



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION**  
**CENTRE**  
**PSYCHOTHERAPIQUE DE**  
**L'AIN**

Avenue de Marboz

01012 Bourg En Bresse

Juin 2016

# 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>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
DROITS DES PATIENTS	17
PARCOURS DU PATIENT	23
DOSSIER PATIENT	29
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	34

# 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 PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	
Adresse	Avenue de marboz 01012 Bourg En Bresse
Département / région	AIN / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	010783009	ASSOCIATION ORSAC	Rue du dr delannoy 01110 Hauteville Lompnes
Etablissement de santé	010000495	CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	Avenue de marboz 01012 Bourg En Bresse

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	377	110
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	19	14

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Cf Fiche interface
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/





# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide de surseoir à statuer sur la certification de l'établissement en raison de réserve dans l'attente des résultats d'une visite de suivi (D).

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Reserve

Droits des patients

### Recommandations d'amélioration

- Management de la qualité et des risques
- Parcours du 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. Suivi de la décision

L'établissement fera l'objet d'une visite de suivi sur l'ensemble de ses réserves dans un délai de 4 mois. L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans les 2 mois précédant la visite, indiquant les actions correctives conduites sur les réserves définies dans le rapport. Au terme de l'analyse de ce compte qualité, la HAS établit le programme de la visite de suivi.

# 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	Personne âgée	HC adulte - Site Saint Georges - Service X	/			Santé mentale
2	Adulte	HC adulte - Site Saint Georges - UMAP	Hospitalisation sans consentement			Santé mentale
3	Adulte	HC adulte - Site Saint Georges - Service X	/	Urgences		Santé mentale
4	Enfant	HC - Site Saint Georges - Pôle pédo-psychiatrie	/			Santé mentale
5	Adulte	HDJ X	/			Santé mentale
6	Adulte	HDJ X	/			Santé mentale
7	Enfant	HDJ - Alphonse Muscat	/			Santé mentale
8	Personne âgée	CMP Personnes âgées	/			Santé mentale

<b>PT</b>	<b>Population</b>	<b>Secteurs d'activité / services</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Mode d'entrée</b>	<b>Type de parcours</b>	<b>PEC</b>
9	Enfant	CMP Infanto-juvénile X	/			Santé mentale

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

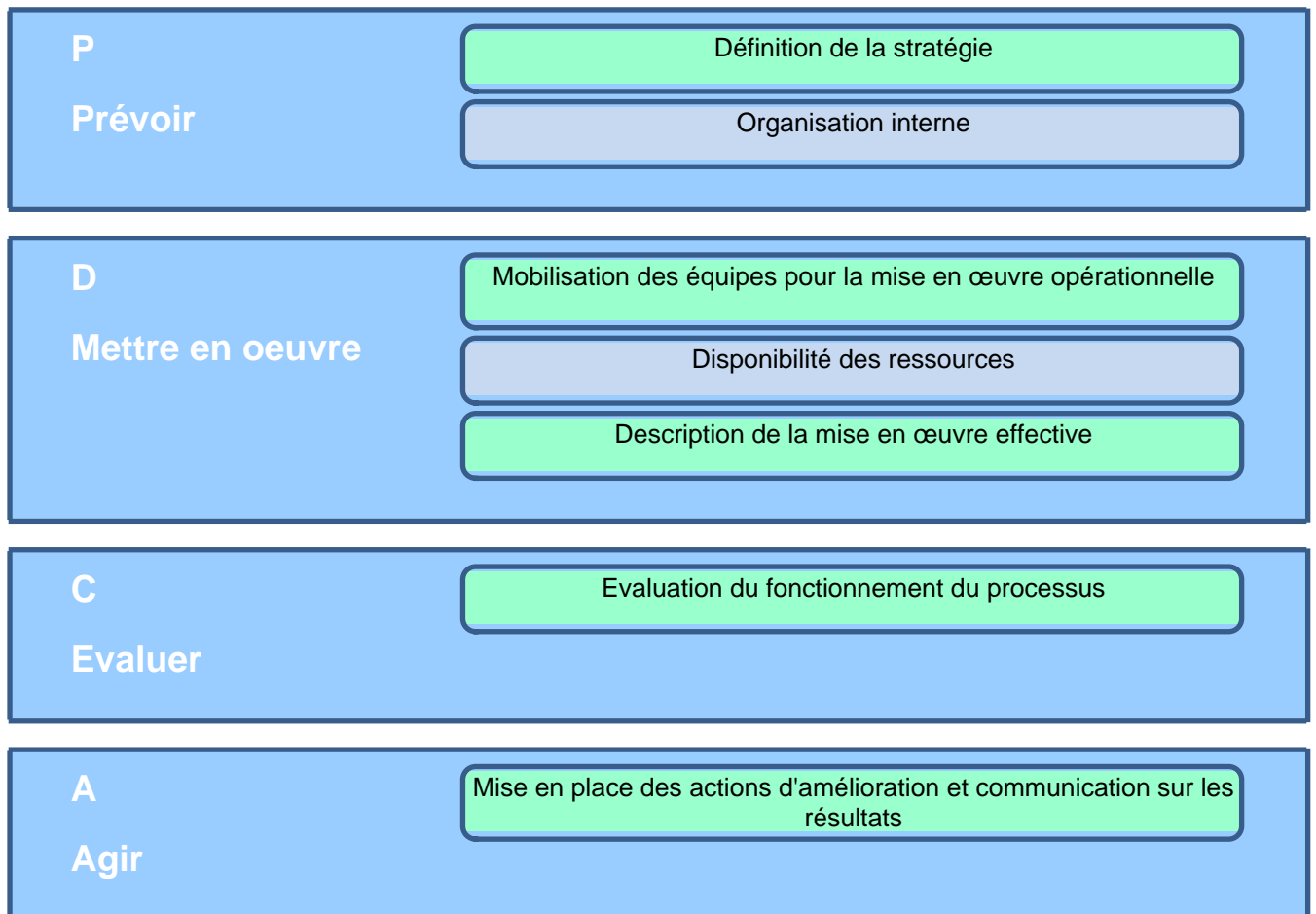
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La stratégie et les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins du Centre Psychothérapique de l'Ain sont inscrits dans la politique Qualité et Sécurité des Soins intégrée au projet d'établissement. Certains axes d'amélioration sont repris dans le CPOM. La politique est élaborée sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse a priori et a posteriori des risques propres à l'établissement. Elle fait l'objet d'une validation par la CME et se décline dans un programme d'action formalisé. Les représentants des usagers sont associés à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique Qualité/Sécurité des soins, dans le cadre de la CRU et de leur participation aux groupes de travail « questionnaires de satisfaction » et « Bienveillance » ainsi qu'aux réunions du CLUD et du COMEDIMS.

Les cadres supérieurs de santé et les cadres de proximité, sont chargés de participer aux démarches et de relayer les objectifs d'amélioration institutionnels.

La politique intègre les objectifs, les acteurs, les missions et les modalités de déploiement de la stratégie EPP. Un comité EPP a été créé et un coordonnateur des EPP est identifié. La politique prend également en compte les obligations légales et réglementaires. Un paragraphe est dédié à la gestion de crise.

La démarche d'évaluation des risques a priori est définie avec la participation des professionnels. Une première cartographie élaborée en 2009 a été complétée à l'issue de groupes de travail mis en place en 2014 pour une identification des risques par processus selon la méthode SADT. Cela a permis de hiérarchiser les risques identifiés et de déterminer les modalités de traitement.

Néanmoins, la hiérarchisation des risques a posteriori ne s'appuie pas sur une méthodologie adaptée. La cartographie des risques a posteriori établie par l'établissement n'est actualisée que tous les deux ans et demi, en fonction de l'aboutissement des actions d'amélioration prévues dans le PAQ. L'établissement ne s'appuie pas sur l'analyse annuelle des événements indésirables survenus, pour actualiser la criticité et la hiérarchisation des risques concernés, permettant ainsi d'identifier de façon régulière les plus critiques.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage stratégique est assuré par le Comité de Pilotage Qualité et gestion des risques en lien avec le bureau de CME. Il est composé du Directeur de l'établissement, du Président de la CME également responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, de la Directrice des soins, du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, des membres de la cellule Qualité/Gestion des Risques, du coordonnateur des EPP, des correspondants des vigilances et de tous les cadres supérieurs de santé. Il est chargé d'élaborer la politique et de coordonner sa mise en œuvre en lien avec la CRU et la CSI. La cellule Qualité/Gestion des risques assure le pilotage opérationnel en lien avec et les diverses comités et commissions impliqués (CLIN, CLAN, CLUD, Comité EPP...).

Les rôles et responsabilités sont identifiés dans la politique et formalisés par des fiches de poste des professionnels impliqués dans le pilotage : adjointe de la direction qualité, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, correspondant qualité ou encore coordonnateur et pilote des EPP.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Les membres de la cellule qualité/gestion des risques intégrant le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et le responsable qualité de la prise en charge médicamenteuse, sont formés aux méthodes d'identification des risques a priori, à la hiérarchisation et à l'analyse des causes profondes des événements indésirables graves associés aux soins. Ils sont chargés d'accompagner le déploiement de ces méthodes au sein des services. Dans cet objectif, l'établissement a inscrit comme axe prioritaire de formation continue, la formation des cadres de santé à la méthode d'analyse des causes (ALARME).

