l'établissement d'un compte rendu. Les pilotes de la thématique, reposant sur un triumvirat (direction médicale, administrative et soignante) disposent d'une fiche de mission. L'établissement ne dispose pas de service d'urgence mais un dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence existe. Le plan de formation intègre les thématiques du projet médical comme la prise en charge des patients souffrant de dépression, l'éducation thérapeutique. Des sensibilisations en interne sont faites par les équipes médicales. L'adéquation des compétences aux besoins de prise en charge est assurée. L'organisation du déploiement de l'éducation thérapeutique est effective avec le recensement des projets existants au niveau local, la définition d'enjeux pour l'institution (patients dépressifs), la formation des professionnels (effective en 2015), les actions éducatives ciblées notamment au niveau de la prise en charge médicamenteuse. La formation aux gestes et soins d'urgence est organisée en externe par le biais d'une convention avec un service d'urgence (trois jours de formation). La gestion documentaire papier recense les protocoles de prise en charge spécifique relatifs au parcours patient. Les règles d'astreinte afin d'assurer la permanence des soins sont définies. Le schéma directeur du système d'information prend en compte le programme Hôpital Numérique notamment en termes de sécurité et d'infrastructure informatique et organisationnelle. Le dossier patient informatisé, accessible, permet de gérer les interfaces et de faciliter la concertation entre les différents professionnels concourant à la prise en charge du patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Chaque patient est suivi par un médecin psychiatre référent et deux professionnels référents. Ces référents favorisent la mobilisation des équipes autour du programme d'amélioration du parcours du patient. Les unités d'hospitalisation déclinent des projets de service spécifiques en lien avec les objectifs généraux issus des projets médicaux et qualité/gestion des risques de l'établissement. Les cadres s'assurent de la conformité des pratiques avec une implication dans les démarches d'EPP, d'audits, de CREX, coordonnées en COPIL. Des réunions de service sont organisées pour traiter les réajustements organisationnels. Les équipes participent aux actions visant l'amélioration du parcours du patient par l'implication dans les rédactions de protocoles, la participation aux démarches d'EPP, aux audits. L'information est relayée aux équipes par la diffusion des compte rendu et affichages des résultats d'évaluation.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les plannings d'astreintes sont disponibles dans les unités de soins. Les nouveaux arrivants bénéficient d'un accompagnement et un classeur leur est dédié en termes d'information sur le fonctionnement de l'institution notamment les instances réglementaires. La formation des professionnels répond aux spécificités de la prise en charge. Les nouveaux professionnels de santé bénéficient de la formation

AFGSU et des formations aux gestes d'urgence.

Les procédures actualisées et validées sont disponibles au niveau des classeurs qualité, présents dans les unités. Le matériel informatique répond aux besoins des utilisateurs en termes d'ergonomie et de disponibilité. Deux sacs d'urgence, facilement mobilisables, sont présents dans les deux unités de soins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge du patient est déclinée dans un projet de soins personnalisé, avec une évaluation initiale réalisée par le psychiatre "réfèrent" le jour de son arrivée. Une consultation par le médecin généraliste est assurée au plus tard le lendemain de l'arrivée, et/ou sur demande du psychiatre en cas de problématique somatique aiguë. Le recours à l'avis de spécialistes extérieurs est effectif si besoin. Un ECG est systématiquement réalisé pour tous les patients. Le projet de soins est élaboré, en concertation avec le patient et son consentement est recueilli par le médecin psychiatre, lors d'un colloque singulier. Le projet de soins personnalisé et concerté intègre la réflexion bénéfice- risque. Le risque nutritionnel est évalué et permet notamment le dépistage du syndrome métabolique. Le risque suicidaire est évalué au niveau médical et une conduite à tenir est déclinée. Les activités de rééducation sont articulées avec le projet de soins. Le secteur d'animation (ergothérapeute, animatrice, éducateur sportif) décline une prise en charge répondant aux objectifs fixés par le psychiatre, en complément des actions de l'ensemble de l'équipe soignante. Ce que confirme l'investigation par la méthode du patient traceur. L'accueil du patient est réalisé par la secrétaire médicale et administrative, avec orientation dans le bureau du médecin psychiatre, puis vers un professionnel soignant, qui devient référent du patient. Un document d'information est remis au patient : celui-ci mentionne le nom du médecin référent, des deux professionnels infirmiers référents, les dates et heures des entretiens médicaux et infirmiers, l'organisation générale des soins. Cette information complète l'information délivrée par le biais du livret d'accueil. Les procédures d'identitovigilance sont mises en œuvre : une photocopie de la carte d'identité, insérée dans le dossier patient, est réalisée à chaque hospitalisation. Les soignants mettent en œuvre la vérification de l'identité avant tout acte thérapeutique. L'évaluation initiale et continue de l'état de santé est réalisée par le psychiatre référent qui assure des visites médicales quotidiennes. Des staffs pluridisciplinaires sont organisés les mardis et jeudis, ce qui permet de réajuster le projet personnalisé de soins. Des temps de transmissions orales inter équipes, des transmissions ciblées permettent de coordonner les actions soignantes et d'assurer la continuité des soins, ce qui est confirmé par les évaluations patient traceur. Le système de garde et d'astreinte est opérationnel dans les unités.

