



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION**  
**CENTRE HOSPITALIER**  
**SPÉCIALISE LA CHARTREUSE**

Direction qualité risques usagers/direction des affaires  
générales

1 boulevard chanoine kir - bp1514

21000 Dijon

AVRIL 2015

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	10
1. NIVEAU DE CERTIFICATION	10
2. DÉCISIONS	10
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	10
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.	10
5. ACCRÉDITATION DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE	10
6. SUIVI DE LA DÉCISION	10
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	11
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	11
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	11
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	33
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	38
<b>ANNEXE</b>	44

# 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"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>
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"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>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).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul>
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

CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE	
Adresse	Direction qualité risques usagers/direction des affaires générales 21000 Dijon
Département / région	COTE-D'OR / BOURGOGNE
Statut	CHS / EPSM
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	710014028	GCS - E-SANTE-BOURGOGNE	5 rue georges maugéy 71100 CHALON SUR SAONE
GCS de moyens	210011904	GCS - USCPP DIJON	8 rue paul gaffarel 21000 DIJON
Entité juridique	210780607	CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE	1 boulevard chanoine kir Bp 15 21000 Dijon
Etablissement de santé	210010666	CH LA CHARTREUSE-CMP CHENOVE	60 avenue du 14 juillet 21300 Chenove
Etablissement de santé	210007456	CH LA CHARTREUSE-LA FONTAINE AUX BERLINGOTS	2 rue en treppey 21000 Dijon
Etablissement de santé	210987939	CH LA CHARTREUSE- LES VERGERS	83 rue du faubourg raines 21000 Dijon
Etablissement de santé	210986204	CENTRE DE GUIDANCE INFANTILE - OMBRELLE CH BEAUNE	Rue jean belin 21200 BEAUNE
Etablissement de santé	210002168	CH LA CHARTREUSE-CATTP BACHELARD	2 allée de beauce 21000 Dijon

Etablissement de santé	210005708	CH LA CHARTREUSE-LUCIE EN CARROIS	1 route de dijon 21121 Fontaine Les Dijon
Etablissement de santé	210010625	CH LA CHARTREUSE- CARNOT	9 boulevard carnot 21000 Dijon
Etablissement de santé	210985214	CH LA CHARTREUSE-SMPR	72 rue auxonne 21000 Dijon
Etablissement de santé	210010567	CH LA CHARTREUSE-LES RONDEAUX	9 rue giono 21000 Dijon
Etablissement de santé	210007571	CH LA CHATREUSE- ARLEQUIN	2 rue henri dunant 21200 Beaune
Etablissement de santé	210010633	CH LA CHARTREUSE- VILLA DES PERRIERE	37 boulevard de l'ouest 21000 Dijon
Etablissement de santé	210008512	CH LA CHARTREUSE - COTEAUX DU SUZON	8 avenue de la concorde 21000 Dijon
Etablissement de santé	210002259	CH LA CHARTREUSE- ATELIER THERAPEUTIQUE ARDOR	47 rue de jouvence 21000 Dijon
Etablissement de santé	210010617	CH LA CHARTREUSE- CHATEAU DE PROST	Rue du chateau 21130 Auxonne
Etablissement de santé	210002069	CH LA CHARTREUSE - CMP/CATTP BEAUNE	60 rue du faubourg madeleine 21200 BEAUNE
Etablissement de santé	210010690	CH LA CHARTREUSE-CMP GENLIS ISCO	30 avenue general de gaulle 21110 Genlis
Etablissement de santé	210002028	CH LA CHARTREUSE-CMP QUETIGNY	20 rue du cap vert 21800 Quetigny

Etablissement de santé	210007431	CH LA CHARTREUSE - BEAUCE EN VERGY	30 avenue marechal Iyautey 21000 Dijon
Etablissement de santé	210002119	CH LA CHARTREUSE- UPSILON	31 rue sambin 21000 Dijon
Etablissement de santé	210987632	CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE	Direction qualité risques usagers/direction des affaires générales 1 boulevard chanoine kir - bp1514 21000 Dijon
Etablissement de santé	210010641	CH LA CHARTREUSE-CMP LONGVIC	2 route de dijon 21600 Longvic
Etablissement de santé	210010591	CH LA CHARTREUSE- CMP/CATTP/HDJ SEURRE	Rue de 8 mai 1945 21250 Seurre
Etablissement de santé	210981809	CH LA CHARTREUSE-MAISON MATISSE	9 rue de la confrerie 21121 Fontaine-Les-Dijon

### Activités

Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de place d'hospitalisation partielle
MCO	Médecine	18	/
Santé mentale	Psychiatrie générale	310	97
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	/	56
SLD	SLD	42	/

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

- Accréditation laboratoire (COFRAC) prévu en Novembre 2016

### Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements

- Convention particulière de coopération pour la réalisation du programme Hôpital du Futur 2012 – CHU Grenoble  
- Pré-Accord cadres avec le CHU de DIJON  
Document regroupant toutes les conventions passées avec le CHU de Dijon.  
- CHU DIJON « Prestation lavage du linge »  
- Convention de prestation de stérilisation par l'Unité de Stérilisation Centrale Dijonnaise DIJON pour le CH La Chartreuse

(Groupement de Coopération Sanitaire)  
- Groupement de Coopération Sanitaire E santé Bourgogne Conseil  
Régional de Bourgogne

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	- Addictologie (médecine) depuis Octobre 2013

# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé :

## 2. Décisions

### Obligation d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

### Recommandation d'améliorations

Management de la qualité et des risques  
Parcours du patient  
Dossier patient

## 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. Accréditation des laboratoires de biologie médicale

## 6. Suivi de la décision

# 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	H ou F	Médecine addictologique	A définir par l'EV en charge du patient traceur	Hospitalisation Programmée	A définir par l'EV en charge du patient traceur	Santé mentale
2	"H ou F Patient démunie si possible"	Pôle A	A définir par l'EV en charge du patient traceur	Hospitalisation Programmée	A définir par l'EV en charge du patient traceur	Santé mentale
3	"Enfant (G ou F) 3 à 11 ans"	H.D.J. pour adolescents Le prisme	A définir par l'EV en charge du patient traceur	Hospitalisation Programmée	A définir par l'EV en charge du patient traceur	Santé mentale
4	"H ou F Maladie chronique si possible"	Pôle D	A définir par l'EV en charge du patient traceur	Hospitalisation Programmée	A définir par l'EV en charge du patient traceur	SLD

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

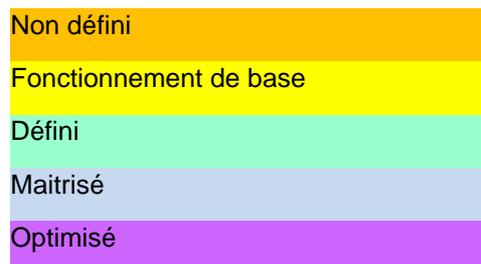
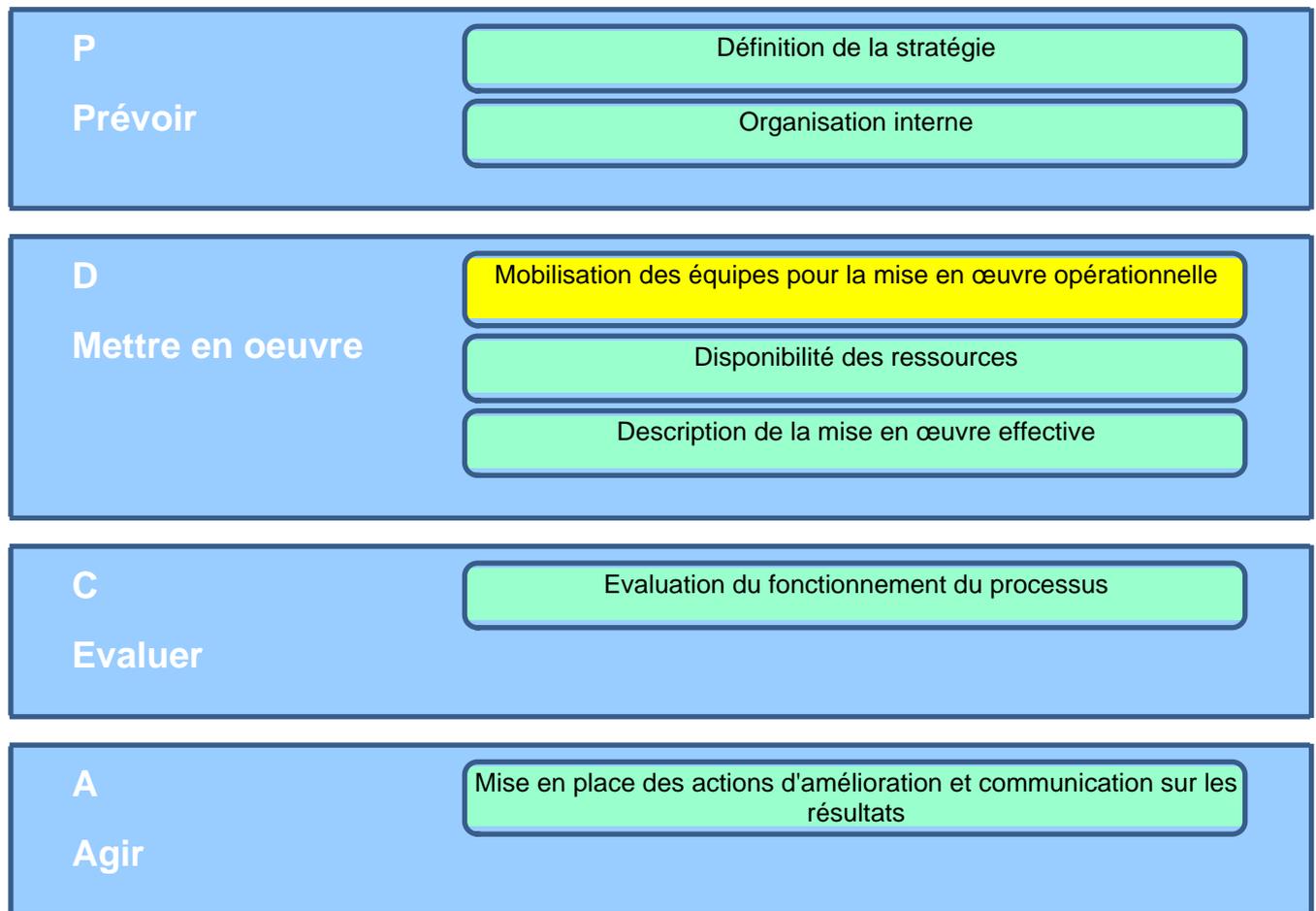
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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 d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques au CH La Chartreuse. Celle-ci est inscrite dans les orientations stratégiques du CPOM (volet qualité sur 10 thématiques) et du projet d'établissement. Elle intègre la stratégie EPP définie dans l'établissement, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise (plan blanc). Elle est déclinée dans 7 axes d'amélioration qui précisent les actions à mettre en œuvre à partir de l'identification des besoins et d'une analyse des risques de l'établissement. Chaque axe se décline en objectifs d'amélioration adaptés au contexte et aux spécificités de l'établissement. Des objectifs qualité à atteindre sont inscrits dans les contrats de pôle.

Cette politique est élaborée sur la base d'une identification des besoins et une analyse des risques avec des professionnels concernés. Les risques sont hiérarchisés selon une méthode et des échelles définies et sont reportés sur des tableaux de bord suivis régulièrement.

Toutefois, il n'y a pas eu d'analyse prospective sur l'extra hospitalier. La cartographie des risques n'a pas été travaillée avec les professionnels de l'extra hospitalier. Elle est davantage centrée sur l'évaluation des risques dans l'intra hospitalier, secteurs de psychiatrie.

La politique qualité se décline dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) et dans le compte qualité, tous deux validés par les instances. Néanmoins, le PAQSS ne rassemble pas l'intégralité des plans d'actions à mettre en œuvre en l'application de la politique qualité et sécurité des soins de l'établissement. Il existe divers plans d'actions dans les unités suite aux analyses d'EI. Certains ne sont pas intégrés au PAQSS institutionnel.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus qualité, basé sur les structures en charge de proposer et de mettre en œuvre la démarche qualité, gestion des risques et évaluation. Le pilotage stratégique est confié à la CME, au Directoire et à la Direction des Soins. Le pilotage opérationnel est porté par le COPIL Qualité et Risques et le Comité des Risques et des Vigilances/CLIN. 14 comités et 12 groupes opérationnels travaillent sur des thématiques définies.

La fonction de coordination de la gestion des risques est définie dans l'établissement, ses missions sont formalisées.

Les représentants des usagers participent à l'élaboration de la politique qualité et au pilotage de la démarche par leur implication au sein de la CRUQPC et d'autres instances (commission de surveillance, CHSCT).

Des formations et des séminaires sont organisés pour apporter aux professionnels les connaissances et informations nécessaires à la réalisation de leurs missions, et faire le point sur l'avancée des travaux des groupes. Un accompagnement méthodologique est assuré par les membres de la direction de la Qualité. Les plans de formation 2014 et 2015 intègrent des actions de formation dans le domaine de la qualité et gestion des risques, organisés à partir des besoins identifiés.

L'établissement organise la réponse à ses besoins en matière de ressources documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Il a défini un dispositif structuré de gestion documentaire informatisée, intégrant les procédures, protocoles, comptes rendus, formalisés. Une stratégie de communication est établie.