Le dispositif de gestion documentaire est formalisé par une procédure. L'ensemble des documents est informatisé et mis à disposition des professionnels sur le site intranet de l'établissement.

Une organisation est en place pour sensibiliser et impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité de soins. Elle se traduit par une demi-journée d'accueil des nouveaux recrutés ou encore la planification de réunions d'encadrement intégrant une information sur la démarche qualité institutionnelle. Une journée appelée "symposium sur l'EPP" est organisée tous les deux ans in situ, pour sensibiliser les professionnels. Le Règlement Intérieur du Comité EPP décrit les modalités pour le développement et le suivi de la mise en œuvre des démarches d'EPP. De plus, une procédure d'organisation des Comités de Retour d'Expérience a été élaborée afin de structurer leur déploiement au sein des unités de soins.

Le document unique est en place. Il a été réactualisé en 2015.

Le dispositif de signalement de gestion et d'analyse des événements indésirables est décrit dans une procédure actualisée. Le système de déclaration est informatisé et réalisé sur le même support pour tout

type de signalement. Les signalements sont centralisés par la cellule qualité, côtés puis transmis à l'expert risque chargé du traitement. Le dispositif permet d'identifier les événements devant faire l'objet d'une analyse des causes profondes, selon une méthodologie adaptée et il associe les acteurs concernés.

Le traitement des questionnaires de sortie est assuré la cellule Qualité/Gestion des risques. L'organisation prévoit la présentation d'un bilan annuel d'exploitation à la CRU.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Elles permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés.

La coordination des différentes composantes du système de management de la qualité et de la gestion des risques est formalisée dans l'organigramme de la politique Qualité/gestion des risques. Elle intègre les dispositifs de vigilances et de veille sanitaire, notamment au sein du COPIL Qualité/Gestion des Risques dont les correspondants des vigilances sont membres. La composition des différentes instances et groupe de travail intègre le coordonnateur des risques associés aux soins et/ou un membre de la cellule Qualité/Gestion des Risques. Ceux-ci interviennent également aux réunions d'encadrement animées par la directrice des soins.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

L'établissement a mis en place des groupes de travail pluriprofessionnels et transversaux composés sur des thématiques prioritaires en lien avec le programme qualité telles que : le circuit du médicament, le questionnaire de satisfaction, l'évaluation du risque suicidaire, le circuit du médicament... Cette démarche permet de définir des actions d'amélioration au niveau institutionnel. Chaque cadre supérieur de santé et cadre de proximité est ensuite chargé de relayer la démarche.

En revanche, le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité n'est pas assuré pour chacun des services. Il n'existe pas d'objectifs d'amélioration ni d'indicateurs de suivi propres aux activités des différents services et cela sur l'ensemble des thématiques investiguées. Le rapport annuel élaboré pour chaque secteur de soins n'intègre que quelques résultats d'indicateurs, sans fixer les objectifs d'amélioration ni les actions à mener pour l'année à venir.

Les cadres supérieurs des secteurs de soins et les cadres de proximité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus. Cela, lors des réunions mensuelles d'encadrement notamment où un membre du service qualité ou pilote d'une thématique transversale intervient pour transmettre les informations relatives aux démarches qualité ou aux résultats d'Audits. Les cadres de santé s'assurent de la conformité de certaines pratiques en liens avec les IQSS. Des analyses de causes sont menées au sein de plusieurs unités. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin et sont suivies par le cadre de santé ou la cellule qualité pour les plus transversales.

L'établissement a organisé au cours de l'année 2014, des groupes de travail pluri professionnels pour réaliser une évaluation selon la méthode PDCA sur les thématiques : Droits des patients, Identification du patient, prise en charge médicamenteuse, parcours et douleur. Cette démarche a permis de mobiliser de nombreux professionnels dans la collecte de données qui ont alimenté le compte qualité.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le coordonnateur des EPP, la cellule qualité/gestion des risques, les cadres supérieur de santé et un médecin par secteur ou dispositif de soins ont été formés en 2014 à la méthode « patient traceur » afin d'assurer l'accompagnement méthodologique des démarches. Les membres de la cellule qualité/gestion des risques ainsi que le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et le responsable qualité de la prise en charge médicamenteuse, apportent une aide méthodologique lors des analyse des causes profondes.

Le service de la pharmacie effectue des visites régulières dans les unités de soins, afin de sensibiliser les professionnels au risque d'erreur médicamenteuse. Par ailleurs, la politique de formation continue a permis de former une grande partie des cadres à la méthode d'analyse des causes des événements indésirables associés aux soins (méthode Alarme). Les actions menées dans le cadre de la semaine sécurité des patients contribuent également à la sensibilisation.

Le dispositif de gestion documentaire est connu des professionnels rencontrés dans les services. Un espace dédié regroupant les informations issues des divers comités et commissions impliquées dans la qualité et la gestion des risques, est à disposition des professionnels sur l'Intranet. L'ensemble des documents mis à disposition est actualisé.

Les plans d'urgence dont le plan blanc sont accessibles et actualisés.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Dans les services visités, les professionnels rencontrés connaissent les axes d'amélioration inscrits dans le PAQ relatif à la qualité et à la gestion des risques, les principaux risques inhérents à la prise en charge des patients dans leur service, ainsi que les actions d'amélioration prioritaires associées.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre les différents acteurs, les instances, les commissions

impliquées dans le management de la qualité et de la sécurité des soins et les secteurs d'activité, sont opérationnelles.

Les professionnels sont impliqués dans l'élaboration de documents qualité dans le cadre des commissions : CLIN, CLUD, CLAN ou des groupes de travail transversaux. Le dispositif de gestion documentaire est connu.

Le plan blanc est opérationnel et la cellule de crise est réunie au moins une fois par an.

Au cours de l'année 2014, l'EPP relative aux pratiques de contention a été réinitialisée dans plusieurs unités et est en cours de finalisation. D'autres démarches concernant des analyses de causes des EI associés aux soins, sont menées dans les secteurs d'activité clinique et médico-technique ainsi que des démarches selon la méthode "patients traceur".

Cependant, l'établissement ne suit pas régulièrement l'état d'avancement ni l'impact de ses démarches EPP. Le comité EPP n'est plus opérationnel depuis octobre 2014 et n'assure plus de façon régulière le suivi de réalisation des démarches. L'établissement n'établit pas un programme des EPP à initier ou à réactiver dans l'année. Plusieurs d'entre elles figurent sur le tableau de bord des EPP, mais sont interrompues depuis plusieurs années (2010), telles les EPP : pertinence de l'association médicamenteuse lors de la prescription de neuroleptiques et d'anti psychotropes ; évaluation des bonnes pratiques de prescription chez la personne âgée ; la pertinence de la mise en chambre d'isolement ; l'amélioration de l'accueil somatique...

Le système de signalement des événements indésirables est connu et couramment utilisé. Les personnels déclarants sont informés des suites données aux événements signalés via le logiciel informatique. L'ensemble des déclarations est centralisé par la cellule qualité/Gestion des Risques, qui attribue une criticité et transmet l'EI au professionnel désigné pour le traiter. Le dispositif permet d'identifier les événements devant faire l'objet d'une analyse des causes profondes. Celles-ci sont réalisées selon une méthodologie adaptée et il associe les acteurs concernés. 19 analyses des causes et 4 CREX ont été menés au sein des services de soins et font l'objet d'un rapport transmis à la cellule qualité/Gestion des Risques.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de sa démarche qualité sur la base des indicateurs propres à l'activité de la cellule qualité. Il s'agit notamment : du nombre de réunions, du taux de participation dans le COPIL, du nombre de réunions des correspondants qualité/Gestion des Risques, du taux de réalisation du PAQ/Gestion des Risques annuel, du nombre d'analyses des causes profondes et de CREX menées. La cellule dresse un rapport annuel d'activité.

Quelques indicateurs transversaux sont également suivis annuellement ou tous les deux ans : le taux de retour du questionnaire de satisfaction du patient, le nombre d'évènements indésirables signalés et les indicateurs IQSS relatifs à la tenue du dossier patient, à l'identification des troubles nutritionnels, au délai et au contenu des courriers de fin d'hospitalisation.

La gestion des plaintes et des réclamations fait l'objet d'un tableau de suivi tenu par le secrétariat de Direction. Il permet de tracer le délai de réponse aux plaignants et le responsable concerné. La CRUQPC élabore, également, son bilan annuel d'activité à partir duquel elle émet des recommandations. Celles-ci sont intégrées au PAQ/Gestion des Risques global.

L'établissement procède également à l'évaluation de la satisfaction des patients en hospitalisation complète et en CMP. Le dépouillement des questionnaires est annuel et permet d'identifier des points forts et des points à améliorer.