La procédure de prise en charge des urgences vitales est définie et appliquée par les professionnels. Le matériel d'urgence bénéficie de contrôles réguliers effectués selon la procédure. La sortie du patient est organisée en associant les partenaires extérieurs. Les professionnels infirmiers référents s'assurent de la prise en charge sociale en l'absence de service social.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en place un dispositif d'évaluation périodique de l'ensemble du processus Parcours du patient. L'ensemble des indicateurs, recueilli mensuellement, est suivi en COPIL. Un tableau de bord recense des indicateurs de résultats et de qualité. Les démarches EPP sont développées au niveau du parcours du patient et sont orientées sur les risques et les pathologies accueillies comme par exemple l'évaluation du risque du syndrome métabolique. La méthode du patient traceur a été utilisée afin d'évaluer le parcours patient.

A / AGIR

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

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par le COPIL, qui fait état des résultats au niveau de la CME. Il existe un dispositif structuré d'actions d'amélioration. En effet, un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé par le COPIL.

Par exemple, la réalisation de l'EPP sur les troubles cardio métaboliques et les neuroleptiques a conduit l'équipe médicale à décider de la mise en place d'ECG systématique à l'entrée du patient. L'EPP sur les troubles du sommeil, a permis aux IDE de nuit d'élaborer un questionnaire-sommeil. Les résultats sont communiqués en interne et en externe (aux usagers).