La gestion des plaintes et des réclamations est organisée et formalisée. Elle est en lien avec le dispositif de gestion des événements indésirables. Le dispositif de gestion des événements indésirables comporte différents circuits : la cellule d'analyse hebdomadaire, le groupe médicament, les services techniques.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

La politique Qualité sécurité des soins est déployée sur les secteurs d'activité. Elle repose sur le pilotage par le management du pôle qui s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Ils informent et sensibilisent les professionnels en utilisant différentes modalités de communication (réunions, notes, comptes-rendus, journal qualité -OQS-, plaquettes d'information...).

Les responsables de secteurs ou d'activité organisent les plans d'actions opérationnels, définis à partir de la déclinaison des actions institutionnelles et des risques identifiés. Cependant, la démarche d'identification et d'évaluation des risques a priori est peu appropriée par les professionnels de terrain. Des référents et des professionnels ont été formés. Toutefois, l'identification des risques a priori est une méthode récente et peu partagée encore avec les professionnels de terrain. La culture à la démarche d'identification des risques est en cours de diffusion et de formalisation.

Le retour d'information à la direction qualité sur les événements indésirables traités par les groupes ou

personnes responsables n'est pas systématiquement réalisé. Par exemple le groupe EPP suicide qui traite les EI liés aux tentatives de suicide ou suicide, ne fait pas remonter systématiquement le résultat du traitement de l'évènement à la direction qualité.

L'équipe qualité fait un retour régulier de l'avancée des différents projets et indicateurs aux cadres de pôles, aux médecins responsables de pôles, à la Direction des soins et au Directeur. Les indicateurs de qualité et sécurité des soins sont diffusés auprès des professionnels et disponibles pour les patients.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences que ce soit l'équipe qualité, les coordonnateurs des risques associés aux soins, et les pilotes de processus, sont formés aux outils de la qualité et gestion des risques. Des formations aux outils qualité et gestion des risques sont proposées en 2015.

La gestion documentaire informatisée (Info centre) est accessible à tout professionnel. Des classeurs de secours en cas de panne informatique sont dans les armoires des secrétariats des secteurs.

Afin d'inciter au signalement des évènements indésirables associés aux soins, une charte d'incitation à la déclaration est rédigée et diffusée auprès des professionnels.

Afin de faciliter le déploiement de la culture sécurité, des temps de travail, de séminaires, de formation, d'information, de communication et d'accompagnement sont organisés par la direction qualité. Les cadres sont des relais dans la diffusion de la culture sécurité auprès des professionnels de leur service. Lors des réunions d'équipe ou de service, ou par voie d'affichage, informent leurs collaborateurs des résultats d'audits et d'évaluation. En fonction de leur expertise ou de leur appétence, les professionnels sont sollicités pour participer à des EPP et/ou à des groupes de travail. Les ressources matérielles (locaux, équipements) sont également disponibles.

#### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations définies pour le fonctionnement et le management interne des processus qualité (organisation de CREX en lien avec le médicament, utilisation de la méthode Patient Traceur expérimentée dans plusieurs services, signalement des EI, RMM, gestion documentaire partagée, recueil de la satisfaction des usagers, EPP).

Le groupe de travail EPP/DPC est opérationnel et les secteurs d'activités mettent en œuvre des démarches EPP. Les résultats sont communiqués aux équipes.

L'exploitation des plaintes et réclamations est faite avec les professionnels des services concernés et sont systématiquement présentées en CRUQ. L'analyse des dysfonctionnements relevés dans les dossiers de réclamation, permet de mettre en place des actions d'amélioration. La cellule d'analyse se réunit toutes les semaines pour faire le point sur les FEI reçues et sur les actions en cours.

Les membres du CREX médicament mettent en œuvre des analyses des causes profondes en coordination avec les personnes concernées.

### **C / EVALUER**

#### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

Un Compte Qualité a été réalisé à partir de l'identification des besoins et la hiérarchisation des risques pour toutes les thématiques de la certification V2014. L'évaluation du processus management de la qualité/ gestion des risques repose sur un dispositif englobant le suivi des actions identifiées au programme institutionnel par la direction qualité, en lien avec les responsables identifiés (équipe auditeurs de l'établissement, pilotes des groupes). Les évaluations conduites sont structurées, elles font l'objet de mesures d'amélioration et les résultats sont communiqués aux pôles. Des indicateurs qualité sont définis et sont suivis par l'équipe qualité et par le management du pôle.

L'évaluation de la satisfaction des usagers se fait au travers des analyses de questionnaires de sortie et des enquêtes de satisfaction auprès des patients. Ces bilans sont présentés à la CRUQPC et aux instances.

L'analyse des causes profondes d'un évènement indésirable est essentiellement faite pour les EI liés au circuit du médicament (le CREX médicament a analysé 8 EI). Cependant, l'analyse des causes profondes n'est pas développée formellement pour d'autres types d'évènements indésirables, en particulier pour les évènements récurrents. Pour certains EI, des rapports circonstanciés et un recueil de données sont faits. Pour les éléments récurrents (violence) ou à risque majeur (suicide), il n'y a pas une analyse des causes profondes ou celle-ci n'est pas transmise à la direction qualité.

Les EI en lien avec la violence sont les plus nombreux (21%), mais il n'y a pas d'actions d'amélioration inscrites sur le PAQSS prioritaire, ni dans le compte qualité.

### **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration et d'ajustement suite aux résultats des évaluations faites par la direction

qualité, les responsables de groupe de travail, de service ou de pôle sont intégrées au PAQSS par la direction qualité. Cependant, l'efficacité du PAQSS n'est que partiellement évaluée : la direction qualité n'est pas toujours informée des actions menées par tous les responsables d'actions. Les pôles et les services techniques suivent leurs actions d'amélioration, suite à des évènements indésirables, des contrôles ou inspections, mais la coordination avec la direction qualité est partielle. Ainsi des actions d'amélioration peuvent être mises en place par les pôles, ou autres services, sans coordination avec la direction qualité. L'ensemble des plans d'actions ne conduit pas à réajuster systématiquement le programme et la politique de la qualité et de gestion des risques

Des actions de communication institutionnelle sur les résultats des évaluations conduites sont mises en place. Les résultats des indicateurs nationaux font l'objet d'une communication aux professionnels. Les usagers sont informés par voie d'affichage et par la CRUQPC.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	Le PAQSS ne rassemble pas l'intégralité des plans d'actions à mettre en œuvre en application de la politique qualité et sécurité des soins de l'établissement. Il existe divers plans d'actions dans les unités et suite aux analyses d'EI. Certains ne sont pas intégrés au PAQSS institutionnel.	8a
	PS	L'évaluation des risques a priori n'a pas concerné spécifiquement le secteur extra hospitalier. La cartographie des risques a priori est centrée sur l'évaluation des risques dans le secteur intra hospitalier de psychiatrie. Elle ne prend que partiellement en compte les risques a priori concernant le secteur extra hospitalier.	8d
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Le retour d'information à la direction qualité sur les événements indésirables traités par les groupes ou personnes responsables n'est pas systématiquement réalisé. Les événements indésirables traités par les groupes ou personnes responsables, ne font pas toujours l'objet d'un retour d'information à la direction qualité. Par exemple le groupe EPP suicide qui traite les EI liés aux tentatives de suicide ou suicide, ne fait pas remonter systématiquement le résultat du traitement de l'évènement à la direction qualité.	8f
	PS	La démarche d'identification et d'évaluation des risques a priori est peu appropriée par les professionnels de terrain. Des référents et des professionnels ont été formés. Toutefois, l'identification des risques a priori est une méthode récente et peu partagée encore avec les professionnels de terrain. La culture à la démarche d'identification des risques est en cours de diffusion et de formalisation.	8d
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Les événements indésirables récurrents font l'objet d'actions d'amélioration mais pas à partir d'une analyse des causes profondes.  L'analyse des causes profondes d'un événement indésirable est essentiellement faite pour les EI liés au circuit du médicament (le CREX médicament a analysé 8 EI). L'analyse des causes profondes n'est pas développée formellement pour d'autres types d'évènements indésirables, en particulier pour les événements récurrents. Pour certains EI, des rapports circonstanciés et un recueil de données sont faits. Pour les éléments récurrents (violence) ou à risque majeur (suicide), il n'y a pas une analyse des causes profondes ou celle-ci n'est pas transmise à la direction qualité. Les EI en lien avec la violence sont les plus nombreux (21%), mais il n'y a pas d'actions d'amélioration inscrites sur le PAQSS prioritaire, ni dans le compte qualité.	8f
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	L'efficacité du PAQSS est partiellement évaluée et l'ensemble des plans d'actions ne conduit pas systématiquement à réajuster le programme et la politique de la qualité et de gestion des risques.  La direction qualité n'est pas toujours informée des actions menées par tous les responsables d'actions. Les pôles et les services techniques suivent leurs actions d'amélioration, suite à des événements indésirables, des contrôles ou inspections, mais la coordination avec la direction qualité est partielle. Ainsi des actions d'amélioration peuvent être mises en place par les pôles, ou autres services, sans coordination avec la direction qualité.	8a



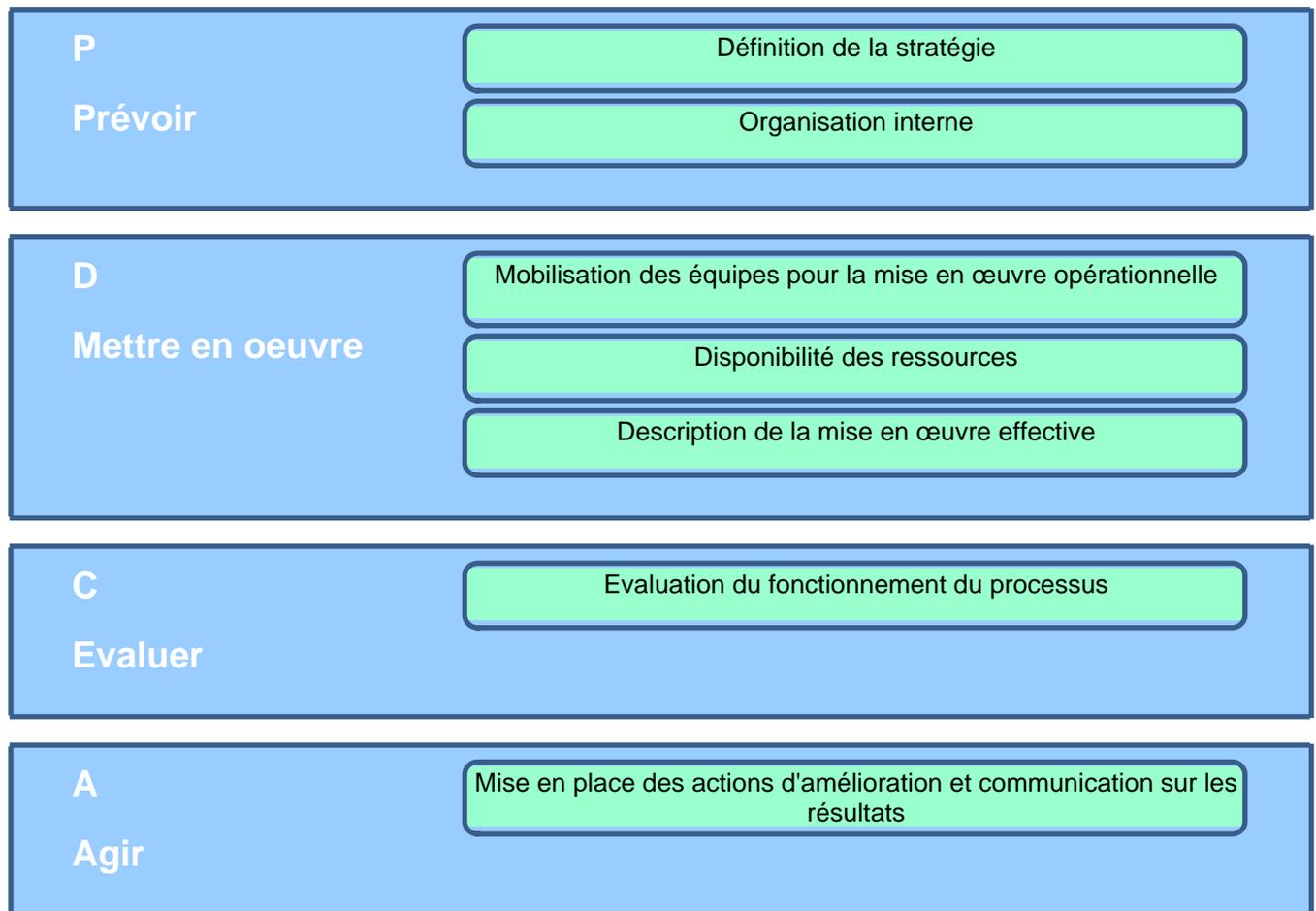
# DROITS DES PATIENTS

## 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 et les projets de l'établissement en association avec la CRUQPC. La promotion de la bientraitance est intégrée dans le projet d'établissement. Le projet qualité, inclus dans le projet d'établissement, consacre un axe à la promotion du respect des droits des patients et à l'amélioration de la bientraitance de l'écoute et de l'information des usagers. Les thématiques établies en fonction des travaux de la CRUQPC sont les suivantes :

- placer la CRUQPC au centre des débats institutionnels
- renforcer la promotion de la bientraitance
- privilégier les rencontres avec les usagers dans le traitement des réclamations
- poursuivre le traitement efficace des demandes de dossiers médicaux
- promouvoir les droits des patients au sein de l'établissement : formation des professionnels aux droits des patients, information des usagers et mesure de leur satisfaction, collaboration avec les représentants d'usagers, soins psychiatriques sans consentement.