Toutefois, l'évaluation de la satisfaction des patients n'est pas généralisée. En effet, l'évaluation de la satisfaction des patients pris en charge en hôpital de jour et CATTP n'est pas organisée au niveau institutionnel.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'action institutionnel, notamment celles définies à l'issue de l'autodiagnostic par les commissions et les groupes thématiques. Parmi les plus récentes, on peut citer : l'actualisation du système de signalement d'EI informatisé ; le déploiement de la formation à l'analyse des causes profondes des EI (méthode Alarme) ; la structuration des CREX ou encore la formation à la méthode « patient traceur ».

Le programme qualité gestion des risques, est réajusté en fonction des évaluations menées et des résultats obtenus.



La communication des résultats et actions est réalisée auprès des instances concernées : COPIL Qualité/Gestion des Risques ; CME ; CRUQPC et auprès de l'encadrement et des professionnels, lors des réunions institutionnelles ou via l'espace dédié à la qualité/gestion des risques sur l'Intranet. Elle est également effectuée auprès des usagers par affichage et via le site Internet.

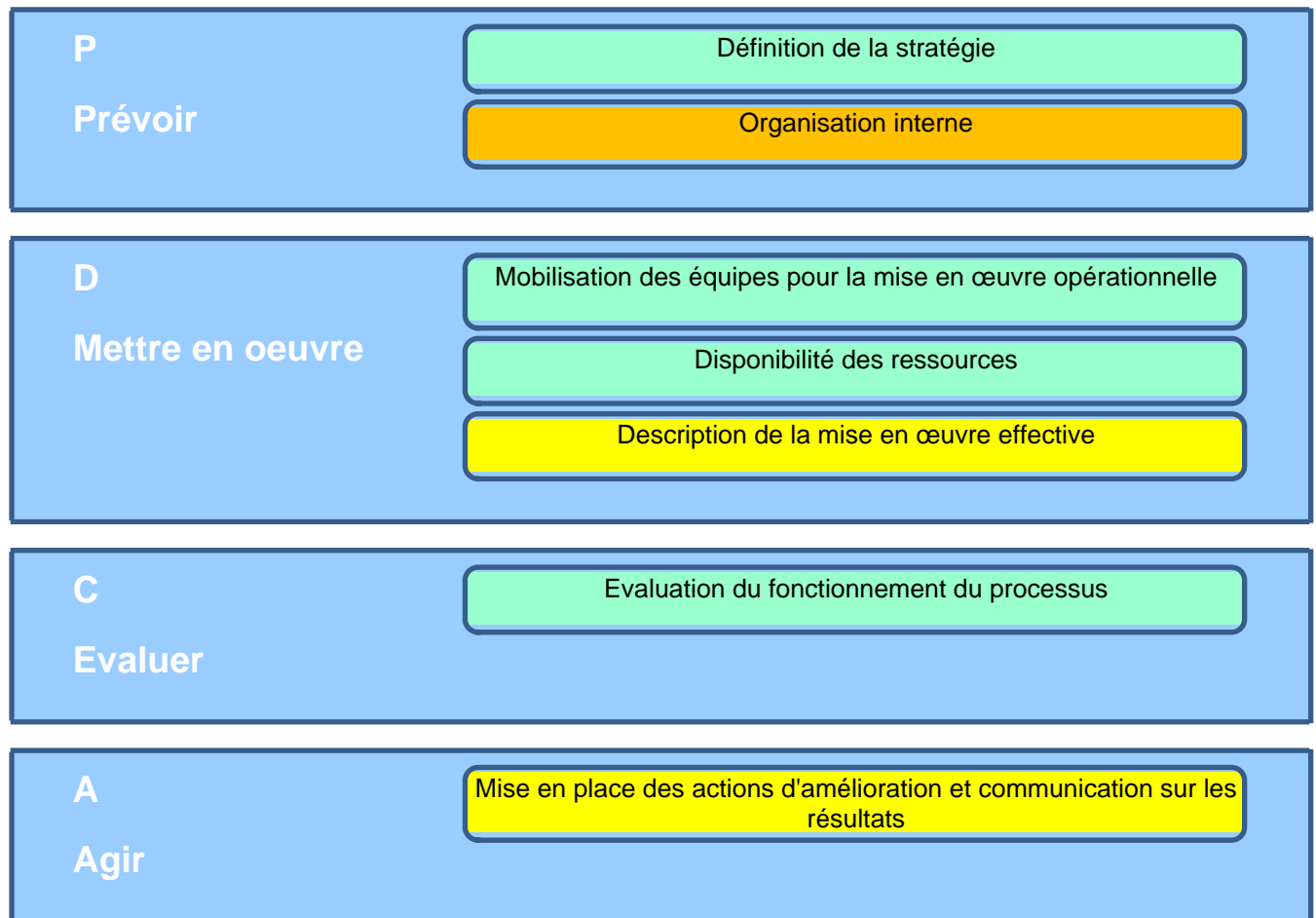
# DROITS DES PATIENTS

## 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 du Centre psychothérapeutique de l'Ain, notamment dans le projet d'établissement établi pour les années 2015 à 2019. Les notions de promotion de la bientraitance, libertés individuelles et restrictions de liberté et information du patient font l'objet de développements spécifiques.

La dimension éthique est prise en compte dans les orientations stratégiques de l'établissement. Les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge. Le comité éthique, créé en novembre 2007, est opérationnel et connu des professionnels, grâce, notamment, à une plaquette d'information diffusée au sein de l'établissement et à la mise en ligne des procès-verbaux sur l'intranet.

En revanche, le projet d'établissement n'intègre pas explicitement le respect de la dignité et de l'intimité du patient. Les notions de respect de la dignité et de l'intimité du patient sont simplement évoquées, alors même que ce risque est bien réel dans l'établissement.

Les représentants d'usagers sont associés à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique relative aux droits du patient, notamment dans le cadre de la CRUQPC. La plaquette de l'Espace des Usagers est jointe au livret d'accueil des patients. Elle mentionne les associations partenaires et précise les permanences ou les modalités de prise de rendez-vous. Les attentes des usagers sont recueillies au travers des questionnaires de sortie et/ou enquêtes de satisfaction. L'engagement de l'établissement pour le respect des droits des usagers est, également, mis en avant dans la Politique d'amélioration de la qualité et dans le Compte Qualité où sont formalisés des objectifs d'améliorations. Les éléments de cette politique sont connus des représentants des usagers.

L'analyse des risques a été réalisée par un groupe de travail constitué, dans le cadre de la construction du compte qualité. Cette analyse a été réalisée au regard de l'analyse des plaintes et réclamations, des signalements d'événements indésirables, des résultats des questionnaires de satisfaction, et/ou des résultats de la dernière certification. Une analyse de processus de type SADT (Structured Analysis and Design Technic) a été réalisée sur le thème relatif à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance auprès du patient et de son entourage, en novembre 2014. Ces risques sont définis et évalués en tenant compte de la criticité et hiérarchisés dans la cartographie des risques. Sur ces bases, différents axes de travail et actions d'amélioration ont été définis et ces éléments ont été repris dans le PAQSS général de l'établissement pour favoriser sa lisibilité par l'ensemble des professionnels. Ce PAQSS développe des axes de travail dans les domaines de l'amélioration du repérage des dommages liés aux soins, l'information du patient, la personne de confiance, la mise sous contention, ou la promotion de la bientraitance. Onze actions sont inscrites dans le PAQSS, au moment de la visite.

**ORGANISATION INTERNE**

Les responsabilités des professionnels concernés ou impliqués dans la politique « droits du patient » ne sont pas définies au travers de fiches de poste. Les responsabilités du COPIL Qualité/Gestion des Risques en matière de pilotage du processus de la thématique relative aux droits du patient ne sont pas expressément formalisées, même s'il est retrouvé dans le rapport d'activité "Qualité et Gestion des Risques" pour l'année 2014, la liste des sujets traités sur la thématique.

De plus, l'établissement n'organise la réponse à ses besoins en ressources matérielles. Les conditions d'hébergement ne sont pas définies dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Pour pallier le manque de lits en hospitalisation complète, les experts-visiteurs ont constaté l'utilisation quasi-systématique de couchettes supplémentaires dans des chambres à un ou déjà plusieurs lits. Cette pratique répandue est connue de la Direction, a été exposée lors des bilans matinaux, ainsi qu'en bilan de fin de visite, sans qu'aucune mesure corrective n'ait été apportée. Ce constat questionne à la fois l'intimité et la dignité du patient ainsi le respect des règles de sécurité incendie.

De la même façon, l'utilisation, en cas de besoin, des chambres d'isolement en chambre hôtelière a, également, été constaté par les experts-visiteurs, lors des visites d'unités.

L'établissement a par ailleurs identifié les risques de non respect de ces droits résultant de la vétusté des locaux et a prévu un programme de construction de nouvelles unités mais sans arrêter de mesure transitoire au jour de la visite.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique relative aux droits du patient. L'établissement s'appuie sur le fonctionnement effectif de la CRUQPC, créée en 2004. Les membres de cette commission sont identifiés et le règlement intérieur est formalisé. Les Représentants des usagers sont formés pour cette mission. Le bilan de la CRU est élaboré et les attentes des usagers sont recueillies au travers des questionnaires de sortie et/ou de satisfaction. Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la CRU par le livret d'accueil qui leur est remis à leur admission. Les représentants des usagers participent à la CRUQ et des représentants d'associations d'usagers animent des permanences au sein de l'Espace des Usagers.