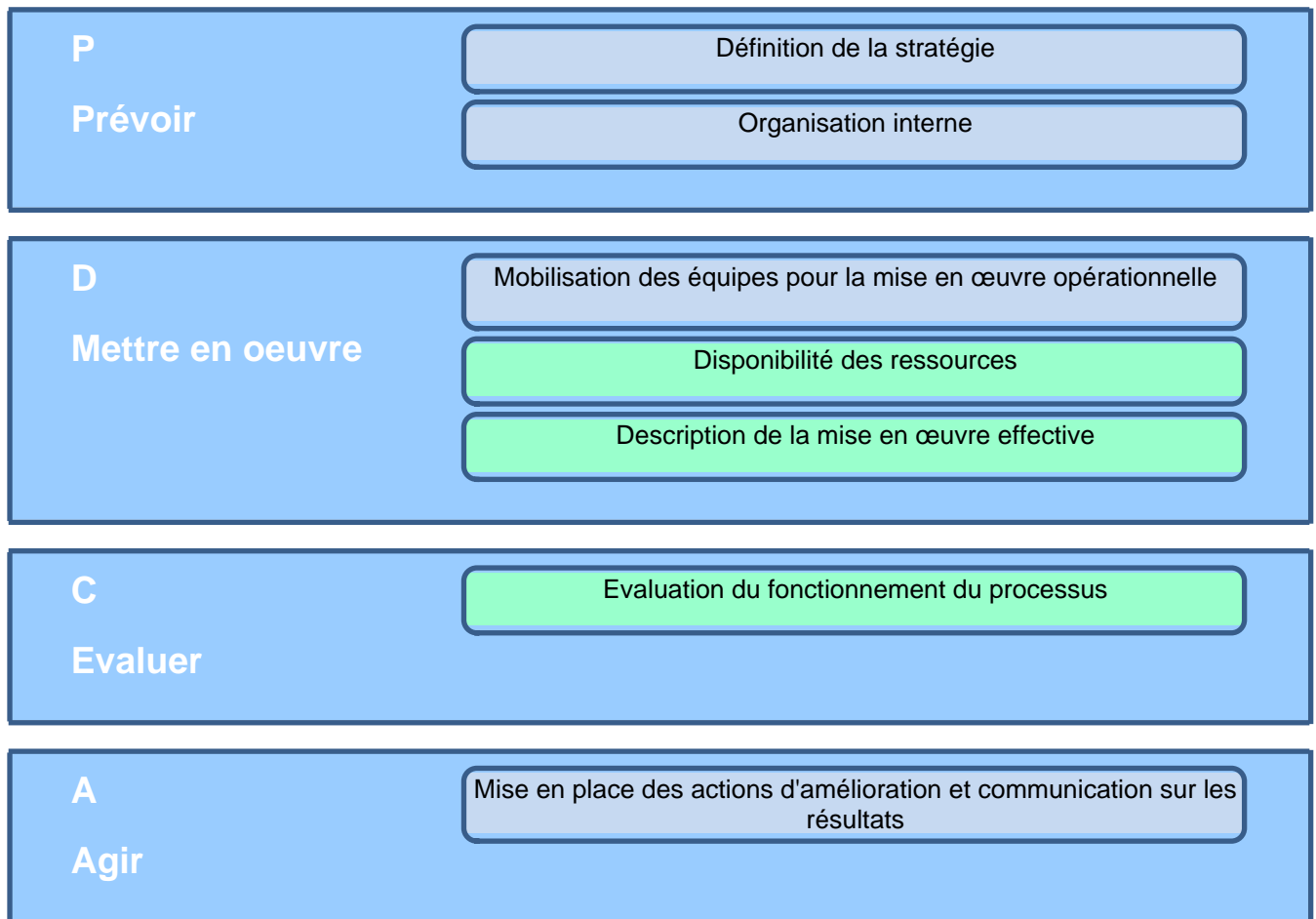
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique du dossier patient qui est revue en tant que de besoin. Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et l'analyse des risques. Elle est validée par les instances notamment la CME et le COPIL qualité gestion des risques et révisée au moins annuellement. Elle fixe des objectifs d'amélioration précis et mesurables déclinés pour ceux qui le nécessitent, par services. Cette politique couvre la gestion du dossier du patient avec un souci particulier sur la dimension d'identito-vigilance, l'accès du patient à son dossier ainsi que les axes indispensables au programme Hôpital numérique. Elle est diffusée à l'échelle de l'établissement. La mise en œuvre de cette politique est déclinée en un programme d'amélioration formalisé et priorisé. Le programme est présenté annuellement aux instances dont la CRU. Il est articulé au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et est le point d'entrée du compte qualité. Il existe donc une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement validée par les instances concernées et déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

On retrouve une organisation pour piloter et mettre en œuvre la politique du dossier patient. C'est un médecin psychiatre et le cadre de santé responsable de soins de l'institution qui pilotent le processus. Leur rôle et leur responsabilités sont identifiés et formalisés dans une fiche de mission signée. Le dossier patient est totalement informatisé et l'interface entre le logiciel de gestion administrative et celui de gestion du dossier patient est en place. Cette interface permet la mise en œuvre des procédures d'identito-vigilances retrouvées. Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier du patient sont définies en fonction de leur profil métier. Un identifiant personnel est nécessaire avec une réactualisation tous les trois mois. C'est le médecin responsable du processus qui habilite les droits en lien avec la technicienne de l'information médicale. Le dossier patient étant informatisé, l'établissement a défini un système de communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge des patients et avec les correspondants externes en temps utile. La notion de temps utile est définie par l'établissement. Par ailleurs, l'établissement est en phase de mise en œuvre de la messagerie MSS santé. L'établissement a défini les outils et l'organisation permettant à l'ensemble des intervenants de tracer les éléments constitutifs de l'ensemble des étapes de la prise en charge grâce à l'informatisation du dossier patient. On retrouve les modalités de fonctionnement dégradé du dossier patient informatisé en cas d'indisponibilité programmée ou accidentelle du système. L'établissement dispose d'un plan de reprise de l'activité et la nomination avec fiche de mission d'un responsable du système de sécurité informatique est effective. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre les professionnels et entre secteurs d'activités grâce à l'informatisation du dossier patient. Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées: responsabilités, tenue, confidentialité, composition, utilisation accessibilité en temps utile et archivage. De plus, les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés et sont intégrés dans le plan de formation de l'établissement. Par ailleurs, l'établissement a identifié et organisé son système d'archivage. Pour les dossiers patients informatisés depuis 2012, l'établissement dispose d'une double sauvegarde sur deux serveurs en miroir dans deux salles sécurisées et distinctes. Le local d'archivage pour les dossiers papier antérieurs à 2012 est conforme. De fait, l'établissement assure la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. Enfin, l'établissement organise l'accès du patient à son dossier et l'information sur ses droits d'accès conformément à la réglementation. Les modalités spécifiques d'accès au dossier en psychiatrie sont définies. On retrouve les droits d'accès au dossier au sein du livret d'accueil. En conclusion, au regard des missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration: elles connaissent les objectifs définis au sein de leur secteur et les mesures à mettre en place, elles participent à l'élaboration des protocoles, aux évaluations du dossier dans le cadre des indicateurs IPAQSS et à la déclaration des événements indésirables. Elles ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité sur le dossier du patient et aux résultats des évaluations sur la thématique concernée. Des temps collectifs sont prévus avec la cadre de santé pour échanger sur les résultats. Les responsables s'assurent de la

conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats des indicateurs etc.). Des audits sur les dossiers patients sont menées avec les équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences des professionnels sont disponibles. Les professionnels en poste, les remplaçants /intérimaires et les nouveaux arrivants sont formés par la cadre de santé à l'utilisation du logiciel du dossier patient et par un médecin psychiatre pour les nouveaux médecins. Un guide du dossier patient informatisé est formalisé. Ainsi, on retrouve donc une mise à disposition d'outils et des formations des professionnels à la gestion du dossier patient. L'outil informatique permet de créer, tracer, archiver et accéder en temps utile aux éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient .

Les règles de tenues et d'accès au dossier sont accessibles et connues des professionnels concernés. Les modalités dégradées de fonctionnement du dossier patient informatisé prévues sont accessibles et connues par les professionnels des secteurs d'activités. Les ressources informatiques présentes dans les secteurs d'activité sont adaptées et suffisantes. En conclusion, les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) sont disponibles dans les secteurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

On retrouve la traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps utile dans le dossier du patient. Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient, son numéro d'identification et le nom du professionnel grâce à l'informatisation du dossier.

Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées, l'identité du prescripteur est mentionnée grâce à l'identifiant personnel du praticien. La communication du dossier entre des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est assurée en temps utile, notamment en cas de transfert ou mutation. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité. L'accès du patient à son dossier est réalisé dans les délais réglementaires. En conclusion, les secteurs connaissent l'organisation définie. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

A l'échelle de l'établissement, c'est le médecin psychiatre et la cadre de santé responsable du processus en lien avec la technicienne de l'information médicale qui assurent le suivi de la qualité de l'efficacité du processus de gestion du dossier patient. Cette évaluation repose sur des tableaux de bord d'indicateurs. Ces tableaux de bord comprennent des indicateurs nationaux, régionaux et locaux (IPAQSS ; IHM, etc.). Citons comme exemple le suivi du taux de charte de confidentialité signée par chaque utilisateur du logiciel ou le suivi périodique de l'IPAQSS TDP: tenue du dossier patient. Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière au sein des instances et au cours des réunions hebdomadaires médicales ou mensuelles avec les équipes de soins. L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients, notamment à l'aide d'indicateurs (suivi du nombre de demandes de dossier, délai d'accès au dossier, etc.) est en place.

A / AGIR

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

L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins non totalement satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque. La politique de gestion du dossier du patient est ajustée en fonction des résultats des indicateurs et du suivi du plan d'action associé. Le programme d'amélioration associé est suivi et réajusté deux fois par an en COPIL en fonction des résultats des évaluations, intégré au programme global qualité et gestion des risques. De fait, des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des évaluations réalisées. Il existe aussi un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites via le dossier partagé informatique Soins, les tableaux d'affichage et les réunions avec les soignants. Enfin, l'établissement met en œuvre un processus d'information de la CRU sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier.