L'établissement identifie ses besoins et analyse ses risques en impliquant la CRUQPC et les représentants des usagers. La gestion des mesures de restriction de liberté, intégrant la conciliation des principes de liberté et de sécurité repose sur une réflexion menée au plan institutionnel et déclinée au niveau des pratiques médicales et soignantes.

Cependant, le respect de l'intimité du patient et les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations qui le concernent ne sont pas formellement identifiés dans les projets de l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique de bientraitance et la promotion des droits du patient. Une charte d'engagement pour la bientraitance a été conçue et diffusée. Une direction de la qualité est mise en place. Elle intègre une juriste chargée des relations avec les usagers et s'appuie sur les travaux de la CRUQPC. Il existe un bureau dédié au suivi des soins sans consentement.

Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie. L'information de toute personne hospitalisée sans consentement sur les modalités de son hospitalisation et les possibilités de recours est définie.

Une formation aux droits du patient a été élaborée et s'adresse à tous les professionnels.

Une procédure permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soin est définie.

Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est définie.

Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies et l'information de toute personne hospitalisée sans consentement sur les modalités de son hospitalisation et les possibilités de recours est organisée.

Les protocoles sont identifiés et formalisés pour les besoins suivants : bientraitance, confidentialité et secret professionnel, confidentialité de la présence du patient à l'hôpital, annonce d'un dommage associé aux soins, respect de la dignité et de l'intimité. Les procédures nécessaires qui y sont associées sont formalisées.

Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.

Les modalités d'exploitation des réclamations des patients et proches au sein de chaque secteur d'activité sont prévues. Les besoins en supports d'information des patients sont identifiés et les outils élaborés. Le livret d'accueil comporte un chapitre sur les droits des patients, présente la CRUQPC et indique les moyens de contacter les représentants des usagers.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Les projets médicaux et de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier de la liberté d'aller et venir ; cela concerne notamment les modalités d'isolement et de contention. Des modalités de recueil de la volonté du patient sont mises en œuvre.

Le management des secteurs d'activité communique auprès des équipes sur la politique de bientraitance et la mise en œuvre des droits des patients de l'établissement.

Cependant, il ne s'assure pas de l'exhaustivité de la conformité des pratiques aux dispositions prévues en matière de traçabilité de l'information donnée au patient concernant la personne de confiance : cette traçabilité est absente dans de nombreux dossiers de l'établissement et notamment dans les dossiers des

patients traceurs.

Les représentants des usagers et les bénévoles associatifs participent à l'identification et à la mise en œuvre des actions d'amélioration. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration relatives aux droits des patients au sein de leurs secteurs ; les professionnels connaissent les objectifs en matière de promotion de la bientraitance et ont accès aux résultats des évaluations menées (enquête relative à la charte de la bientraitance).

Des actions d'évaluation en matière de droits des patients sont menées dans les secteurs d'activité (enquête de satisfaction en psychiatrie générale, enquête de satisfaction CMP/HJ, enquête de satisfaction en pédopsychiatrie, exploitation des questionnaires de sortie avec un taux de retour de 19 %).

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des formations aux droits des patients destinées aux professionnels sont organisées. Leur contenu intègre les thématiques relatives au respect de la dignité, de l'intimité, de la confidentialité, de la liberté d'aller et venir et du consentement aux soins. Au cours des années 2013 à 2015, 131 agents au total formés aux droits des patients (1 conférence "Droits des patients et missions de la CRUQPC : le 6 novembre 2013 : 10 personnes formées, 2 séances de formation sur l'humanité et la bientraitance les 10/06/2013 et 25/09/2015: 20 personnes formées, staff EPP Dossier Patient du 17/01/2013. Une formation aux "Droits des patients" a été dispensée à cette occasion : 70 personnes formées ; 2 séances de formation aux droits des patients au 1er trimestre 2015 : 31 personnes formées. Par ailleurs, la juriste de l'établissement dispense individuellement des conseils juridiques sous forme écrite à tous les professionnels concernant les droits des patients et les soins sans consentement.

Une procédure information en cas de dommages liés aux soins est disponible. Elle a été présentée en CME le 17/04/2012. Une séance d'information a été réalisée pour l'ensemble du personnel du CH avec un Diaporama et une vidéo de la HAS. Dans le programme de formation "Droits des patients", il existe une rubrique consacrée aux dommages liés aux soins.

Dans les services concernés, les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles et à jour.

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la CRUQPC.

Les conditions matérielles sont assurées pour l'accueil des proches : lieu de convivialité, salle protégée.

L'établissement adapte ses locaux, son équipement et sa signalisation pour répondre aux besoins et attentes des usagers et de leur entourage. Le diagnostic accessibilité a été réalisé pour l'ensemble des structures de l'établissement. Cependant, les conditions d'hébergement de certains locaux ne garantissent pas toujours le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Sur les 25 chambres double de l'USLD, seules 50% sont pourvues d'une cloison séparative ; les autres ne font l'objet d'aucune disposition. Dans l'unité d'accueil du PT (unité EOLE), les chambres à un ou deux lits ne sont pas équipées de sanitaires. Il existe des box de douche fermés homme et femme situés dans le même espace. La chambre d'isolement de l'unité médicale d'accueil et d'orientation (UMAO) est pourvue d'un oculus qui donne directement dans la chambre. Il n'y a pas de séparation entre les familles dans la salle d'accueil lors de visites simultanées (point soulevé par la CRUQPC).

Depuis décembre 2014, l'existence d'un site internet facilite l'accès des informations aux patients et à leurs proches. Cet espace d'information très complet et actualisé en permanence, présente de manière précise toutes les structures de l'établissement, leur descriptif, leurs missions, leur adresse, les horaires d'ouverture et le positionnement géographique en fonction du lieu d'habitation des patients.

Par ailleurs, le livret d'accueil distribué en intra présente les structures de soins de l'établissement et délivre toutes les informations concernant les modalités de prise en charge des patients.

Les patients ont accès à la Maison des Usagers (permanences, affiches...etc) où ils peuvent avoir des documents d'informations.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les soins, y compris les soins d'hygiène sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.

L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité 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, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est favorisée. Des interventions visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins proposé sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soin.

La réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient et de son entourage concernant les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrée dans le projet de soins personnalisé. Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie. Une organisation est mise en place pour informer les patients sur la possibilité de désigner une personne de confiance. Toutefois, la traçabilité de l'information donnée au patient n'a pas été retrouvée dans certains dossiers. Des modalités spécifiques d'information sont mises en œuvre en cas d'aggravation de l'état de santé en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation. Les professionnels mettent en œuvre de façon inégale la démarche d'information en cas de dommage associé aux soins et la traçabilité des dommages associés aux soins n'est pas

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La qualité et l'efficacité du processus "Bientraitance/mise en œuvre des droits des patients" sont évaluées à périodicité définie. Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé, au minimum, une fois par an, au sein des différentes instances de l'établissement : CRUQPC, CME, CSIRMT, Conseil de surveillance. Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.

Le respect des bonnes pratiques en matière de préservation des libertés individuelles et en matière de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées. Une EPP contention et isolement est régulièrement menée par les structures concernées. Néanmoins, l'établissement n'évalue pas régulièrement le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Une enquête relative à la confidentialité des informations relatives au patient a été effectuée en janvier 2013. L'enquête concernait l'évaluation de la connaissance du personnel soignant de la procédure "respect de la confidentialité de la présence du patient à l'hôpital" (item pour lequel 200 professionnels ont été audités) mais également le respect des règles de transmission de données confidentielles (à l'extérieur de l'établissement et par fax - questionnaire effectué auprès des Assistantes Médico-Écart Administratives, du bureau des admissions et du standard) ainsi que la transmission des informations confidentielles sous enveloppe navette (enquête effectuée par les Assistantes Médico-Administratives et les cadres de santé). Elle n'a pas été renouvelée depuis cette date.

## A / AGIR

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

La politique de bientraitance et le respect des droits des patients est ajustée en fonction des résultats des indicateurs. Les actions d'amélioration portent sur :

- l'amélioration de la satisfaction de l'entourage, en lien avec la CRUQPC ;
- la préservation des libertés individuelles et la gestion des mesures de restriction de liberté ;
- l'amélioration de la satisfaction du patient quant à l'information reçue ;
- l'amélioration du recueil du consentement du patient ;
- le respect des droits des patients dans les secteurs d'activité, en lien avec la CRUQPC.

Toutefois, les actions d'amélioration relatives à l'intimité des patients, à la confidentialité des informations qui les concernent ainsi qu'à l'information du patient en cas de dommage lié aux soins sont partiellement mises en œuvre. La CRUQPC est informée du nombre de demandes d'accès au dossier médical, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.

Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites.

Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels concernés et auprès des usagers. Il existe des supports de communication adaptés : journal périodique interne (La lettre OQS) ; journée annuelle d'échanges Psychiatrie-Justice.

Le programme d'amélioration du processus droits des patients est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	Le respect de l'intimité du patient et les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations qui le concernent ne sont pas formellement identifiés dans les projets de l'établissement.  Le chapitre droits des patients du projet qualité ne fait pas mention du respect de l'intimité. Le Projet qualité 2015-2018 ne fait qu'une mention sommaire du respect de la confidentialité.	1d
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Le management des secteurs d'activité ne s'assure pas de l'exhaustivité de la conformité des pratiques aux dispositions prévues en matière de traçabilité de l'information donnée au patient concernant de la personne de confiance. La traçabilité de l'information donnée au patient concernant la personne de confiance est absente dans de nombreux dossiers de l'établissement (en intra et extra hospitalier) et dans les dossiers des patients traceurs.	11a
D / Disponibilité des ressources	PS	L'accès à des ressources d'information diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) n'est pas facilité en psychiatrie adulte. Il existe une documentation d'information à l'usage des patients ou de leur famille en pédopsychiatrie disponible dans les secteurs, mais il y a peu ou pas de documentation destinée aux patients en psychiatrie adulte. L'information sur l'admission sans consentement est documentée et disponible.	16a
	PS	Les professionnels de santé en poste ne sont pas tous formés aux droits des patients. La formation aux droits des patients a été mise en place début 2015 et a touché à ce jour environ 3% des agents.	1d
	PS	Il n'existe pas de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins. Dans le programme de la formation des professionnels aux droits des patients, il n'y a pas de rubrique consacrée aux dommages liés aux soins.	11c
	NC	Les conditions d'hébergement de certains locaux ne garantissent pas toujours le respect de la dignité et de l'intimité des patients.  Sur les 25 chambres doubles de l'USLD, seules 50% sont pourvues d'une cloison séparative ; les autres ne font l'objet d'aucune disposition. Dans l'unité d'accueil du PT (unité EO), les chambres à un ou deux lits ne sont pas équipées de sanitaires. Il existe des box de douche fermés homme et femme situés dans le même espace. La chambre d'isolement de l'unité médicale d'accueil et d'orientation (UMAO) est pourvue d'un oculus qui donne directement dans la chambre. Il n'y a pas de séparation entre les familles dans la salle d'accueil lors de visites simultanées (point soulevé par la CRUQPC).	10b
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Le recours à la contention ne fait pas toujours l'objet d'un suivi au moyen d'un document renseigné par les unités recevant des patients hospitalisés sans consentement. L'usage des chambres d'isolement n'est pas tracé. Il n'existe pas de registre des chambres d'isolement dans les unités fermées (Schotte, Buffon, Van Gogh).	10e
	PS	L'information du patient en cas de dommage lié aux soins et sa traçabilité dans le dossier ne sont pas généralisés. La traçabilité des dommages associés aux soins n'est pas généralisée (relevé des décisions du groupe "dommages liés aux soins"). La mise en œuvre de cette démarche est hétérogène dans l'établissement.	11c

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
	PS	<p>L'information donnée au patient concernant la personne de confiance n'est pas systématiquement tracée dans le dossier du patient.</p> <p>La traçabilité de l'information donnée au patient concernant la personne de confiance n'a été trouvée dans aucun dossier de la structure extra-hospitalière "les Coteaux du Suzon" ni dans les dossiers des Patients traceurs réalisés.</p>	11a
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	<p>L'établissement n'évalue pas régulièrement le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.</p> <p>Une enquête relative à la confidentialité des informations relatives au patient a été effectuée en janvier 2013. L'enquête concernait l'évaluation de la connaissance du personnel soignant de la procédure "respect de la confidentialité de la présence du patient à l'hôpital" (item pour lequel 200 professionnels ont été audités) mais également le respect des règles de transmission de données confidentielles (à l'extérieur de l'établissement et par fax - questionnaire effectué auprès des Assistantes Médico-Administratives, du bureau des admissions et du standard) ainsi que la transmission des informations confidentielles sous enveloppe navette (enquête effectuée par les Assistantes Médico-Administratives et les cadres de santé). Elle n'a pas été renouvelée depuis cette date.</p>	10c
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	<p>Les actions d'amélioration relatives à l'intimité des patients, à la confidentialité des informations qui les concernent ainsi qu'à l'information du patient en cas de dommage lié aux soins sont partiellement mises en œuvre.</p> <p>Les recommandations de la CRUQPC, relayées par la direction de la qualité, concernant des travaux et équipements à effectuer pour se mettre en conformité avec le respect de la confidentialité, de la dignité et de l'intimité du patient, ne sont pas toujours suivies d'effet (courrier de rappel du 29 janvier 2013 de la Secrétaire Générale à la direction des services économiques et techniques).</p> <p>Il n'y a pas eu de formation organisée auprès des professionnels malgré les demandes récurrentes du groupe "dommages liés aux soins". Une simple information (1 diapo) dans la formation aux droits du patient initialisée début 2015 a été retrouvée par les EV.</p>	1d