Des ressources humaines sont mobilisées par l'établissement sur cette thématique. Ainsi, des agents sont désignés pour assurer la gestion des plaintes et des réclamations et les demandes d'accès au dossier. Les membres du COPIL Qualité/gestion des risques, les groupes de travail, ainsi que les référents sont mobilisés sur cette thématique.

Les professionnels soignants et administratifs s'assurent du respect des droits du patient, dans le respect des protocoles établis par l'établissement. Des enquêtes de satisfaction sont organisées. Les résultats sont communiqués aux équipes via les réunions, et la mise en ligne sur l'intranet de l'établissement. Des enquêtes ponctuelles ont été réalisées dans les unités de suite, le Centre d'Accueil Permanent (CAP) et les Centres Médico-Psychologiques (CMP). Les cadres de santé s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment, les protocoles concernant l'utilisation des contentions, ou la mise en chambre d'isolement.

Les professionnels participent au comité éthique. Les staffs hebdomadaires associent les différents professionnels concernés et abordent le respect des droits du patient. Une action spécifique d'amélioration a eu lieu sur la promotion de la bientraitance, qui a fait l'objet d'un groupe de travail. Des EPP sont, également, réalisées sur différents sujets tels la mise en chambre d'isolement, la traçabilité et l'évaluation, les restrictions de liberté et venir, ainsi que le respect des prescriptions de contention.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des formations aux droits des patients destinées aux professionnels sont organisées, notamment les actions de formation relatives à l'information du patient en cas de dommage lié aux soins ou en matière de promotion de la bientraitance. Par ailleurs, des formations ont dispensées auprès des professionnels dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. Des supports de formation sont à disposition des professionnels sur la gestion documentaire. La communication des informations relatives aux droits des patients et au fonctionnement de la CRU s'opère pour les patients par l'intermédiaire du livret d'accueil et/ou des campagnes d'affichage, et de journées thématiques. Dès 2014, l'établissement a mis en place un programme DPC sur la bientraitance, ainsi qu'un autre portant sur les bonnes pratiques de contention physique. Des réunions spécifiques sur les droits se sont tenues à destination de l'encadrement.

Des procédures sont mises à disposition des professionnels. Ceux-ci sont informés par le biais de la gestion documentaire. Ces actions de sensibilisation permettent une appropriation de la thématique relative aux droits du patient par le plus grand nombre.

Une fiche de restriction de liberté d'aller et venir est à disposition des professionnels, et est renseignée, dès l'admission.

Les professionnels ont la possibilité, par ailleurs, de faire appel à un interprète pour un patient parlant uniquement une langue étrangère.

Un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins est en place. Un état des lieux a été fait lors des formations/action sur la prévention de la maltraitance destinée à l'encadrement, qui a débouché sur la rédaction et diffusion de la Charte de bientraitance. Ces documents sont connus des professionnels. Des équipes ont mis en place une procédure d'accompagnement spécifique à l'annonce du diagnostic notamment le Dispositif Personnes âgées (DPA) pour le diagnostic de maladie d'Alzheimer, la psychiatrie infanto-juvénile pour le diagnostic d'autisme.

L'établissement dispose d'un dispositif structuré d'hospitalisation sans consentement : procédures, information et recherche d'adhésion des patients, formation des professionnels. L'établissement dispose de supports relatifs aux modalités d'admission de patients sous contrainte (admission d'un patient détenu à la demande du représentant de l'état, admission d'un patient admis à la demande d'un tiers ....). Ces différents supports sont disponibles sur l'intranet de l'établissement.

L'établissement dispose de protocoles relatifs à la restriction de liberté d'aller et venir, à l'isolement, la contention et à l'apaisement.

Néanmoins, les ressources en matériels nécessaires au respect de la dignité et de l'intimité du patient ne sont pas disponibles dans les secteurs. Dans plusieurs unités de soins psychiatriques vétustes, notamment les unités de Suite (Charcot, Pussin et Kraepelin), ainsi que l'Unité de Soins Spécialisée dans la prise en charge des Psychotiques déficitaires graves (l'unité Bourneville), existent des chambres à 4, 3 ou 2 lits, sans séparation. De nombreuses chambres ne sont pas équipées de bloc sanitaire complet.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

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. Le refus de soin est discuté en réunion de synthèse, mais toujours tracé dans le dossier du patient.

L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Des mesures sont en place, à ce sujet : mise en place d'une charte informatique, définition de droits d'accès, élimination des documents nominatifs par broyage, transport sécurisé des dossiers patient. Les professionnels accèdent au dossier patient informatisé via un identifiant et un mot de passe avant d'accéder au contenu du dossier. Un projet "bris de glace" est à l'étude avec le DIM, ceci afin de limiter la consultation des dossiers patients au "strictement indispensable". Le respect de la confidentialité est, également, inscrit dans le règlement intérieur de l'établissement. Chaque nouveau professionnel reçoit à son arrivée un livret d'accueil qui réaffirme cette obligation. Les fiches de poste y font systématiquement référence. Une procédure de présence confidentielle a été rédigée et diffusée.

L'information du patient est assurée et son consentement est recherché. Le livret d'accueil du patient intègre un volet dédié aux droits du patient, qui reprend de façon synthétique, l'ensemble des droits ouverts pour le patient. Un "guide de bonnes pratiques pour l'information médicale du patient" (état de santé et traitement) ; un recueil relatif au consentement, à la discussion bénéfice risque et leur traçabilité a été rédigé, ainsi qu'un guide de bonnes pratiques sur « l'information au patient hospitalisé sur ses conditions de séjour » décrivant les informations que les soignants doivent apporter au patient lors de son arrivée dans l'unité de soins. Les patients peuvent, également, avoir des renseignements divers par l'intermédiaire de la maison des usagers.

Le respect des rites et religions est pris en compte, ainsi que le droit de vote et de recensement.

Les modalités pour désigner la personne de confiance sont mises en œuvre : les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance via le livret d'accueil. Un formulaire, mis au point par l'établissement, permet aux professionnels de recueillir l'information. Ce formulaire est connu des professionnels et renseigné.

L'accueil et l'accompagnement de l'entourage est assuré : l'établissement prend des dispositions pour faciliter l'accueil et l'accompagnement de l'entourage (adaptation des horaires de visite, accueil personnalisé). Ces dispositions sont ajustées et précisées dans les règles de vie mises en place par les unités de soins.

La promotion de la bientraitance est organisée : le signalement de suspicion ou d'acte de maltraitance est prévu dans la fiche de déclaration des événements indésirables. Le nombre de suspicion ou d'acte de maltraitance est un indicateur suivi par le COPIL Qualité/Gestion des Risques. Un groupe pluri-professionnel a rédigé une charte pour la promotion de la bientraitance, labellisée en 2011 par l'ARS. Elle est incluse dans le livret d'accueil des patients, remise aux professionnels à leur arrivée et affichée dans tous les services, accessible sur intranet et le site internet de l'établissement.

Le consentement du patient est recherché. Le consentement du patient en cas de séances d'ECT fait, également, l'objet d'une procédure. Il existe une fiche générique de consentement écrit du patient, notamment en cas de prescription d'électro convulsivothérapie.

Toutefois, les prescriptions relatives à l'isolement, à l'apaisement et à la contention ne sont pas conformes aux recommandations de bonne pratique. Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, mais la réévaluation n'est pas garantie, en termes de délais, du fait notamment, du nombre de chambres d'isolement existantes dans l'établissement (46 chambres d'isolement recensées) :

- la procédure relative à la mise en isolement prévoit une réévaluation médicale toutes les 24 heures ; celles-ci ne sont pas effectives dans plusieurs unités, notamment dans l'unité Pinel ou les unités de suite. Dans l'unité Pinel, toutes les chambres proposées sont des chambres d'isolement, toutes équipées de contention. Il a été constaté, lors de la visite de cette unité, que les prescriptions de contention et/ou d'isolement, rédigées le vendredi, n'étaient pas réévaluées, les week-ends. Par ailleurs, la prise en charge des patients mineurs ne fait pas l'objet d'une réflexion et d'un projet de soin spécifique.

- Il en est de même pour la contention : le compte rendu de l'audit, réalisé début 2014, précise que la prescription initiale est supérieure à 48h dans presque la moitié des cas, établie souvent pour plusieurs mois. A quoi s'ajoute les contentions dites "si besoins". Pour ce dernier cas de figure, la contention "si besoin" permet de mettre un patient sous contention, sans que cette décision soignante soit validée, par un médecin, dans les 24h.

- Il a été constaté, dans les unités de suite, que l'apaisement était appliqué, de façon systématique, pour tous les patients d'une même unité sur des créneaux horaires pré déterminés.

De plus, la liberté d'aller et venir n'est pas respectée dans plusieurs unités. L'établissement dispose de 4 unités ouvertes (US ados, Renouée, Unité de préparation à la sortie et Hélios). Les autres unités, qui accueillent des patients de tous statuts (Hospitalisation Libre, Hospitalisation à la demande d'un tiers, Hospitalisation à la demande du représentant de l'état) sont, toutes, fermées.