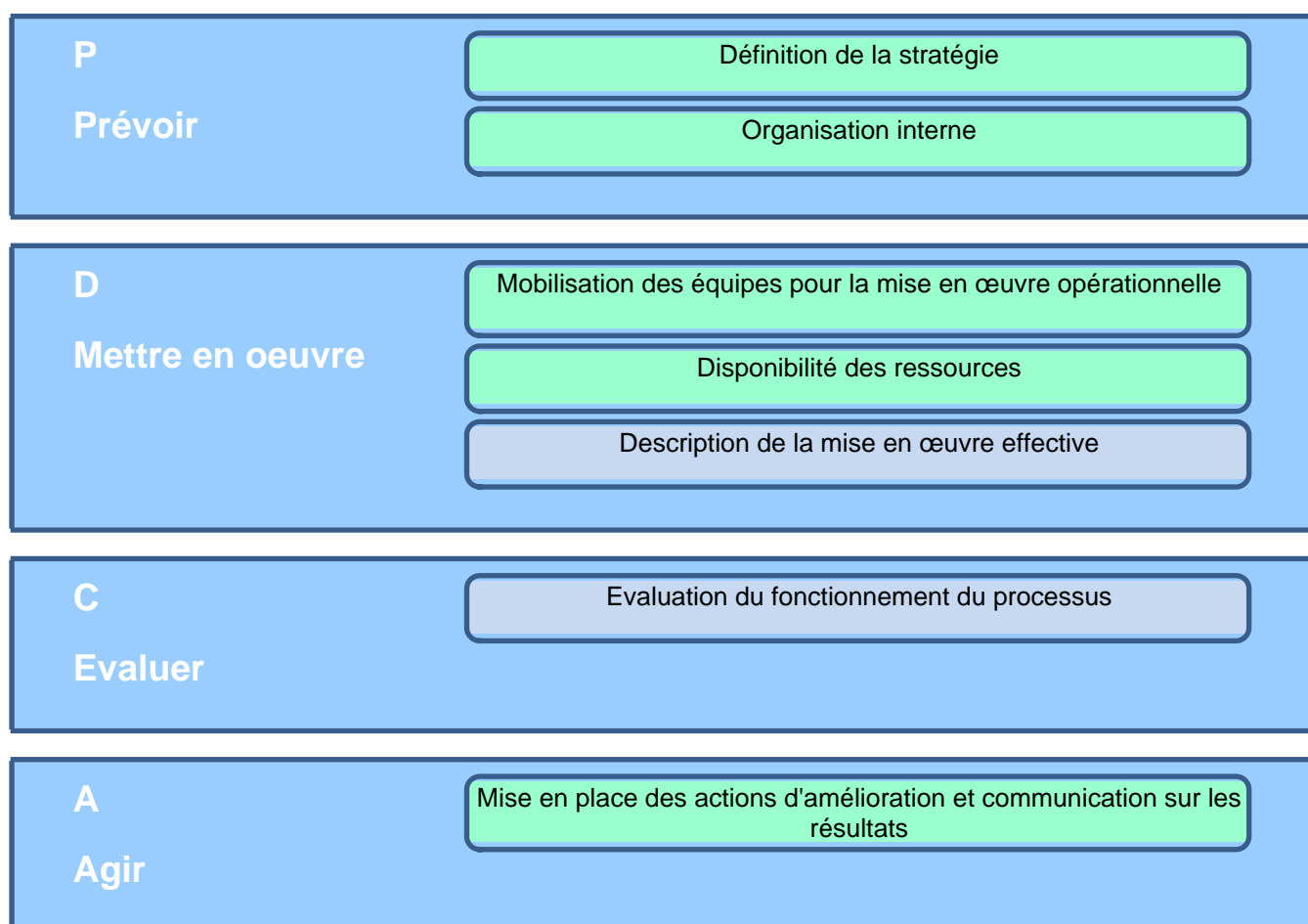
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est formalisée. Elle structure les actions en matière de sécurisation du circuit du médicament. Des dispositions spécifiques à la personne âgée sont inscrites dans une politique de juste prescription. L'identification des besoins et l'analyse des risques est faite notamment à partir de la législation inhérente à l'arrêté du 6 avril 2011, des événements indésirables et des indicateurs nationaux. Le compte qualité est articulé avec le programme d'amélioration de la sécurité des soins avec la définition d'objectifs, d'actions, d'échéances et de modalités de suivi. Le programme est présenté en COMEDIMS et le COVIR est l'instance chargée du suivi des risques, y compris médicamenteux.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage est effectif au sein de la COMEDIMS. Le pilote du processus possède une lettre de mission. L'établissement s'assure de la qualification des professionnels habilités à prescrire et à administrer. Des besoins en formation continue sont identifiés au niveau des professionnels concourant au processus. Les procédures sont élaborées en associant les professionnels et les modes de diffusion généralisés. Il existe un plan d'achats, de maintenance au niveau du matériel informatique, des différents équipements et locaux nécessaires à la mise en oeuvre du processus. La gestion des circuits et des interfaces est définie avec un rôle important de la pharmacienne et de la cadre de santé. Des actions de sensibilisation aux erreurs médicamenteuses sont organisées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur. Les équipes sont mobilisées et le pilotage opérationnel de la qualité de la prise en charge médicamenteuse au niveau des unités est assuré par la cadre de santé en lien avec la pharmacienne. Les équipes sont impliquées dans le signalement des événements indésirables et la participation aux retours d'expérience. L'outil interdiag est utilisé à périodicité annuelle. L'accessibilité aux indicateurs est effective au niveau de panneaux d'affichage situé au niveau des deux unités.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences des professionnels sont développées au cours de formations menées sur la sécurisation du circuit. Des actions de sensibilisation aux risques d'erreur médicamenteuse sont menées en interne par la pharmacienne. Les protocoles sont accessibles aux professionnels et sont actualisés: un classeur regroupant toutes les procédures est disponible dans les unités de soins. Les réunions mensuelles réalisées par l'encadrement soignant permettent la diffusion des procédures aux équipes soignantes. Le matériel informatique, les chariots de médicaments, les malles de transports sont en nombre suffisant et opérationnels. Les armoires à pharmacie des unités de soins, y compris les coffres où sont rangés les médicaments stupéfiants, répondent aux besoins de stockage et sont munis d'un système de fermeture à clé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le déploiement de la prise en charge médicamenteuse informatisée est effectif au niveau des unités de soins depuis 2011. La PUI est ouverte du lundi au vendredi, de 9H à 12H30. La dispensation est globale sous forme de dotations. Des réajustements, suite à une modification de prescription, se font à chaque jour de présence de la pharmacienne. Toutes les prescriptions sont faites par des médecins habilités à prescrire dans l'institution.