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

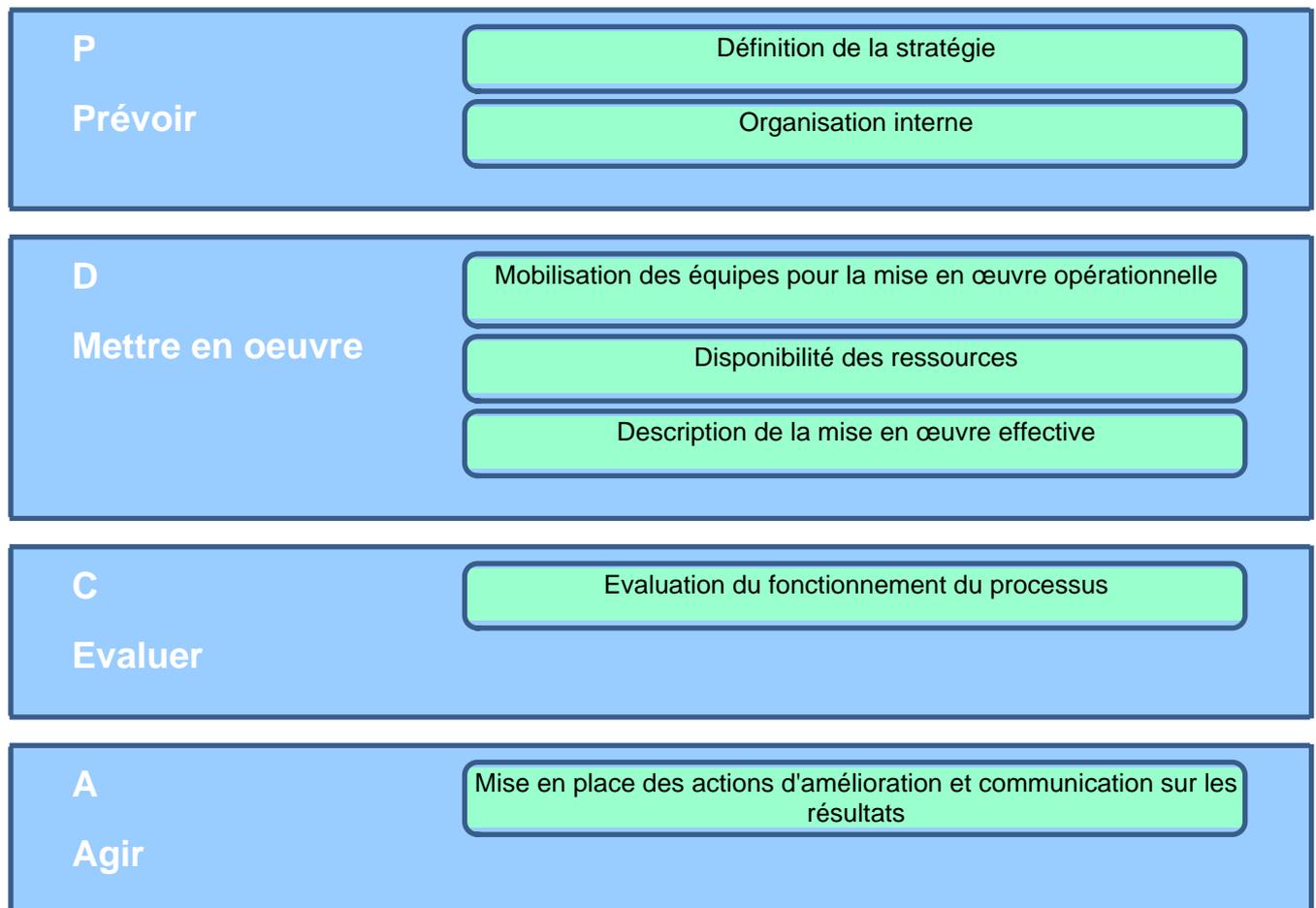
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Des éléments structurant la politique du processus parcours patient sont retrouvés dans les orientations du CPOM et les axes du Projet d'établissement en cours de validation, en particulier dans le projet médical et le projet de soins validés. Toutefois, la politique globale du parcours patient ne figure pas dans un document de synthèse précisant les valeurs et missions de l'établissement.

La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans le schéma de planification sanitaire (SROS) et le Projet Régional de Santé (PRS). Les contrats de pôle tiennent compte de ces orientations. L'établissement développe des partenariats en interne (SAMSAH, handicap psychique) et en externe (Conseil Local de Santé Mentale).

Les circuits du patient sont bien identifiés à partir des besoins du territoire et d'une analyse de la population (addictologie, dépression, géro-psycho-geriatrie, déficit profond...).

Une identification des risques a été élaborée par le groupe pilote sur la base d'une identification des besoins propres à l'établissement. Les risques sont identifiés et analysés selon une méthodologie définie. Ces risques ont donné lieu à un plan d'actions pour le processus, qui comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement. Le programme qualité de l'établissement est validé par les instances (CME et Direction).

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Elle repose sur un trinôme : Directeur de l'établissement, Président de la CME et Directeur des soins. Les rôles et responsabilités sont identifiés.

Au regard des besoins et risques identifiés, une organisation permet l'adéquation des compétences (qualitatives et quantitatives) aux besoins de prise en charge (fiches de postes, entretien d'évaluation, recueil des besoins en formation, accès au service de suppléance). Les ressources humaines en charge du processus sont en adéquation avec le pilotage. L'équipe qualité gestion des risques assure un soutien méthodologique.

Toutefois, les règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes n'ont pas été définis sur l'ensemble des secteurs extra hospitaliers, permettant de couvrir la totalité des plages horaires d'ouverture. Les CMP et HDJ peuvent faire appel à l'Unité Médicale d'Accueil et d'Orientation (UMAO) en cas d'urgence 24h/24.

Toujours au regard des besoins, l'établissement élabore un plan de formation annuel. Il comprend notamment une thématique sur la réanimation cardio pulmonaire et l'utilisation d'un défibrillateur. Une formation « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » permet une adaptation des nouveaux professionnels affectés en unité de pédopsychiatrie. Une formation sur les soins sans consentement est proposée... Le tutorat des nouveaux arrivants est organisé. Il s'agit d'une priorité.

L'organisation de la prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est définie (service de géro-psycho-geriatrie, psychiatrie infanto juvénile, prise en charge des détenus ...). De même un programme d'éducation thérapeutique : « Mieux vivre sa psychose » a été adressé à l'ARS pour validation et en test dans deux unités de l'établissement.

La prise en charge des troubles nutritionnels et l'identification des patients à risque suicidaire sont au cœur des préoccupations et des pratiques.

Les ressources documentaires (procédures, protocoles, etc.) nécessaires sont rédigées, diffusées et actualisées.

La charte de partenariat « Médecine générale et psychiatrie de secteur » a été présentée à la CME du 17 juin 2014.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels de l'intra hospitalier et les professionnels de l'extra hospitalier (CMP, CATTP, HDJ) intervenant dans la prise en charge du patient. Les interfaces avec les secteurs médico-techniques, logistiques et administratifs sont organisées. De même la communication ville-hôpital est structurée et il existe des conventions avec le CHU de Dijon pour la prise en charge somatique des patients.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, l'encadrement des pôles et celui de chaque unité d'hospitalisation a organisé la déclinaison de la démarche institutionnelle en 2014 par l'utilisation de la méthode du patient traceur. La déclinaison de la démarche institutionnelle les années précédentes était réalisée sur la base d'une auto-évaluation selon les critères du Manuel V2010. Cette déclinaison repose

sur une concertation et l'encadrement a favorisé l'implication des équipes. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Le tableau des EI est transmis aux services toutes les semaines par la cellule d'analyse des EI qui propose des actions à mettre en place. Au niveau des structures, suite aux évaluations de pratiques, à l'analyse des indicateurs ou des événements indésirables, des actions correctives sont mises en place en cas de besoin. Dans le cadre de la contractualisation des pôles un tableau de bord des indicateurs qualité est diffusé par la direction qualité. De même chaque unité reçoit l'état récapitulatif et le suivi des déclarations d'évènements indésirables.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Pour chaque pôle, les ressources humaines ont été mises en place en intégrant des compétences spécifiques adaptées aux besoins des prises en charge. Des formations sont organisées. Les professionnels en font la demande lors des entretiens annuels d'évaluation (la gestion de la violence, la crise suicidaire...).

Les règles de présence et un système de gardes et astreintes afin d'assurer la permanence des soins 24/24h sont définis, en intra hospitalier comme en extra hospitalier. Le numéro de l'unité d'urgence médicale d'accueil et d'orientation (UMAO) est connu de tous les professionnels.

Un médecin somaticien prend en charge le volet évaluation somatique à l'entrée du patient. Que ce soit en unités d'hospitalisation ou en extra hospitalier (CMP/ HDJ/CATTP), des ressources en compétences pour animer les ateliers thérapeutiques sont disponibles (ergothérapeutes, éducateurs spécialisés, enseignants de l'éducation nationale...). Les psychologues et les assistantes sociales couvrent l'ensemble des demandes en fonction des secteurs.

Les systèmes d'information sont à disposition des équipes et des procédures conformes aux bonnes pratiques sont accessibles et réajustées en fonction des besoins (procédure d'accueil et procédure de sortie des patients, procédure de prise en charge des détenus, procédures de prise en charge pour les patients diabétiques,...). Une lettre Objectifs, Qualité, Sécurité (OQS) paraît tous les deux mois. Le pharmacien diffuse des informations sur la prise en charge médicamenteuse. Une documentation à l'usage des patients et ou de leurs parents en psychiatrie infanto-juvénile est mise à disposition.

Le dispositif de prise en charge des urgences vitales dans les unités intra et extra hospitalières est opérationnel, la vérification mensuelle des mallettes est tracée.

Néanmoins, il a été constaté, dans deux unités de l'extra hospitalier, l'absence de matériel d'urgence vitales.

L'établissement s'est doté de trois défibrillateurs semi-automatiques en intra hospitalier dont l'emplacement est connu des professionnels. La maintenance des équipements est assurée.

Les ressources matérielles sont en grande partie adaptées. Un programme de réfection des locaux en intra hospitalier est en cours.

Cependant, certains locaux des structures extra-hospitalières (CMP, HDJ) ne sont pas aménagés pour accueillir les patients à mobilité réduite.

### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre structures sont opérationnelles.

L'arrivée et l'accueil du patient sont organisés que ce soit en hospitalisation programmée ou en urgence. Ceci est confirmé par l'évaluation du patient traceur.

Un entretien avec l'IDE est systématiquement organisé à l'entrée du patient, tracé et les besoins sont recueillis. La prise en charge médicale du patient, établie en fonction d'une évaluation initiale intégrant une évaluation somatique, est réalisée systématiquement à l'entrée du patient. Un médecin somaticien ou un interne en médecine prend en charge le volet somatique, l'évaluation, comportant des conclusions, est tracée dans le dossier médical du patient. Les observations de l'évaluation continue tout au long de la prise en charge sont tracées dans le dossier médical papier.

La traçabilité des activités est effective.

La permanence des soins tant médicale que soignante est assurée sur l'ensemble des activités intra hospitalières. Cependant, il a été constaté que certaines structures extra hospitalières ne sont pas couvertes par une présence médicale durant la totalité des heures d'ouvertures. Les CMP et HDJ peuvent faire appel à l'Unité Médicale d'Accueil et d'Orientation (UMAO) en cas d'urgence 24h/24.

Les équipes soignantes veillent à coordonner les soins des patients entre les prises en charge intra et extra hospitalières (CMP/Hôpitaux de jour/CATTP), pour limiter les ruptures des soins. Un soignant de l'extra hospitalier assiste aux réunions de synthèse lorsque la sortie est organisée, de plus une première rencontre avec le patient est alors organisée.

Les praticiens du CH La Chartreuse mettent en œuvre toute action qui permet d'améliorer la coordination des soins, entre psychiatres hospitaliers et médecins généralistes traitants (transmissions d'informations concernant les hospitalisations, travail pour améliorer le délai d'envoi des courriers ...). La coordination entre les différents acteurs intervenant dans la prise en charge (médicaux, soignant, sociaux, psychologues, éducateurs, professionnels de rééducation.....) est organisée et effective. Le travail en équipe est encouragé.

Le parcours de soins s'inscrit plus largement dans le projet de soins personnalisé du patient ou dans le

projet de vie du résident (USLD), mis en place dès l'arrivée du patient. Le projet de soins est un axe prioritaire de la Direction des Soins. Il a été constaté une organisation particulièrement structurée pour le projet de vie des résidents (outil informatique, évaluations régulières, référent identifié).