- Dans les unités de suite, les patients en hospitalisation libre peuvent sortir, mais les sorties sont souvent programmées et conditionnées à la disponibilité des professionnels présents, notamment pour les patients des unités dits de suite, qui disposent d'un accès restreint, voire limité à la cour intérieure.

- Dans l'unité Ormet, les patients sont mis en pyjama, dès l'admission et restent, dans cette tenue, jusqu'à l'entretien médical.

- Dans l'unité Pinel, la mise en pyjama est systématique, dès l'admission, et les effets personnels sont interdits. L'usage du tabac dans cette unité, comme dans de nombreuses unités, de soins est strictement réglementé. Ces éléments ont été portés à la connaissance de l'établissement lors de la visite de certification.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La politique relative aux droits du patient est évaluée, au travers de différents audits :

- Audit concernant l'application du protocole de liberté d'aller et venir.
- Audit sur la traçabilité et l'évaluation de la réflexion B/R et de la recherche du consentement du patient.
- Audits sur la contention : Le respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté a fait l'objet d'audits pour évaluer la conformité de la prescription de contention à la procédure et le respect des bonnes pratiques dans les méthodes de contention physique au lit.
- L'audit sur la traçabilité de l'information en cas de dommage lié aux soins est conduit en routine par la cellule Qualité/Gestion des Risques. Les bilans annuels, les résultats d'audit sont présentés dans les instances et envoyés aux membres de celles-ci (CME, CSIRMT, CRUQPC...). Ils sont disponibles sur le site Intranet de l'établissement. L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions, contenues dans le PAQ, relatif sont assurés par le COPIL Qualité/Gestion des Risques, à raison d'une réunion par trimestre.

Des indicateurs de suivi sont, également, identifiés. Les résultats sont communiqués aux professionnels.

Des enquêtes ponctuelles ont été réalisées dans les unités de suite, le Centre d'Accueil Permanent et les CMP.

La satisfaction des usagers est recueillie au travers d'un questionnaire de satisfaction, remis au patient à sa sortie de l'unité de soins et d'enquêtes de satisfaction organisées ponctuellement dans les unités de suite. Un groupe pluri professionnel a été missionné par le COPIL qualité/Gestion des risques, pour travailler à l'amélioration du recueil et de la satisfaction des usagers. Le taux de retour est en constante augmentation depuis 2008, même s'il reste faible en pédopsychiatrie. Les données recueillies sont traitées globalement, puis par unités de soins, semestriellement et annuellement. Les résultats sont mis à disposition de tous les professionnels sur Intranet.

## A / AGIR

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

Des actions d'évaluation sont mises en œuvre : l'audit relatif à la traçabilité de l'information en cas de dommage lié aux soins, conduit en routine par le COPIL Qualité/Gestion des Risques, permet la définition d'actions d'amélioration. Ainsi, un mail est systématiquement envoyé au déclarant, au cadre, cadre supérieur et médecin-chef de service. Ce mail rappelle l'obligation d'informer le patient et demande au déclarant de s'assurer de la traçabilité sur le dossier patient de l'information délivrée au patient ou à ses proches.

La CRUQPC formalise des recommandations dans le cadre du rapport d'activités et celles-ci sont prises en compte par la Direction. Parmi les actions retenues, il à noter la réactualisation du programme d'amélioration sur l'information donnée au patient.

D'autres actions sont engagées, suite aux évaluations réalisées, comme :

- la reconstruction des services de suite et l'unité Bourneville sur les années 2015-2018 ;
- la mise en place d'une check-list d'entrée commune à toutes les unités de soins annexée au guide de bonnes pratiques ;
- la révision par la cellule d'identitovigilance de la règle relative au cryptage du dossier patient.

Lorsqu'elles existent, les actions d'amélioration issues des audits réalisés sur la thématique ne sont pas, toutes, intégrées dans le PAQSS. De même, les échéances planifiées dans le PAQSS ne sont pas toujours respectées et les motifs des reports opérés ne sont pas motivés.

Cependant, des actions d'amélioration portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté ne sont pas mises en œuvre. Les résultats des audits n'ont pas permis de mettre en place des actions correctives permettant de remédier aux nombreux dysfonctionnements identifiés en matière de pratiques d'isolement, de contention, de liberté et de venir, et d'intimité et de dignité. En effet, l'établissement n'a pas pris la pleine mesure de l'existence d'une grave situation à risques découlant de ces éléments et de la nécessité d'en faire un objectif d'amélioration, décliné dans un plan d'actions structuré et suivi. Les secteurs d'activité n'identifient pas les situations nécessitant une restriction de liberté, notamment en matière d'isolement et de contention et ne

sont donc pas, toujours, en mesure de maîtriser les risques identifiés. L'organisation actuelle ne permet pas de garantir la résolution effective et pérenne des dysfonctionnements, ainsi observés. Dans ces conditions, les procédures et protocoles ne sont pas régulièrement révisés et la politique relative aux droits du patient n'est pas réajustée.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

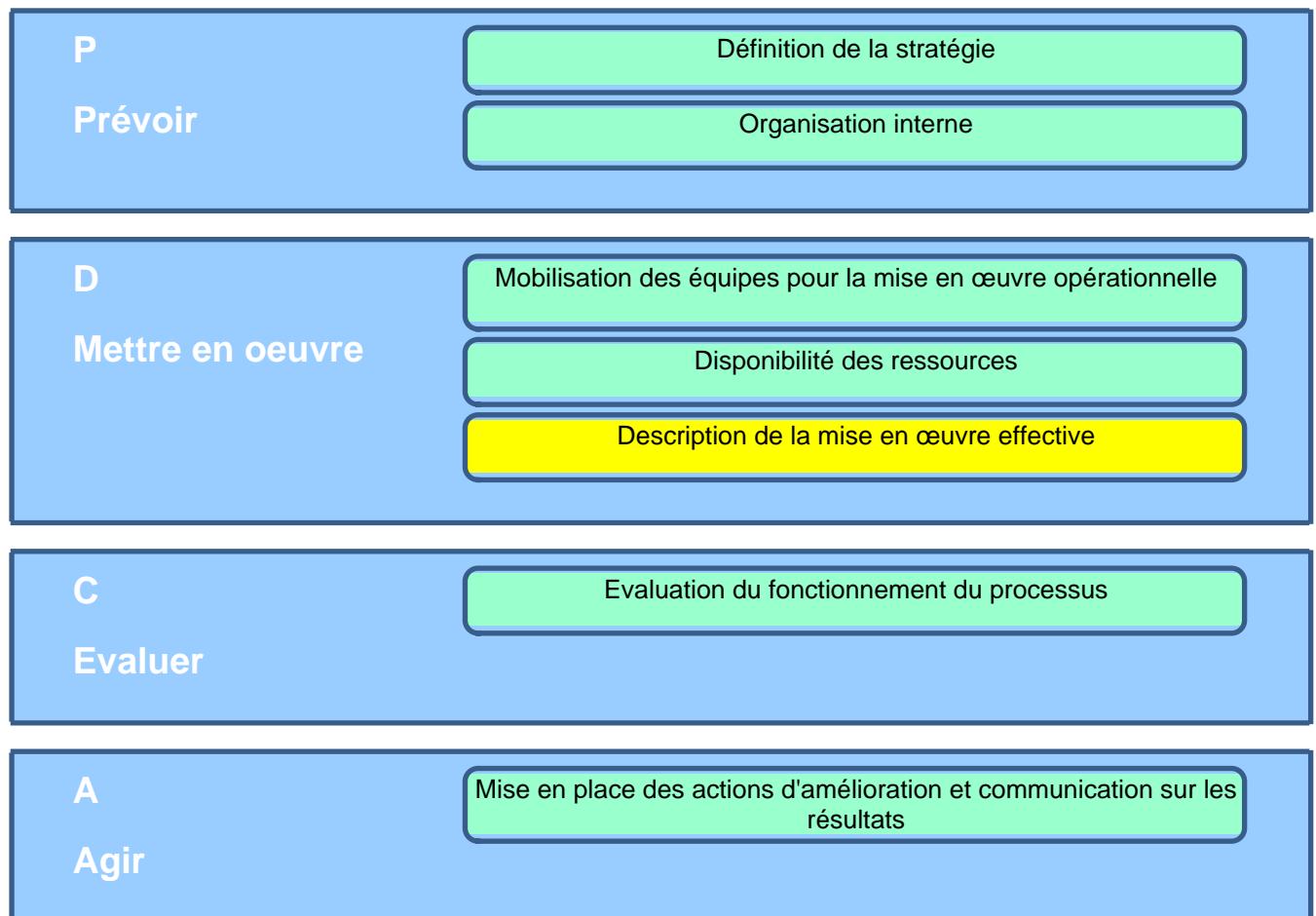
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre Psychothérapique de l'Ain a défini sa politique du Parcours patient dans le projet d'établissement 2015-2019, notamment dans le projet de soins, en cohérence avec le CPOM. Cette politique a été élaborée en tenant compte du plan santé mentale, du plan régional de santé, du contexte démographique et des attentes des usagers. Elle s'appuie sur une identification des besoins et des risques propres à l'établissement à partir de l'analyse de données, en particulier des indicateurs nationaux, d'évaluations internes et externes et d'analyses de processus déterminés par les professionnels comme : le risque suicidaire, les troubles nutritionnels, la continuité et coordination des soins et la prise en charge somatique.