L'analyse du traitement complet est réalisée. Un livret thérapeutique, une base de données de médicaments, les procédures, l'identification des médicaments à risque sont tout autant d'éléments qui concourent à l'information des professionnels médicaux et infirmiers. Des règles et le support de prescription informatique sont suivis par les médecins prescripteurs. La continuité du traitement dont disposait le patient à l'entrée est assurée. Une procédure est formalisée et les traitements sont rangés dans la PUI après avoir fait l'inventaire avec le patient. Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments (hygiène, sécurisation, chaîne du froid, etc.), particulièrement des médicaments à risque sont mises en oeuvre.

Le transport des médicaments se fait dans des caisses scellées de la PUI vers les unités de soins et inversement pour les retours.

Les armoires à pharmacie, les réfrigérateurs servant à la conservation des médicaments, les deux sacs d'urgence, sont contrôlés au niveau de la gestion des périmés, une fois par mois, de façon alternée par les

professionnels infirmiers. Les infirmiers administrent le traitement, à partir du pilulier, reconstitué quotidiennement par patient, par les professionnels de nuit. Chaque patient est invité à rentrer dans la salle de soins, à décliner son identité pour l'administration du traitement. La traçabilité de l'administration est faite en temps réel par les professionnels infirmiers. L'information des patients sur le bon usage des médicaments est assurée par les médecins/infirmiers et la réflexion bénéfique/risque est tracée. Des documents d'information sont diffusés sur les effets secondaires des médicaments comme la photosensibilisation (par période de forte chaleur, en été). Avant toute permission, une action éducative est faite afin de déterminer le niveau d'appropriation de la connaissance du traitement par les patients. La culture positive de l'erreur est favorisée par une rétro information du suivi des erreurs médicamenteuses déclarées ainsi que par la participation des professionnels aux retours d'expérience.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en place un dispositif d'évaluation globale du processus Management de la prise en charge médicamenteuse du patient. Le processus est évalué sur la base d'indicateurs suivis à périodicité définie comme le taux de validation des prescriptions, le nombre d'événements indésirables, le nombre de CREX. Une autoévaluation a été réalisée dans le cadre des objectifs de l'annexe du CPOM, lors du bilan intermédiaire avec l'ARS en nov 2014. L'utilisation de l'outil INTERDIAG permet un suivi qualitatif en interne afin d'évaluer le suivi des plans d'actions mis en œuvre. Le bilan et le suivi sont assurés par la COMEDIMS et le COVIR. Deux EPP sont en lien avec la thématique comme la pertinence de la prescription dans les troubles du sommeil et la surveillance du syndrome métabolique lié aux neuroleptiques.

A / AGIR

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

La mise en place et le suivi des actions d'amélioration sont effectifs. La révision de la politique est faite notamment en fonction des événements indésirables et les actions sont intégrées au programme global de sécurité des soins. Les résultats des indicateurs sont disponibles sur des panneaux d'affichage à destination des professionnels.