Des réunions pluri professionnelles hebdomadaires sont organisées dans toutes les unités (réunion de synthèse), le projet de soins personnalisés est revu lors de ces séances et l'organisation de la sortie est envisagée en fonction de son évaluation. L'évaluation des patients traceurs a confirmé les données issues de l'audit du processus.

Les cadres des secteurs d'activité se réunissent chaque semaine et relaient les informations auprès des équipes. Des actions d'éducation thérapeutiques sont conduites dans toutes les unités, et deux services testent le programme d'ETP "Mieux vivre sa psychose". La sortie est organisée avec le patient, son entourage, les partenaires extérieurs si besoin, les services de l'extra hospitalier ou des structures d'aval.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du programme qualité de l'établissement sont assurés régulièrement par le comité de pilotage qualité, par la direction qualité et par les pilotes du processus, sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, etc.). Le programme qualité s'appuie sur des plans d'actions issus de différentes évaluations (Enquête de psychiatrie générale, Enquête CMP/CATTP/Hôpital de jour, Enquête de pédopsychiatrie juin 2014, Enquête nationale auprès des médecins généralistes, Enquête de satisfaction Long Séjour, évaluation IPAQSS sur les dossiers 2013 et Audit dossier patient Décembre 2014 ...).

L'établissement a organisé quinze évaluations de patient traceur. Ces évaluations ont été réalisées en deux temps, janvier-février 2014 pour le premier temps qui consistait, avec la participation des professionnels, à faire une étude sur dossier, à partir de la grille Patient Traceur de la HAS. En octobre 2014 une deuxième évaluation a été conduite par les référents (médecin et cadre d'unité) qui ont finalisé la méthode par un échange avec l'équipe et un entretien avec le patient, cette dernière évaluation a donné lieu à un plan d'action par pôle non encore diffusé. Chaque pôle a participé et les référents nommés par pôle ont présentés en différentes réunions l'avancée du dispositif. Pour la mise en place d'un programme d'EPP, la Direction des Soins a défini trois axes prioritaires: entrée, sortie, et prise en charge somatique.

La satisfaction des patients est évaluée au travers des questionnaires de sortie et enquête interne.

Les EI et EIG concernant les actes de suicide sont pris en charge par le groupe EPP "Prévention du risque suicidaire", un accompagnement des équipes est organisé et une analyse des événements est conduite (11 actes en 2014). Ce groupe institutionnel met en place une réflexion sur les conduites à tenir lors de l'identification d'un risque suicidaire. L'établissement réalise des EPP depuis 2006 (évaluation de la prise en charge de la dénutrition...). Une EPP sur la pertinence des hospitalisations de plus de 90 jours a été conduite en 2009 et reconduite en 2014.

## A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration du PAQSS institutionnel réalisé à partir des autoévaluations sur la base des critères du manuel de certification V2010, conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires (réévaluation et présentation de la procédure d'accueil des patients, évaluation de la prise en charge somatique sur l'ensemble de l'établissement).

En 2014, les risques ont été identifiés par thématique pour constituer le compte qualité, un plan d'actions issu de ces risques a été formalisé mais non encore diffusé aux équipes soignantes. La première évaluation des patients traceurs a permis de mettre en place des actions correctives (remise systématique du livret d'accueil avec fiche de traçabilité, traçabilité de l'évaluation de la douleur, traçabilité de l'information donnée au patient sur son traitement). Plusieurs actions conduites sur l'ensemble des secteurs d'activité ont permis d'améliorer le contenu des informations dans le dossier du patient. Une fiche de suivi du patient avec plan de soins thérapeutique de l'accueil à la sortie a été intégrée au dossier. Des supports et modalités de diffusion sont établis, en particulier s'agissant des suivis d'indicateurs. Chaque pôle reçoit le tableau de ses indicateurs. De même les déclarations d'EI font l'objet d'un suivi hebdomadaire, la cellule qualité adresse un tableau présentant des propositions d'actions à mettre en œuvre.

L'établissement a travaillé en particulier sur un indicateur concernant le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation. Plusieurs actions ont été mises en place : trame de courrier, courrier à l'attention des médecins, sensibilisation en CME, déploiement de la dictée numérique, aboutissant à une augmentation sensible de la valeur de l'indicateur. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des instances, des professionnels concernés, des usagers (CRUQPC).

Néanmoins, compte tenu de la nouveauté du dispositif patient traceur, les professionnels ne se sont pas

encore appropriés les objectifs et les plans d'actions. Les plans d'actions issus des évaluations des patients traceurs ne sont pas parvenus jusqu'aux unités de soins. Les professionnels n'ont pas connaissance du plan d'action proposé suite au patient traceur de leur secteur.

### c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	La politique globale du parcours patient ne figure pas dans un document de synthèse précisant les valeurs et missions de l'établissement. La politique du parcours patient est envisagée par fragments dans différents documents validés par les instances ou des services (projet médical, projets de soins, orientations CPOM).	1a
P / Organisation interne	NC	Les règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes n'ont pas été définis sur l'ensemble des secteurs extra hospitaliers, permettant de couvrir la totalité des plages horaires d'ouverture.  Il n'y a pas de présence médicale sur l'ensemble des heures d'ouverture de certains CMP/ HDJ adultes. Les CMP et HDJ peuvent faire appel à l'Unité Médicale d'Accueil et d'Orientation (UMAO) en cas d'urgence 24h/24.	18a
D / Disponibilité des ressources	NC	Le matériel d'urgence opérationnel n'est pas disponible dans tous les secteurs de l'établissement. Il n'y a pas de valise pour la prise en charge des urgences vitales dans 2 secteurs extra hospitaliers.	18b
	PS	Certains locaux des structures extrahospitalières ne sont pas aménagés pour accueillir les patients à mobilité réduite. Certains CMP, HDJ ne permettent pas l'accès à des patients en mobilité réduite. Un programme de réfection des locaux en intra hospitalier est en cours.	19a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Certaines structures extra hospitalières ne sont pas couvertes par une présence médicale durant la totalité des heures d'ouvertures.  Il n'y a pas de présence médicale sur l'ensemble des heures d'ouverture de certains CMP/ HDJ adultes. Les CMP et HDJ peuvent faire appel à l'Unité Médicale d'Accueil et d'Orientation (UMAO) en cas d'urgence 24h/24.	18a
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Tout suicide ou tentative de suicide intervenant dans le temps de la prise en charge ne fait pas l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle.  Certains actes de suicide n'ont pas fait l'objet d'une analyse des causes profondes. Le groupe institutionnel met en place une réflexion sur les conduites à tenir lors de l'identification d'un risque suicidaire.	19c
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Les plans d'actions spécifiques définis à l'issue des évaluations des patients traceurs ne sont pas encore mis en œuvre dans certains secteurs d'activité. Il existe de nombreux plans d'actions déclinés sur le terrain. Les plans d'actions issus des évaluations des patients traceurs ne sont pas parvenus jusqu'aux unités de soins. Les professionnels n'ont pas connaissance du plan d'action proposé suite au patient traceur de leur secteur.	1a



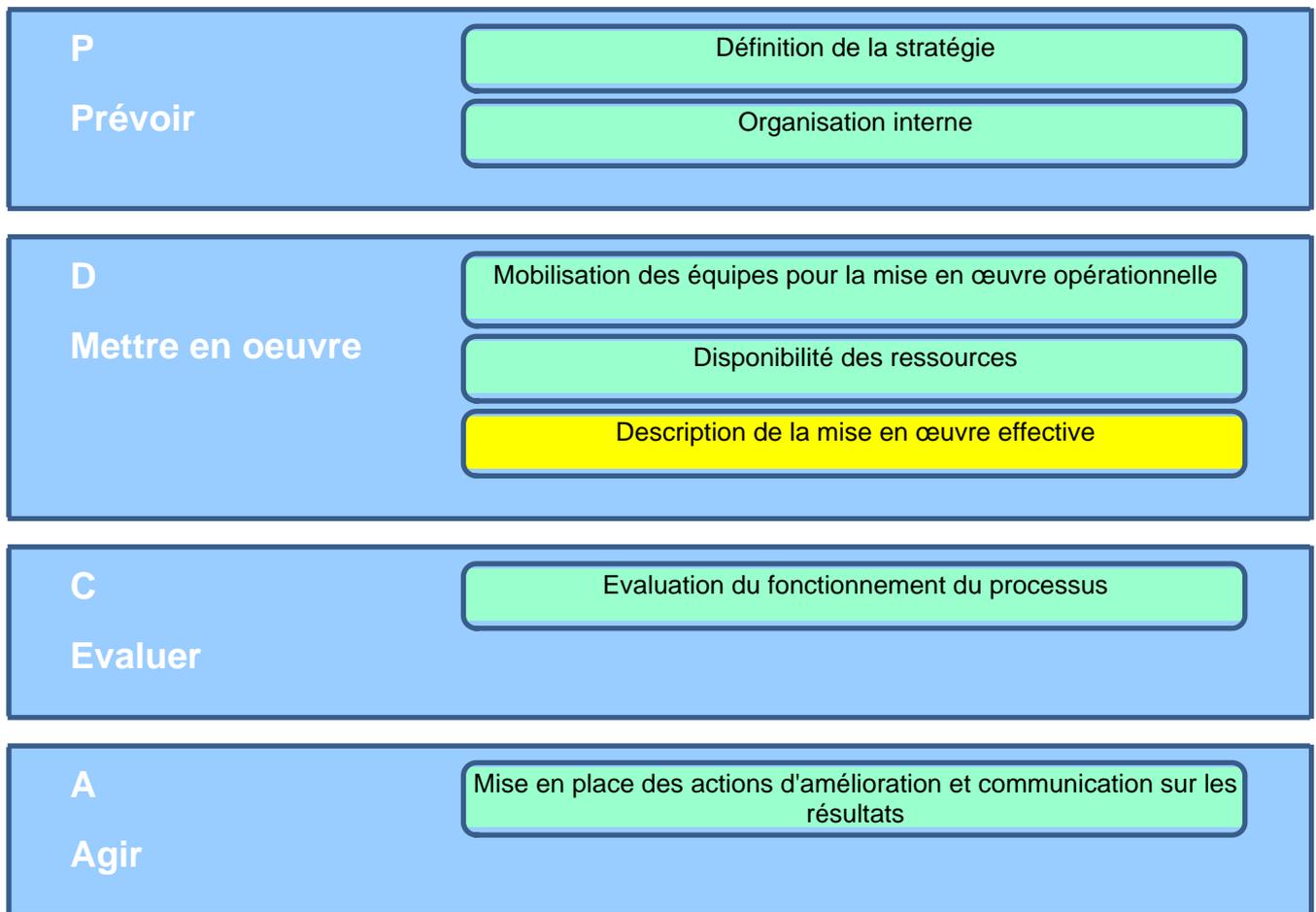
# DOSSIER PATIENT

## 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



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe une stratégie de la gestion du dossier du patient, définie dans plusieurs documents (projet d'établissement, compte qualité, projet qualité,...). Celle-ci est en lien avec l'analyse des besoins et l'analyse des risques. Certains documents ont déjà été validés par les différentes instances. Une révision a pu débuter pour certains plans d'actions.

Il existe des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement.

Dans le champ de la thématique du dossier du patient une analyse des risques a été réalisée par la direction qualité et différents professionnels. Celle-ci a permis de préciser plusieurs risques qui ont été hiérarchisés. Les risques prévalents ont été intégrés dans le compte qualité qui a été présenté aux instances et validé.

Le projet d'établissement, le compte qualité, le projet qualité, des projets de pôles développent sur différents supports validés des objectifs d'amélioration précis, mesurables et déclinés pour ceux qui le nécessitent par secteur d'activité. La stratégie est ainsi diffusée en partie au sein de l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter la dynamique du dossier patient. Les rôles et responsabilités sont identifiés. Il existe un COPIL "dossier patient" qui pilote la dynamique du dossier patient. Ce groupe est en articulation avec un groupe d'utilisateur qui se réunit 3 fois par an et un groupe "circuit du médicament". Les risques identifiés dans le compte qualité sont pris en compte et génèrent notamment une action pilotée par le COPIL et le groupe utilisateur ayant pour objet de conduire une réflexion sur le changement du logiciel de dossier patient informatisé et du circuit du médicament ainsi que sur l'informatisation des archives.

Les règles de constitution, de tenue, de communication et de conservation du dossier patient sont précisées dans différentes procédures. La composante informatisée du dossier patient est accessible pour la partie prescription dans toutes les unités de soins sur le champ intra-hospitalier et pour certaines unités extra-hospitalières. La composante paramédicale est informatisée dans 11 des 18 unités de soins en intra-hospitalier.

Les éléments papier du dossier sont accessibles d'une unité à une autre et les modalités de communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge sont structurées.

L'organisation de l'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès est organisée et structurée. L'organisation de l'accès du patient à son dossier fait l'objet d'une procédure "circuit du dossier". Les modalités standard et spécifiques d'accès au dossier sont définies.

Concernant l'usage de la composante informatisée du dossier du patient, il est prévu des modalités de fonctionnement en mode dégradé. Il existe un plan de reprise d'activité connu des professionnels. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire etc.) nécessaires. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Les règles de constitution, de tenue, de communication et de conservation du dossier patient ont été diffusées à l'ensemble de l'établissement. Dans les unités visitées, la tenue du dossier correspond le plus souvent aux recommandations des différentes procédures. Il existe des échanges réguliers entre les professionnels pour optimiser l'usage, le respect des bonnes pratiques et les modalités de fonctionnement du dossier patient dans sa composante informatisée et dans sa composante papier. L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont mises en place en cas de situations à corriger.