Les objectifs de cette politique de soins sont identifiés : réorganiser l'offre de soins sectorielle, faire évoluer les dispositifs spécialisés (par exemple personnes âgées, dispositifs de réhabilitation, de suite), développer les partenariats et parcours de soins, l'attractivité et les thérapeutiques innovantes, la qualité et sécurité des soins. Cette politique a été validée par la CME et la CRU. Elle est déclinée dans un programme d'actions qualité et sécurité des soins prioritaires. Elle a fait l'objet d'une présentation à l'encadrement des services de soins, administratif, technique, logistique et achats.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus Parcours patient : le comité de pilotage qualité gestion des risques. Ses missions et modalités de fonctionnement sont répertoriées dans le rapport d'activité annuel. Ce comité s'appuie sur les instances existantes telles que le CLAN muni d'un règlement intérieur et sur les chefs de projet (médecin et cadre de santé) en charge des 4 processus : risque suicidaire, troubles nutritionnels, continuité et coordination de la prise en charge et prise en charge somatique.

Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est identifié, conformément à la réglementation.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement définit les ressources nécessaires dans le volet "Projet ressources humaines" du projet d'établissement et dans les projets de secteurs et de services (équipe de prise en charge somatique dédiée composée de médecins généralistes et spécialistes, kinésithérapeutes, dentiste). Un dispositif d'intégration des nouveaux est en place. Le recueil des souhaits en formation est organisé. Des volets formation obligatoire, individuelle et en lien avec les projets de service sont déployés.

Toutefois, les fiches de poste des professionnels chargés du pilotage opérationnel du Parcours patient ne sont pas formalisées. Les rôles et responsabilités des chefs de projet (médecin et cadre de santé) en charge du pilotage opérationnel des 4 processus à risque identifié ne sont pas formalisés, ce qui ne légitime pas leur travail et ne facilite pas la lisibilité entre la répartition des responsabilités entre les chefs de projet et les responsables médicaux et paramédicaux des secteurs et des services.

Les ressources matériels sont définies au regard des projets et adaptés aux besoins (locaux, nombre de postes informatiques, matériel d'urgence, par exemple).

Les ressources documentaires (procédures, protocoles) sont prévues. A titre d'exemple, guide de bonnes pratiques des règles d'orientation et d'admission, accueil du patient au Centre d'Accueil Permanent, gestion de situation d'urgence...

Les projets de services et de pôle de pédopsychiatrie comportent une déclinaison sur la prise en charge personnes âgées, sur les détenus et les enfants et adolescents.

En revanche, les modalités de prise en charge des enfants dans les services d'adultes ne sont pas formalisées. L'absence de référence peut entraîner des pratiques indifférenciées sans tenir compte des spécificités des uns et des autres, en particulier lors de mise en chambre d'isolement.

La gestion des interfaces opérationnelles entre le pilotage et le terrain repose sur les médecins chefs de secteurs, les cadres supérieurs de santé et cadres de service, ainsi que sur les responsables identifiés des 4 processus : les chefs de projet.

Le système de gardes et d'astreinte est organisé afin d'assurer une permanence des soins 24h/24.

Les mécanismes de concertation et de coordination permettant d'assurer le relais, entre les équipes associées aux différentes modalités de prise en charge (ambulatoire, temps partiel et temps plein), entre les équipes psychiatriques et somatiques sont en place. Le recours à des spécialistes en cas de besoin est organisé.

Les temps de transmission et de réunions pluri professionnelles sont prévus dans tous les services. Des conventions sont signées avec un laboratoire de biologie, un cabinet d'imagerie, les structures hospitalières et médico-sociales environnantes.

L'articulation des activités de soins de suite, de réadaptation, de réhabilitation sont prises en compte

dans les projets de prise en charge.  
L'établissement a déposé un programme d'éducation pour les patients souffrant de schizophrénie à l'ARS pour labellisation.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La démarche institutionnelle est déclinée au sein des services en objectifs et plan d'actions par les responsables médicaux et par les cadres de santé, ainsi que par les chefs de projet des 4 processus : prise en charge somatique, troubles nutritionnels, continuité et coordination et risque suicidaire et les responsables d'instance. Cette déclinaison concerne les objectifs généraux et propres à chaque secteur.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur, lors des réunions d'équipes, en s'appuyant sur les informations disponibles sur intranet et dans le journal Info-qualité.

Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin, comme la traçabilité régulière de la surveillance de l'IMC.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence sont disponibles au sein des services, elles sont adaptées aux spécificités en nombre et en qualification. Des médecins somaticiens, dentiste et kinésithérapeute contribuent à la prise en charge globale des patients.

Les professionnels accèdent à des formations obligatoires, comme l'incendie, et à des formations spécifiques à leur lieu d'exercice comme les entretiens motivationnels au sein du Dispositif de Soins de Réhabilitation Psycho-sociale. Des professionnels sont également formés à l'éducation thérapeutique (formation de 40h pour un psychiatre et un pharmacien et DU pour un second pharmacien). Le tutorat infirmier est en place dans le cadre de la transmission des savoirs en psychiatrie. La formation "Gestes d'urgence" est déployée en interne depuis 2006.

Les ressources documentaires sont disponibles (protocoles et procédures, supports d'enregistrement) dans la gestion documentaire informatisée connue par tous. Les tableaux de garde et d'astreinte sont disponibles et les professionnels savent s'y référer.

Les ressources matérielles sont disponibles, par exemple 3 chambres individuelles de courte hospitalisation au Centre d'Accueil Permanent, et dans les services : des postes informatiques, défibrillateur cardiaque, matériel de contention. Le suivi et la maintenance en sont assurés.

Un programme de travaux est établi et mis en œuvre progressivement pour les unités les plus anciennes de manière à faciliter la prise en charge des patients.

Toutefois, la formation des professionnels aux premiers gestes de secours n'est pas toujours assurée.

L'établissement a fait le choix de dispenser la formation aux gestes d'urgences dans le cadre du DPC, comprenant 1 journée pour la pratique dispensée par un groupe de formateurs, eux-mêmes titulaires de l'AFGSU de niveau 2. Quelques infirmiers rencontrés n'ont pas été formés depuis plus de 5 ans, notamment dans le pôle de pédopsychiatrie. L'établissement ne dispose pas de taux de professionnels formés.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues à l'échelle institutionnelle et propres à leur service.

En pratique, le dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une admission non programmée est opérationnel, reposant sur les CMP, le Centre d'Accueil Permanent et la psychiatrie de liaison.

Les dispositifs d'accueil pour une admission programmée sont mis en œuvre selon les nombreuses particularités : consultations médicales avancées, entre l'hospitalisation séquentielle et complète. La composante somatique des patients à l'admission et tout au long de son séjour est organisée et est effective à échéance régulière et en cas de besoin urgent.

L'ensemble des professionnels concernés se réunit à un rythme défini et se concertent pour élaborer le projet de soins personnalisés des patients.

Les procédures de prise en charge de l'urgence vitale sont connues des professionnels.

La traçabilité des paramètres et des données de suivi des troubles nutritionnels est majoritairement assurée, comme l'atteste l'indicateur IPAQSS. Le risque suicidaire est pris en considération. Un groupe de travail a élaboré une grille d'évaluation en cours de test dans 4 services.

Les patients appartenant à une population spécifique bénéficient des dispositifs dédiés comme le CMP personne âgée, l'HDJ enfant ou la filière réhabilitation psycho-sociale.

La sortie des patients est organisée précocement et sur une durée adaptée à la population concernée. Les professionnels d'aval y sont associés. En cas de besoin, une fiche de liaison infirmière est transmise. Les patients disposent d'un plan d'aide à domicile, des rendez-vous et des prescriptions en vue d'assurer la continuité des soins.

Toutefois, l'évaluation initiale et continue du patient n'est pas toujours tracée réalisée dans un délai adapté à son état de santé. La traçabilité de l'évaluation initiale des infirmiers ne prend pas en compte l'ensemble des besoins. Le repérage de l'ensemble des besoins des patients n'est en effet que rarement tracé. De plus, dans un des services de suite, lors de l'admission en chambre d'isolement, l'évaluation psychiatrique n'est pas notée. Enfin, le délai d'intégration des informations médicales par les secrétaires ne permet pas toujours la mise à disposition des informations cliniques en temps utile pour tous les professionnels. Ce constat est confirmé pour le patient traceur enfant rencontré pendant la visite.

La réflexion bénéfice-risque n'est pas toujours lisible dans l'élaboration du projet de soins personnalisé. La réflexion bénéfice-risque n'est pas notée fréquemment dans les dossiers des patients, que ce soit lors de l'évaluation initiale, de la modification de prescriptions médicamenteuses ou de nouvelles orientations thérapeutiques, ce que confirme les constats relevés lors des patients traceurs.