Néanmoins, la stratégie du dossier patient n'est que partiellement connue des utilisateurs compte tenu qu'elle est formalisée et diffusée pour partie sur différents documents, qui pour certains sont encore des documents de travail. On peut constater dans les unités visitées que les professionnels ne bénéficient pas de cette information. Les professionnels rencontrés dans différentes unités semblent peu informés des risques prévalents identifiés dans le compte qualité. Des actions de communication qui s'intègrent dans un plan de communication plus général sont en cours de structuration pour sensibiliser les professionnels.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Un certain nombre de professionnels ont bénéficié d'une formation à l'usage du DPI. Les médecins et les internes sont obligatoirement formés à l'usage du logiciel dossier du patient pour sa composante prescription. Les personnels infirmiers et aides-soignants concernés sont également formés à l'usage du logiciel DPI, ceci est confirmé par les rencontres dans les unités en intrahospitalière.

Les ressources en compétences (effectif suffisant et formé pour un certain nombre de professionnels), matériel (locaux et équipements) sont disponibles dans les secteurs d'activité. La gestion documentaire informatisée est accessible à l'ensemble des professionnels pour l'ensemble des sites et des secteurs d'activité. Celle-ci est régulièrement actualisée. Des équipements informatiques sont déployés dans toutes les unités de soins dans des locaux le plus souvent adaptés. Les locaux d'archivage permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité 24h/24, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Le projet de service/secteur/pôle peut traduire les objectifs institutionnels en plans d'actions d'amélioration spécifiques. Les acteurs sont associés (équipes, instances, usagers, patients). La documentation est connue dans les secteurs d'activité. Le bon usage du dossier patient est le plus souvent respecté. L'accès au dossier est sécurisé tant pour sa composante informatique ou papier. Des unités développent des outils complémentaires (ex : projet de soins personnalisé, projet de vie personnalisé) pour conforter la coordination de la prise en charge du patient. Il existe des modalités structurées, diffusées et connues de l'archivage et de la destruction du dossier dans les différentes unités visitées. Un collègue archivage dossier patient contribue à piloter le dispositif sur l'établissement.

Cependant, les règles de tenue du dossier patient sont partiellement mis en œuvre. Des infirmiers et des aides-soignants utilisent des aides mémoires pour prendre en charge les patients et/ou les résidents qui se substituent au dossier du patient pour assurer les transmissions orales. Lors de la visite de deux unités d'hospitalisation en psychiatrie adulte et en gérontologie, il a été utilisé des aides-mémoires pour identifier les soins et les activités à réaliser pour et par les patients et les résidents. Ces documents manuscrits ou informatisés sont complétés par les professionnels et identifient le nom du patient/résident, le numéro de la chambre et différentes activités de soins. Ces documents se substituent au dossier du patient pour assurer les transmissions orales.

Dans le champ des transmissions ciblées, le plus souvent les cibles ouvertes ne sont pas clôturées. Plusieurs IDE rencontrés ne clôturent pas les cibles lorsque le problème du patient est résolu. Ainsi des patients se retrouvent avec un nombre important de cibles ouvertes. Par ailleurs certains infirmiers rencontrés ne savent pas identifier sur le logiciel les cibles prévalentes pour un patient. Le plus souvent, les transmissions ciblées ne sont pas utilisées comme le prévoit les recommandations institutionnelles.

Dans le cadre de la composante papier du dossier du patient (médicale et non médicale) des pièces du dossier ne comportent pas l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification. Dans le cadre des visites, il a été retrouvé notamment en CMP/HDJ/CATTP de nombreuses pièces du dossier papier ne bénéficiant pas de l'identification attendue.

Enfin, les éléments constitutifs de la prise en charge ne sont pas toujours tracés dans le dossier du patient. Au cours des différentes visites d'unités et lors de la réalisation de plusieurs patients traceurs. La traçabilité des informations données aux patients n'a été que très rarement retrouvée.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par le COPIL "dossier du patient", sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, etc.). Les résultats sont communiqués aux professionnels. Il existe une évaluation globale réalisée sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues des secteurs d'activité et/ou sur la base d'évaluations réalisées à l'échelle de l'établissement. Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux. Pour tous les pôles de l'établissement, il existe des tableaux de bord "d'audit dossiers patient IPAQSS" qui intègrent des indicateurs nationaux (dont l'évaluation des délais d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation) et locaux entre 2011 et 2014 discriminés par unités. Les résultats inférieurs aux seuils et aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière.

Un bilan de la mise en œuvre du programme d'action est réalisé, au minimum, une fois par an. Le groupe "dossier du patient" et la direction qualité suivent les résultats des indicateurs et communiquent avec les professionnels exerçant au sein des pôles sur les évolutions attendues. Deux EPP ayant pour objet la tenue du dossier du patient sont conduites depuis 2009 sur le champ de la psychiatrie et de la gérontologie. Ces EPP font l'objet de mesures d'impact et ont fait évoluer les pratiques institutionnelles.

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

Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels concernés, et sont pris en compte. Il existe un suivi du plan d'action associé. L'établissement informe la CRUQPC sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier. Les membres de la CRUQPC sont informés du nombre de demandes d'accès au dossier, des délais de transmission des dossiers aux patients et du suivi des actions d'amélioration.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	<p>La stratégie de gestion du dossier patient est partiellement diffusée et connue des utilisateurs.</p> <p>Le projet d'établissement, le compte qualité, le projet qualité, des projets de pôles ... etc développent sur différents supports (validés ou non) des objectifs d'amélioration précis, mesurables et déclinés pour ceux qui le nécessitent par secteur d'activité. Certains supports sont encore des documents de travail.</p> <p>Les professionnels rencontrés dans différentes unités sont peu informés des risques prévalents identifiés dans le compte qualité. Des actions de communication qui s'intègrent dans un plan de communication plus général sont en cours de structuration pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus.</p>	14a
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>Les éléments constitutifs de la prise en charge ne sont pas toujours tracés dans le dossier du patient.</p> <p>Au cours des différentes visites d'unités et lors de la réalisation de plusieurs patients traceurs, la traçabilité des informations données aux patients n'a été que très rarement retrouvée dans le dossier.</p> <p>En CMP/HDJ/CATTP, de nombreuses pièces du dossier papier ne bénéficient pas de l'identification attendue (nom, prénom, date de naissance ou numéro d'identification du patient).</p>	14a
	NC	<p>Les règles de tenue du dossier patient sont partiellement mis en œuvre.</p> <p>Lors de la visite de deux unités d'hospitalisation en psychiatrie adulte et en gériatrie, il a été utilisé des aides-mémoires pour identifier les soins et les activités à réaliser pour et par les patients et les résidents. Ces documents manuscrits ou informatisés sont complétés par les professionnels et identifient le nom du patient/résident, le numéro de la chambre et différentes activités de soins. Ces documents se substituent au dossier du patient pour assurer les transmissions orales. Ils sont éliminés dans les documents à incinérer.</p> <p>Les infirmiers rencontrés ne savent pas identifier les cibles prévalentes pour un patient dans le dossier. Le plus souvent, les transmissions ciblées ne sont pas utilisées comme le prévoit les recommandations institutionnelles.</p> <p>Plusieurs IDE rencontrés ne clôturent pas les cibles lorsque le problème du patient est résolu. Ainsi des patients se retrouvent avec un nombre important de cibles ouvertes.</p>	14a

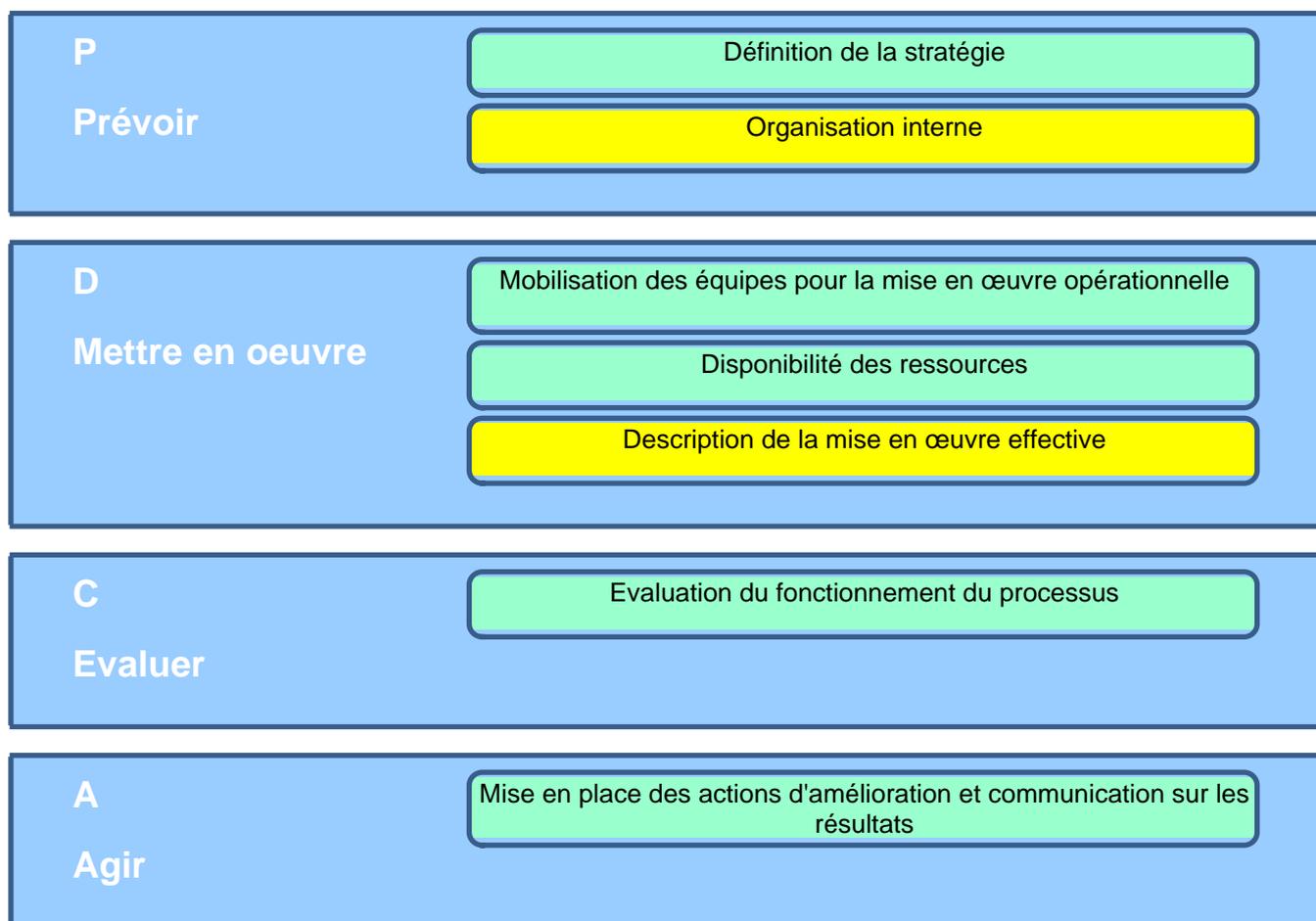
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini des axes de politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Ces axes sont inscrits dans le projet d'établissement dont la partie médicale est validée. Les axes de travail et les objectifs sont définis dans l'introduction du manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse. Ils intègrent les suites de contrôles de la PUI et s'appuient sur la réglementation (arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé). Parmi les axes se trouvent :

- la planification de la formation des nouveaux arrivants à la prise en charge médicamenteuse et à la prévention des risques liées ;
- la planification de l'informatisation ;
- la définition de la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées.

Les risques sont hiérarchisés, en tenant compte des risques spécifiques (population âgée, population déficitaire), du niveau de risque (selon la voie d'administration ou selon la dangerosité du produit). Les axes sont déclinés dans un programme d'actions propre au groupe prise en charge du médicament.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus qui s'appuie sur une COMEDIMS et un groupe de la prise en charge médicamenteuse associant des psychiatres, des médecins somaticiens, le pharmacien, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, des cadres de santé, des infirmiers, un préparateur en pharmacie et un informaticien. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels en particulier pour le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (pharmaciens, préparateurs en pharmacie), matérielles (pharmacie à usage interne, matériel de stockage dans les unités de soins, véhicules et matériel de transport des médicaments, maintenance) et documentaires (outil d'aide à la prescription intégrés dans le logiciel, manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse, protocoles et procédures sur l'approvisionnement, la gestion des traitements des patients, le stockage des médicaments et des fiches pratiques de prescription, l'administration et de suivi pour des médicaments à risque).

Toutefois, les situations nécessitant une information des patients sur le bon usage des médicaments ne sont pas identifiées. Il n'existe pas de procédure permettant aux professionnels de santé d'assurer cette information le cas échéant.

Les règles et les supports de prescription sont définis dans l'ensemble des structures. Ils sont décrits dans le document "guide pratique pour la sécurisation du circuit du médicament au CH La Chartreuse". La procédure des traitements personnels est incluse dans le "guide pratique pour la sécurisation du circuit du médicament au CH La Chartreuse". Néanmoins, l'établissement n'a pas défini de protocole des prescriptions par les juniors dans des situations spécifiques. Ainsi il n'existe pas de règles leur permettant de réaliser une prescription (les limitations à cette prescription) et la validation par un sénior.