L'identification et la surveillance des patients à risque suicidaire et l'organisation de leur prise en charge afin de prévenir le passage à l'acte ne sont pas assurés. Dans le cadre de la gestion d'un des risques majeurs identifiés, un groupe de travail piloté par les chefs de projet a élaboré une grille d'évaluation du risque suicidaire. Dans les services ne bénéficiant pas du test, les pratiques sont hétérogènes et les éléments d'identification et de surveillance ne sont parfois pas retrouvés, comme le confirme les constats relevés lors de plusieurs patients traceurs.

L'éducation thérapeutique n'est pas déployée dans l'établissement. Des programmes d'éducation thérapeutique ou des programmes d'actions d'éducation à la santé structurés par l'Unité Fonctionnelle Médicale Somatique ne sont pas mis en œuvre dans les services, constat partagé avec les soignants rencontrés.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et de la mise en œuvre de ses orientations, par exemple lors du recueil des indicateurs IPAQSS, suivi des événements indésirables déclarés (en particulier chutes, urgences somatiques, tentatives de suicide), suivi des délais d'attente au CPA et de l'hospitalisation de courte durée, durée de séjours, nombre de ré hospitalisations...

Des indicateurs d'activités et de ressources sont suivis dans les rapports d'activités de chaque secteur.

Le comité de pilotage qualité gestion des risques assure tous les trimestres une revue du programme d'action qualité et sécurité des soins sur la base notamment d'indicateurs nationaux, d'EPP sur le risque suicidaire par exemple, de questionnaires de sortie et enquêtes de satisfaction ponctuelles dans la plupart des secteurs, d'audits patient traceur, d'analyses d'événements indésirables.

Entre janvier et octobre 2015, 2 RMM ont porté sur des urgences somatiques. La méthode du patient traceur a été mise en place, à des fins d'évaluation du processus dans différentes unités (4 patients traceurs sur l'US enfants, 2 dans le dispositif de personnes âgées et 3 dans des HDJ). Le patient chuteur fait l'objet d'une évaluation en particulier dans les 2 US accueillants des patients âgés.

Toutefois, le dispositif d'évaluation ne prend pas en compte toutes les étapes du parcours patient dans tous les secteurs d'activité. Le dispositif d'évaluation ne porte pas sur le dispositif concernant les détenus et personnes âgées (hormis le patient chuteur), sur l'éducation thérapeutique ni la pertinence de l'orientation à la sortie.

## A / AGIR

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

L'établissement identifie des actions d'amélioration à partir des évaluations réalisées et analyses de cas (CREX, RMM) et lors de l'étude des 4 processus propres au Parcours patient. Elles sont intégrées et articulées avec le programme d'actions qualité et sécurité des soins. Les actions en lien avec les risques majeurs sont intégrées au compte qualité et mises en œuvre.

La communication est effective : compte rendus lors de réunions institutionnelles (CME, CSIRMT, CRU, comité qualité gestion des risques, réunions d'encadrement des soins et de services), intranet, Info qualité.

Le courrier de fin d'hospitalisation est adressé au médecin assurant le relais à la sortie. L'établissement s'est saisi du faible résultat de l'indicateur du courrier de fin d'hospitalisation et met en œuvre des actions correctives, par exemple un programme type DPC pour les médecins, ainsi qu'un test de prototype de courrier de sortie. La communication des résultats initiaux et l'étape cognitive du DPC ont été réalisées, la mesure d'impact est prévue dans le cadre de la nouvelle campagne de recueil des IPAQSS 2016.



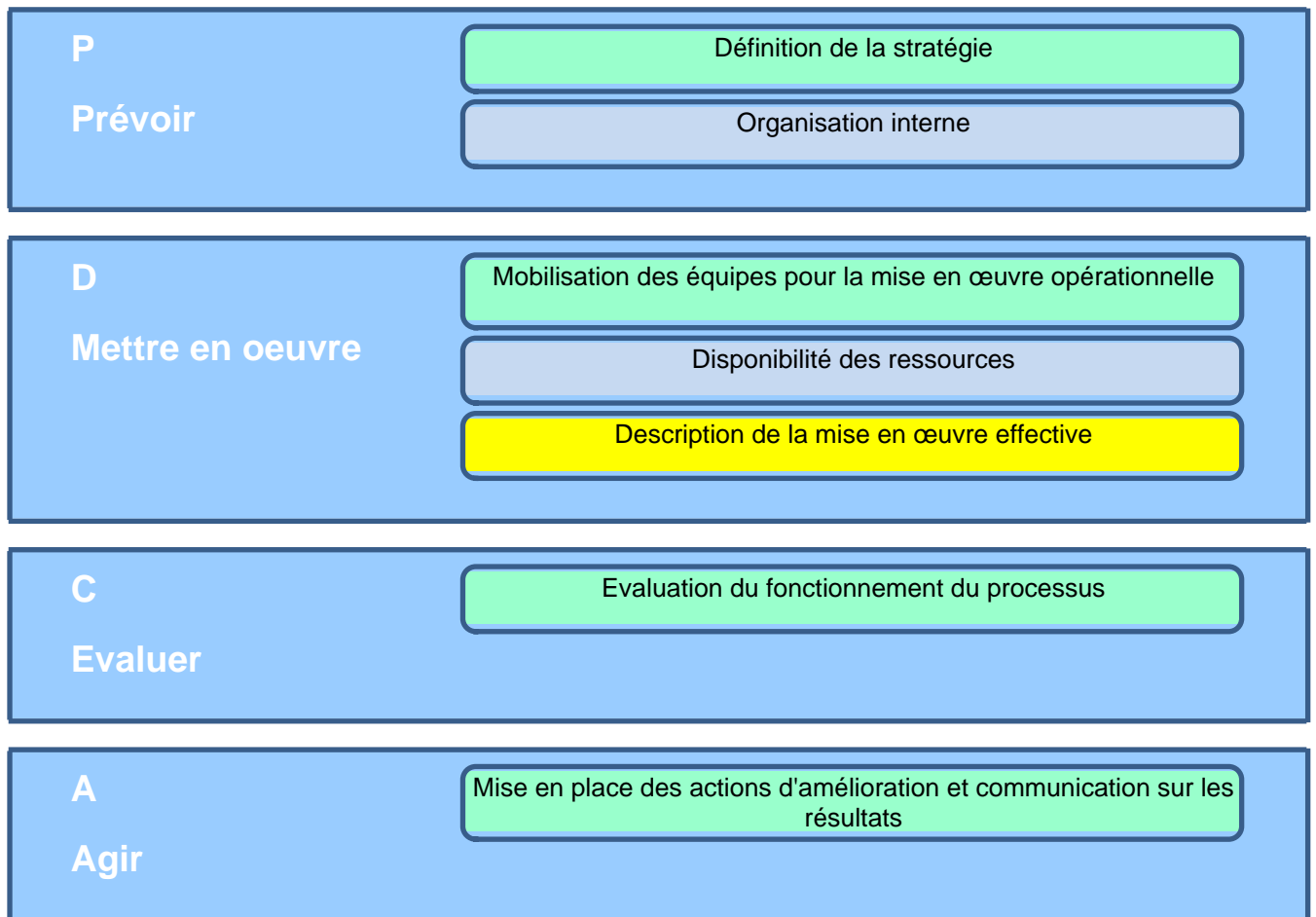
# DOSSIER PATIENT

## 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**

La politique du dossier patient du Centre Thérapeutique de L'Ain est déclinée dans le projet d'établissement 2015-2019. Elle 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.

La mise en œuvre de cette politique est déclinée dans un programme d'amélioration. Celui-ci précise, pour chaque action, les modalités de suivi, les responsabilités pour chacune des actions, ainsi que la planification des actions dans des délais fixés. Il est intégré au PAQSS et comprend notamment :

- l'amélioration de la procédure et les supports de prescription, renouvellement, surveillance de « soins intensifs » (MCI, apaisement, contention) ;
- l'informatisation, le développement de l'informatisation des autres prescriptions ;
- l'amélioration de l'ergonomie du logiciel ;
- la révision du Guide du Dossier Patient (DPa) ;
- l'inscription dans les rapports annuels de secteur des résultats d'audit de tenue du dossier et des actions d'améliorations engagées ;
- le renforcement de la pédagogie auprès des acteurs du soin sur sa traçabilité et la tenue du dossier.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus relatif au dossier patient est opérationnel. Le rôle et les responsabilités des différents acteurs du soin sont inscrits dans le « guide du dossier du patient » promulgué en septembre 2004 et régulièrement actualisée depuis. Une organisation est définie par l'établissement pour piloter le processus de gestion du dossier patient au travers le Conseil de DIM. La composition et les missions de cette instance sont précisées dans un règlement intérieur. Cette instance est chargée de piloter la gestion du dossier patient sur le plan stratégique. Le pilotage opérationnel est assuré, quant à lui, par le service DIM, composé, outre le médecin, de 3 techniciennes de l'information médicale. Ce service assure la formation, le conseil ainsi que les dépannages liés au logiciel. Le service DIM s'appuie, également, sur un réseau structuré, constitué de "référénts dossier patient" et de formateurs, au nombre de huit. Le Conseil de DIM associe des représentants des catégories soignantes et de la direction ; leurs procès-verbaux sont publiés sur l'intranet. Le Conseil de DIM a missionné une cellule de révision du Guide du DPA, pour actualiser le guide de tenue du dossier patient.