Les personnes habilitées à administrer des médicaments ne sont pas toujours identifiées. Il n'y a pas de registre des paraphes et des signatures pour les services non informatisés. L'infirmier est habilité à administrer les traitements médicamenteux sur la base de prescriptions médicales. Cette administration doit être tracée et le nom de l'agent qui administre le traitement doit être identifiable. Si l'agent utilise une abréviation ou une signature celles-ci doivent pouvoir être associées à un nom.

De plus, l'établissement n'a pas défini le protocole de double vérification de la préparation et de l'identité du patient pour les médicaments à risque. L'administration des médicaments à risques se fait dans les mêmes conditions que pour les autres médicaments. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité (ticket de caisse entre la PUI et les services, transfert informatique du dossier médicament du patient lorsqu'il change de service).

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Selon les unités, un référent soignant pour le médicament a été nommé ou non. Ce choix est concerté. Les cadres sont les relais des axes d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse auprès des équipes. Chaque unité définit des objectifs relatifs à l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en fonction de la population accueillie et du type de prise en charge (urgence, court séjour ou long séjour). Les cadres sensibilisent les infirmiers aux différents risques sur l'intégralité du processus depuis la prescription jusqu'à l'administration du médicament. La conformité aux bonnes

pratiques est assurée par les audits et lors des réunions institutionnelles des différents services. Des CREX médicaments sont en place. L'établissement s'appuie sur la méthode ORION pour analyser les erreurs médicamenteuses. Les erreurs médicamenteuses sont signalées sur une fiche de signalement spécifique à la disposition des professionnels. Le nombre de déclarations est en constante augmentation. Les actions correctrices sont identifiées sur la base de l'analyse des fiches de signalements des événements indésirables et d'indicateurs établis par la pharmacie (consommation, péremption ...). Un référent par unité de soins a été nommé parmi les préparateurs en pharmacie pour les unités intra-hospitalières. En cas de dysfonctionnement, un rappel sur les bonnes pratiques est effectué par le cadre avec le soutien du pharmacien.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

L'établissement a les compétences nécessaires pour assurer la sécurité du circuit du médicament (en personnel et en formation).

L'informatisation du circuit du médicament est complète sur l'ensemble des structures intra-hospitalières depuis la prescription jusqu'à l'administration et sur une partie des structures extra-hospitalières.

La permanence pharmaceutique est assurée : un stock d'urgence est présent à l'unité d'accueil (UMAO). Une astreinte commune avec le CHU est mise en place par convention pour garantir la permanence pharmaceutique. La permanence pharmaceutique est organisée avec une astreinte commune avec la pharmacie à usage interne du CHU. Les règles et les supports de prescription définies sont disponibles dans l'ensemble des structures.

Des outils d'aide à la prescription sont disponibles via le logiciel de prescription CRISTAL-LINK et sous forme de VIDAL papier dans chaque unité. Les protocoles sur l'administration sont disponibles pour l'ensemble des personnels impliqués. Des ressources documentaires sont mises à disposition (outil d'aide à la prescription intégré dans le logiciel, manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse, protocoles et procédures sur l'approvisionnement, la gestion des traitements des patients, le stockage des médicaments et des fiches pratiques de prescription, l'administration et de suivi pour des médicaments à risque).

#### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

La continuité du traitement médicament est assurée : l'intégralité de la prescription est reprise lors des changements de prescription et lors des changements d'unités d'hospitalisation. L'ordonnance de sortie est éditée à partir du logiciel de prescription de l'établissement. L'analyse pharmaceutique est déployée. Elle est faite pour l'ensemble des prescriptions avec un délai inférieur à 2 heures pour 80% des lignes. Elle inclut les traitements personnels du patient. Les règles de gestion, de rangement de transport des médicaments à risques sont respectées.

Les règles de stockage sont généralement respectées dans la majorité des unités. Lors des visites, il a été trouvé des plaquettes pré-découpées ne permettant plus l'identification du produit.

De plus, les règles de préparation ne sont pas respectées dans toutes les unités. Dans plusieurs unités visitées, des comprimés sont déblistérés ne permettant pas la vérification de la conformité de l'administration. L'identification du patient n'est pas conforme lors de la préparation des piluliers dans plusieurs unités, l'identification des piluliers est faite avec une étiquette manuscrite ne reprenant que le nom du patient et aucun autre élément d'identité ; dans l'unité USLD, la préparation est faite dans la salle de restauration, en présence des patients. Les médicaments sont mis sur les plateaux repas dans des cupules (identifiées au seul nom du patient) ; les règles d'administration des médicaments à risques ne sont pas respectées : la double vérification de la dose à administrer n'est pas en place pour les médicaments à risque (essentiellement les neuroleptiques d'action prolongée). De même, les médicaments en USLD sont administrés par des aides-soignantes.

La traçabilité de l'administration médicamenteuse est assurée par du personnel habilité dans les unités intra-hospitalières. Pour les unités intra-hospitalières, l'enregistrement est informatisé avec des sessions nominatives. Mais, il n'a pas été retrouvé de registre des paraphes et des signatures dans les unités extra-hospitalières non informatisées. De même, dans les hôpitaux de jour de psychiatrie infanto-juvénile, lors des séjours thérapeutiques, la traçabilité est faite sur un support qui n'est pas celui de la prescription après retranscription des traitements. Une fiche cartonnée est faite dans des unités externes qui reproduit la prescription de traitement retard pour tracer l'administration du médicament.

De plus, des fiches avec recopie des traitements sont faites pour les traitements injectables, retard dans les unités extra-hospitalières non informatisées.

Lors des rencontres patients traceurs et de vérifications terrain (USLD, pôle B, intra et FIGP), il n'a pas été retrouvé de traçabilité sur l'information sur le bon usage du médicament donnée au patient.

Une retranscription de traitement a été constatée en gériatrie.

### **C / EVALUER**

#### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

Des audits du circuit du médicament sont réalisés en utilisant la méthode ARCHIMED depuis 2013/2014 afin de s'assurer de l'amélioration de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.

L'établissement met en œuvre des démarches EPP relatives au circuit du médicament dont :

1. Erreurs médicamenteuses
2. Circuit du médicament
3. Bon usage des nouveaux antipsychotiques
4. Bon usage des antibiotiques

Les armoires à pharmacie sont vérifiées au moins annuellement par la pharmacien et de façon infra-annuelle par les équipes soignantes. Les trousse d'urgences sont évaluées au moins une fois par an par le pharmacien.

Un suivi des consommations est faite pour des molécules ciblées (psychotropes au global et neuroleptique retard de façon spécifique, médicaments somatiques au global et antibiotiques de façon spécifique).

## **A / AGIR**

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

Des actions d'amélioration sont mises en place (harmonisation des armoires à pharmacie, informatisation du circuit, gestion des stocks, ...). Les actions sont réévaluées lors des audits réalisés de façon annuelle ou infra-annuelle. Les actions sont intégrées dans les plans d'actions institutionnels. Les indicateurs sont diffusés aux cadres et au médecins au moins une fois par an. Une communication est réalisée par le pharmacien auprès des équipes soignantes lors de sessions dites "amphithéâtre" regroupant plusieurs équipes sur les "erreurs médicamenteuses". Deux sessions ont été organisées en 2013-2014. En cas de forte criticité, un retour direct aux équipes est faite par le pharmacien. Néanmoins, La communication sur les résultats des actions mises en œuvre n'est pas assurée à l'ensemble des personnels concernés : les personnels rencontrés ne font pas le lien entre les actions d'amélioration mises en œuvre et leur impact sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Les situations nécessitant une information des patients sur le bon usage des médicaments ne sont pas toujours identifiées. Les professionnels n'ont pas identifiés les principales situations nécessitant une information des patients sur le bon usage des médicaments. Il n'existe pas de procédure permettant aux professionnels de santé d'assurer cette information le cas échéant.	20a bis
	PS	Les règles de prescriptions dans des situations spécifiques pour les praticiens juniors ne sont pas définies. L'établissement n'a pas défini de protocole de prescriptions par les juniors. Ainsi, il n'existe pas de règles spécifiques leur permettant de réaliser une prescription (les limitations à cette prescription) et la validation par un sénior.	20a bis
	PS	L'établissement n'a pas défini le protocole de double vérification de la préparation et de l'identité du patient pour les médicaments à risque. L'administration des médicaments à risques se fait dans les mêmes conditions que pour les autres médicaments.	20a bis
	NC	Les personnes habilitées à administrer des médicaments ne sont pas toujours identifiées. Il n'y a pas de registre des paraphes et des signatures pour les services non informatisés. L'infirmier est habilité à administrer les traitements médicamenteux sur la base de prescriptions médicales. Cette administration doit être tracée et le nom de l'agent qui administre le traitement doit être identifiable. Si l'agent utilise une abréviation ou une signature celles-ci doivent pouvoir être associées à un nom.	20a bis
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les règles de préparation des médicaments administration ne sont pas toujours respectées et conformes aux bonnes pratiques. Dans plusieurs unités, l'identification des piluliers est faite avec une étiquette manuscrite ne reprenant que le nom du patient et aucun autre élément d'identité.	20a bis
	NC	Le stockage des médicaments ne respecte pas toujours les règles de bonnes pratiques. Dans plusieurs unités visitées, des comprimés sont déblistérés ne permettant pas la vérification de la conformité de l'administration.	20a bis
	PS	L'information sur le bon usage du médicament donnée au patient n'est pas toujours tracée dans le dossier du patient. Lors des rencontres avec les patients traceurs et lors des vérifications terrain (USLD, Pôle B intra et FIGP), l'information sur le bon usage du médicament donnée au patient n'était pas tracée.	20a bis
	NC	Les règles d'administration ne sont pas toujours respectées dans toutes les unités. La double vérification de la dose à administrer n'est pas en place pour les médicaments à risque (essentiellement les neuroleptiques d'action prolongée). L'administration des médicaments à risques se fait dans les mêmes conditions que pour les autres médicaments. Les médicaments peuvent être administrés par des aides-soignantes en USLD sans présence IDE. Le support de traçabilité de l'administration n'est pas toujours un support unique de prescription/administration. Pour les hôpitaux de jours, lors des séjours thérapeutiques, la traçabilité de l'administration est faite sur un support qui n'est pas celui de la prescription après retranscription des traitements.	20a bis

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		Une fiche cartonnée est faite dans des unités externes qui reproduit la prescription de traitement retard pour tracer l'administration du médicament.	
	PS	<p>Les règles de prescriptions ne sont pas toujours respectées en USLD.</p> <p>Une retranscription de prescription par une IDE a été constatée en USLD.</p> <p>Cette prescription retranscrite ne sert pas à la préparation des médicaments car ils sont déjà préparés par la pharmacie.</p> <p>Les IDE utilisent l'outil informatique (plan de préparation) pour l'administration des médicaments. La retranscription est un support mémo utilisé par les IDE pendant les transmissions.</p>	20a bis
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	<p>La communication sur les résultats des actions mises en œuvre n'est pas assurée à l'ensemble des personnels concernés.</p> <p>Les personnels rencontrés ne font pas le lien entre les actions d'amélioration mises en œuvre et leur impact sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse.</p>	20a

## ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	P / Définition de la stratégie	PS	Le PAQSS ne rassemble pas l'intégralité des plans d'actions à mettre en œuvre en application de la politique qualité et sécurité des soins de l'établissement.  Il existe divers plans d'actions dans les unités et suite aux analyses d'EI. Certains ne sont pas intégrés au PAQSS institutionnel.	8a
		PS	L'évaluation des risques a priori n'a pas concerné spécifiquement le secteur extra hospitalier. La cartographie des risques a priori est centrée sur l'évaluation des risques dans le secteur intra hospitalier de psychiatrie. Elle ne prend que partiellement en compte les risques a priori concernant le secteur extra hospitalier.	8d
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Le retour d'information à la direction qualité sur les événements indésirables traités par les groupes ou personnes responsables n'est pas systématiquement réalisé.  Les événements indésirables traités par les groupes ou personnes responsables, ne font pas toujours l'objet d'un retour d'information à la direction qualité. Par exemple le groupe EPP suicide qui traite les EI liés aux tentatives de suicide ou suicide, ne fait pas remonter systématiquement le résultat du traitement de l'évènement à la direction qualité.	8f
		PS	La démarche d'identification et d'évaluation des risques a priori est peu appropriée par les professionnels de terrain. Des référents et des professionnels ont été formés. Toutefois, l'identification des risques a priori est une méthode récente et peu partagée encore avec les professionnels de terrain. La culture à la démarche d'identification des risques est en cours de diffusion et de formalisation.	8d
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Les événements indésirables récurrents font l'objet d'actions d'amélioration mais pas à partir d'une analyse des causes profondes. L'analyse des causes profondes d'un événement indésirable est essentiellement faite pour les EI liés au circuit du médicament (le CREX médicament a analysé 8 EI). L'analyse des causes profondes n'est pas développée formellement pour d'autres types d'évènements indésirables, en particulier pour les événements récurrents. Pour certains EI, des rapports circonstanciés et un recueil de données sont faits. Pour les éléments récurrents (violence) ou à risque majeur (suicide), il n'y a pas une analyse des causes profondes ou celle-ci n'est pas transmise à la direction qualité. Les EI en lien avec la violence sont les plus nombreux (21%), mais il n'y a pas	8f

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			d'actions d'amélioration inscrites sur le PAQSS prioritaire, ni dans le compte qualité.	
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	L'efficacité du PAQSS est partiellement évaluée et l'ensemble des plans d'actions ne conduit pas systématiquement à réajuster le programme et la politique de la qualité et de gestion des risques. La direction qualité n'est pas toujours informée des actions menées par tous les responsables d'actions. Les pôles et les services techniques suivent leurs actions d'amélioration, suite à des évènements indésirables, des contrôles ou inspections, mais la coordination avec la direction qualité est partielle. Ainsi des actions d'amélioration peuvent être mises en place par les pôles, ou autres services, sans coordination avec la direction qualité.	8a
Droits des patients	P / Définition de la stratégie	PS	Le respect de l'intimité du patient et les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations qui le concernent ne sont pas formellement identifiés dans les projets de l'établissement. Le chapitre droits des patients du projet qualité ne fait pas mention du respect de l'intimité. Le Projet qualité 2015-2018 ne fait qu'une mention sommaire du respect de la confidentialité.	1d
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Le management des secteurs d'activité ne s'assure pas de l'exhaustivité de la conformité des pratiques aux dispositions prévues en matière de traçabilité de l'information donnée au patient concernant de la personne de confiance. La traçabilité de l'information donnée au patient concernant la personne de confiance est absente dans de nombreux dossiers de l'établissement (en intra et extra hospitalier) et dans les dossiers des patients traceurs.	11a
		PS	L'accès à des ressources d'information diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) n'est pas facilité en psychiatrie adulte. Il existe une documentation d'information à l'usage des patients ou de leur famille en pédopsychiatrie disponible dans les secteurs, mais il y a peu ou pas de documentation destinée aux patients en psychiatrie adulte. L'Information sur l'admission sans consentement est documentée et disponible.	16a
		PS	Les professionnels de santé en poste ne sont pas tous formés aux droits des patients. La formation aux droits des patients a été mise en place début 2015 et a touché à ce jour environ 3% des agents.	1d
	D / Disponibilité des ressources	PS	Il n'existe pas de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins. Dans le programme de la formation des professionnels aux droits des patients, il n'y a pas de rubrique consacrée aux dommages liés aux soins.	11c
		NC	Les conditions d'hébergement de certains locaux ne garantissent pas toujours le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Sur les 25 chambres doubles de l'USLD, seules 50% sont pourvues d'une cloison séparative ; les autres ne font l'objet d'aucune disposition. Dans l'unité d'accueil du PT (unité EOLE), les chambres à un ou deux lits ne sont pas équipées de sanitaires. Il existe des box de douche fermés homme et femme situés dans le même espace.	10b

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			La chambre d'isolement de l'unité médicale d'accueil et d'orientation (UMAO) est pourvue d'un oculus qui donne directement dans la chambre. Il n'y a pas de séparation entre les familles dans la salle d'accueil lors de visites simultanées (point soulevé par la CRUQPC).	
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Le recours à la contention ne fait pas toujours l'objet d'un suivi au moyen d'un document renseigné par les unités recevant des patients hospitalisés sans consentement. L'usage des chambres d'isolement n'est pas tracé. Il n'existe pas de registre des chambres d'isolement dans les unités fermées (Schotte, Buffon, Van Gogh).	10e
		PS	L'information du patient en cas de dommage lié aux soins et sa traçabilité dans le dossier ne sont pas généralisés. La traçabilité des dommages associés aux soins n'est pas généralisée (relevé des décisions du groupe "dommages liés aux soins"). La mise en œuvre de cette démarche est hétérogène dans l'établissement.	11c
		PS	L'information donnée au patient concernant la personne de confiance n'est pas systématiquement tracée dans le dossier du patient. La traçabilité de l'information donnée au patient concernant la personne de confiance n'a été trouvée dans aucun dossier de la structure extra-hospitalière "les Coteaux du Suzon" ni dans les dossiers des Patients traceurs réalisés.	11a
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'établissement n'évalue pas régulièrement le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Une enquête relative à la confidentialité des informations relatives au patient a été effectuée en janvier 2013. L'enquête concernait l'évaluation de la connaissance du personnel soignant de la procédure "respect de la confidentialité de la présence du patient à l'hôpital" (item pour lequel 200 professionnels ont été audités) mais également le respect des règles de transmission de données confidentielles (à l'extérieur de l'établissement et par fax - questionnaire effectué auprès des Assistantes Médico-Administratives, du bureau des admissions et du standard) ainsi que la transmission des informations confidentielles sous enveloppe navette (enquête effectuée par les Assistantes Médico-Administratives et les cadres de santé). Elle n'a pas été renouvelée depuis cette date.	10c
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	Les actions d'amélioration relatives à l'intimité des patients, à la confidentialité des informations qui les concernent ainsi qu'à l'information du patient en cas de dommage lié aux soins sont partiellement mises en œuvre. Les recommandations de la CRUQPC, relayées par la direction de la qualité, concernant des travaux et équipements à effectuer pour se mettre en conformité avec le respect de la confidentialité, de la dignité et de l'intimité du patient, ne sont pas toujours suivies d'effet (courrier de rappel du 29 janvier 2013 de la Secrétaire Générale à la direction des services économiques et techniques). Il n'y a pas eu de formation organisée auprès des professionnels malgré les demandes récurrentes du groupe "dommages liés aux soins". Une simple	1d

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			information (1 diapo) dans la formation aux droits du patient initialisée début 2015 a été retrouvée par les EV.	
Parcours du patient	P / Définition de la stratégie	PS	La politique globale du parcours patient ne figure pas dans un document de synthèse précisant les valeurs et missions de l'établissement. La politique du parcours patient est envisagée par fragments dans différents documents validés par les instances ou des services (projet médical, projets de soins, orientations CPOM).	1a
	P / Organisation interne	NC	Les règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes n'ont pas été définis sur l'ensemble des secteurs extra hospitaliers, permettant de couvrir la totalité des plages horaires d'ouverture. Il n'y a pas de présence médicale sur l'ensemble des heures d'ouverture de certains CMP/ HDJ adultes. Les CMP et HDJ peuvent faire appel à l'Unité Médicale d'Accueil et d'Orientation (UMAO) en cas d'urgence 24h/24.	18a
	D / Disponibilité des ressources	NC	Le matériel d'urgence opérationnel n'est pas disponible dans tous les secteurs de l'établissement. Il n'y a pas de trousse pour la prise en charge des urgences vitales dans 2 secteurs extra hospitaliers.	18b
		PS	Certains locaux des structures extrahospitalières ne sont pas aménagés pour accueillir les patients à mobilité réduite. Certains CMP, HDJ ne permettent pas l'accès à des patients en mobilité réduite. Un programme de réfection des locaux en intra hospitalier est en cours.	19a
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Certaines structures extra hospitalières ne sont pas couvertes par une présence médicale durant la totalité des heures d'ouvertures. Il n'y a pas de présence médicale sur l'ensemble des heures d'ouverture de certains CMP/ HDJ adultes. Les CMP et HDJ peuvent faire appel à l'Unité Médicale d'Accueil et d'Orientation (UMAO) en cas d'urgence 24h/24.	18a
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Tout suicide ou tentative de suicide intervenant dans le temps de la prise en charge ne fait pas l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle. Certains actes de suicide n'ont pas fait l'objet d'une analyse des causes profondes. Le groupe institutionnel met en place une réflexion sur les conduites à tenir lors de l'identification d'un risque suicidaire.	19c
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Les plans d'actions spécifiques définis à l'issue des évaluations des patients traceurs ne sont pas encore mis en œuvre dans certains secteurs d'activité. Il existe de nombreux plans d'actions déclinés sur le terrain. Les plans d'actions issus des évaluations des patients traceurs ne sont pas parvenus jusqu'aux unités de soins. Les professionnels n'ont pas connaissance du plan d'action proposé suite au patient traceur de leur secteur.	1a
Dossier patient	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	La stratégie de gestion du dossier patient est partiellement diffusée et connue des utilisateurs. Le projet d'établissement, le compte qualité, le projet qualité, des projets de pôles ... etc développent sur différents supports (validés ou non) des objectifs d'amélioration précis, mesurables et déclinés pour ceux qui le nécessitent par secteur d'activité. Certains supports sont encore des documents de travail.	14a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
	D / Description de la mise en œuvre effective		Les professionnels rencontrés dans différentes unités sont peu informés des risques prévalents identifiés dans le compte qualité. Des actions de communication qui s'intègrent dans un plan de communication plus général sont en cours de structuration pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus.	
		PS	Les éléments constitutifs de la prise en charge ne sont pas toujours tracés dans le dossier du patient. Au cours des différentes visites d'unités et lors de la réalisation de plusieurs patients traceurs, la traçabilité des informations données aux patients n'a été que très rarement retrouvée dans le dossier. En CMP/HDJ/CATTP, de nombreuses pièces du dossier papier ne bénéficient pas de l'identification attendue (nom, prénom, date de naissance ou numéro d'identification du patient).	14a
		NC	Les règles de tenue du dossier patient sont partiellement mis en œuvre. Lors de la visite de deux unités d'hospitalisation en psychiatrie adulte et en gériatrie, il a été utilisé des aides-mémoires pour identifier les soins et les activités à réaliser pour et par les patients et les résidents. Ces documents manuscrits ou informatisés sont complétés par les professionnels et identifient le nom du patient/résident, le numéro de la chambre et différentes activités de soins. Ces documents se substituent au dossier du patient pour assurer les transmissions orales. Ils sont éliminés dans les documents à incinérer. Les infirmiers rencontrés ne savent pas identifier les cibles prévalentes pour un patient dans le dossier. Le plus souvent, les transmissions ciblées ne sont pas utilisées comme le prévoit les recommandations institutionnelles. Plusieurs IDE rencontrés ne clôturent pas les cibles lorsque le problème du patient est résolu. Ainsi des patients se retrouvent avec un nombre important de cibles ouvertes.	14a
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	P / Organisation interne	PS	Les situations nécessitant une information des patients sur le bon usage des médicaments ne sont pas toujours identifiées. Les professionnels n'ont pas identifiés les principales situations nécessitant une information des patients sur le bon usage des médicaments. Il n'existe pas de procédure permettant aux professionnels de santé d'assurer cette information le cas échéant.	20a bis
		PS	Les règles de prescriptions dans des situations spécifiques pour les praticiens juniors ne sont pas définies. L'établissement n'a pas défini de protocole de prescriptions par les juniors. Ainsi, il n'existe pas de règles spécifiques leur permettant de réaliser une prescription (les limitations à cette prescription) et la validation par un sénior.	20a bis
		PS	L'établissement n'a pas défini le protocole de double vérification de la préparation et de l'identité du patient pour les médicaments à risque. L'administration des médicaments à risques se fait dans les mêmes conditions que pour les autres médicaments.	20a bis
		NC	Les personnes habilitées à administrer des médicaments ne sont pas toujours identifiées.	20a bis

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			Il n'y a pas de registre des paraphes et des signatures pour les services non informatisés. L'infirmier est habilité à administrer les traitements médicamenteux sur la base de prescriptions médicales. Cette administration doit être tracée et le nom de l'agent qui administre le traitement doit être identifiable. Si l'agent utilise une abréviation ou une signature celles-ci doivent pouvoir être associées à un nom.	
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les règles de préparation des médicaments administration ne sont pas toujours respectées et conformes aux bonnes pratiques. Dans plusieurs unités, l'identification des piluliers est faite avec une étiquette manuscrite ne reprenant que le nom du patient et aucun autre élément d'identité.	20a bis
		NC	Le stockage des médicaments ne respecte pas toujours les règles de bonnes pratiques. Dans plusieurs unités visitées, des comprimés sont déblistérés ne permettant pas la vérification de la conformité de l'administration.	20a bis
		PS	L'information sur le bon usage du médicament donnée au patient n'est pas toujours tracée dans le dossier du patient. Lors des rencontres avec les patients traceurs et lors des vérifications terrain (USLD, Pôle B intra et FIGP), l'information sur le bon usage du médicament donnée au patient n'était pas tracée.	20a bis
		NC	Les règles d'administration ne sont pas toujours respectées dans toutes les unités.  La double vérification de la dose à administrer n'est pas en place pour les médicaments à risque (essentiellement les neuroleptiques d'action prolongée). L'administration des médicaments à risques se fait dans les mêmes conditions que pour les autres médicaments.  Les médicaments peuvent être administrés par des aides-soignantes en USLD sans présence IDE.  Le support de traçabilité de l'administration n'est pas toujours un support unique de prescription/administration. Pour les hôpitaux de jours, lors des séjours thérapeutiques, la traçabilité de l'administration est faite sur un support qui n'est pas celui de la prescription après retranscription des traitements. Une fiche cartonnée est faite dans des unités externes qui reproduit la prescription de traitement retard pour tracer l'administration du médicament.	20a bis
		PS	Les règles de prescriptions ne sont pas toujours respectées en USLD. Une retranscription de prescription par une IDE a été constatée en USLD. Cette prescription retranscrite ne sert pas à la préparation des médicaments car ils sont déjà préparés par la pharmacie. Les IDE utilisent l'outil informatique (plan de préparation) pour l'administration des médicaments. La retranscription est un support mémo utilisé par les IDE pendant les transmissions.	20a bis

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	La communication sur les résultats des actions mises en œuvre n'est pas assurée à l'ensemble des personnels concernés. Les personnels rencontrés ne font pas le lien entre les actions d'amélioration mises en œuvre et leur impact sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse.	20a