Cette organisation est connue des professionnels de l'établissement. Toutefois, les rôles et les responsabilités des acteurs identifiés dans la gestion du dossier patient informatisé ne sont pas formalisés dans des fiches de poste. Celle du médecin DIM est en cours de finalisation.

Le dossier patient a fait l'objet d'une informatisation du dossier dès 2005 ; un changement de logiciel est intervenu en février 2012. Le dossier patient informatisé est déployé sur l'ensemble des structures intra et extra hospitalières, intégrant l'informatisation du circuit du médicament, ainsi que la prescription connectée pour les examens de biologie. Les modules "actes et examens" et "rôle propre" sont, également, déployés. Les modalités de déploiement du dossier patient informatisé ont été définies et formalisées, lors de l'installation du logiciel. Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées : elles sont précisées dans le guide d'utilisation du dossier patient présent dans chaque service et accessible via l'intranet de l'établissement. Les modalités de création, de structuration, de classement des supports et les responsabilités sont spécifiées, ainsi qu'un rappel sur les principes de confidentialité.

Ce guide est complété par différentes procédures ou guides, à savoir, notamment :

- Guide du dossier du patient, et Procédure de révision du Guide du Dossier (Dpa),
- Procédure saisie de l'identité et recherche patient,
- Guide de bonnes pratiques pour l'information médicale, le recueil du consentement et leur traçabilité ;
- Procédure d'accès au dossier papier, et procédure d'accès aux informations de santé personnelles.

Les données informatisées des hospitalisations antérieures ont été intégrées dans le dossier patient informatisé. Ces supports sont accessibles sur l'intranet de l'établissement.

La coordination des soins entre les unités intra et extra est assurée par le biais du Dossier Patient Informatisé. Celui-ci constitue un outil de partage des informations de manière sécurisée et un élément de la continuité des soins dans le cadre d'une prise en charge pluri professionnelle et pluridisciplinaire.

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.) : les remarques ou demandes d'amélioration sont faites au médecin du DIM, qui sollicite, ensuite, les prestataires concernés. Le suivi de ces démarches est formalisé.

L'accès du patient à son dossier fait l'objet d'une procédure en conformité avec les textes réglementaires en vigueur. Ce sujet est, également, abordé dans le livret d'accueil au travers notamment de la charte de la personne hospitalisée.

La responsable de la gestion administrative des patients a été identifiée pour assurer la gestion des demandes d'accès au dossier dans le respect des délais définis par la réglementation en vigueur.

La sécurité du dossier patient informatisé est, régie, quant à elle, par le plan de secours du système d'information hospitalier. Ce plan permet en cas d'indisponibilité du dossier patient informatisé, d'accéder aux informations nécessaires à la continuité de l'activité. Un mode dégradé, en cas de panne du logiciel, fait l'objet d'une procédure.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les équipes s'impliquent dans la mise en œuvre du dossier patient et les actions d'amélioration relatives à sa gestion. L'établissement s'assure de la conformité des pratiques et dispositions prévues en matière d'accès au dossier et de tenue du dossier. Le personnel participe à l'élaboration des protocoles, ainsi qu'aux évaluations. La poursuite du déploiement de l'informatisation du dossier est organisée au travers d'une démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une implication des équipes, notamment par des actions de sensibilisations régulières des référents et des formateurs auprès des professionnels. Les résultats des audits sont présentés aux équipes soignantes, aux instances. Les équipes sont en particuliers mobilisées par les déclarations d'EI, les REMED. Les actions d'amélioration sont conçues en groupes de travail pluri professionnels. Les résultats sont communiqués aux équipes par la messagerie interne. Les formations aux évolutions du logiciel sont assurées par le DIM, à chaque changement de version. Une information ciblée est adressée à tous les professionnels, via la lettre d'information du DIM. Les nouveaux arrivants sont formés par les pairs et disposent d'outils sur la gestion documentaire, adaptés aux besoins des paramédicaux et des médecins.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des formations régulières. La formation initiale des utilisateurs du logiciel a été assurée par des formateurs relais, qui ont pu former par la suite les professionnels de l'établissement. Ces formateurs assurent, également, la formation des nouveaux arrivants. Le personnel médical, ainsi que les internes sont formés par le médecin DIM.

Des informations régulières sont données sur l'évolution du Dossier Patient Informatisé via une lettre d'informations rédigée et diffusée par le médecin du DIM. Celle-ci est complétée par l'envoi de courriels, contenant des liens vers des supports de formation et/ou de tutoriels, permettant une véritable actualisation des connaissances.

L'établissement, par ailleurs, mis à disposition des professionnels une hot line pour assurer la maintenance et apporter les conseils en cas de besoin.

Les ressources matérielles sont adaptées, tant pour les postes informatique, que pour les imprimantes ou les scanners. Un mode dégradé a été rédigé en cas de panne du dossier patient informatisé. Celui-ci a été testé, le 19 octobre dernier, et a fait l'objet d'actions correctives.

L'établissement a identifié et organisé des locaux d'archivage et les moyens techniques pour permettre d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. La démarche est structurée et connue des professionnels. Une gestion informatisée a été mise en place afin de gérer et de géolocaliser les archives médicales sur les différentes structures participant à la prise en charge du patient. Les archives médicales sont placées sous la responsabilité du médecin DIM. L'effectif affecté à la fonction archivage représente 1,5 équivalent temps plein.

L'accès du patient à son dossier est organisé : une personne ressource, employée à la gestion administrative des patients, est identifiée pour assurer la gestion des demandes d'accès au dossier.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement a mis en place une organisation permettant à l'ensemble des intervenants d'assurer la traçabilité des éléments constitutifs de l'ensemble des étapes. Le dossier patient informatisé est accessible par tous les professionnels (médecin, IDE, kiné, assistante sociale, AS, psy, ...) selon leurs habilitations, 24h/24.

La gestion des demandes de dossiers est opérationnelle : la responsable de la gestion administrative des patients centralise les demandes de dossiers, en organise l'accès et effectue un suivi concernant le nombre de demandes et les délais de réponse. Un tableau de bord mentionnant le nombre et les délais de traitement des demandes d'accès est porté régulièrement à la connaissance de la CRUQPC.

En revanche, le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, dans le dossier patient informatisé, n'est que partiellement assuré. Les professionnels ont la possibilité de "dévalider" des observations rédigées par d'autres professionnels, puis de revalider. Une telle "dévalidation", suivie d'une revalidation ou d'un effaçage occasionne l'affichage du nom de cet utilisateur avec l'horodatage de ces opérations. Ces informations sont visibles par tous les utilisateurs. L'ensemble des actions est donc tracé, horodaté et nominatif. Les professionnels de l'établissement ont la possibilité de visualiser les dossiers



de tous les patients de l'établissement, dossiers actifs comme dossiers archivés.  
Cette situation est identifiée par le médecin DIM qui exerce un contrôle a posteriori d'éventuels accès non autorisés. Une communication large autour de ce contrôle systématique, aléatoire et trimestriel est réalisée auprès des instances et dans l'intranet (lettre d'information du DIM). Depuis 2012, la demande de fonctionnalité "bris de glace" est portée au cahier opérations. Ces informations sont visibles par tous les utilisateurs.

Par ailleurs, la communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge n'est pas toujours assurée, en temps utile. Il a été constaté, lors de la visite, le maintien d'un Dossier Patient papier à côté du dossier Patient informatisé, qui demeure dans plusieurs unités de soin. Cette pratique, variable selon les unités, est contraire aux procédures mises en place par l'établissement et interroge, de ce fait, la continuité des soins. Cette situation doit être mise en perspective avec le déficit fréquent d'observations médicales et le décalage, fréquent également, entre la dictée du médecin et l'intégration des informations dans le dossier patient informatisé.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La gestion du dossier patient, notamment sur la base d'indicateurs, est évaluée : l'indicateur relatif à la tenue du dossier patient a progressé en 2014, et se situe désormais en deçà du score attendu par la HAS. D'autres audits sont régulièrement réalisés à partir du dossier du patient :

- Traçabilité de l'information en cas de dommage lié aux soins ;
- Utilisation de la fiche de prescription de liberté d'aller et venir ;
- Check-list de sortie ;
- Traçabilité de l'évaluation de la douleur ;
- Audit sur les pratiques de contention ;
- Surveillance du suivi des traitements ATB ;
- Traçabilité de la discussion bénéfiques/risques.

Les délais de transmission des dossiers aux patients, notamment à l'aide d'indicateurs font l'objet d'une évaluation. Les demandes ainsi que les délais de transmission font l'objet d'une analyse par la Direction, lors des réunions de la CRUQPC. Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sont respectés et sont conformes.

## A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des évaluations réalisées. Les résultats des évaluations réalisées sur la tenue du dossier du patient sur la base des indicateurs IPAQSS sont analysés et génèrent des axes d'amélioration, intégrés dans le PAQSS et suivies par la CME et le COPIL qualité, à savoir, par exemple :

- le regroupement en un document unique des prescriptions de MCI, apaisement, contention ; idem pour renouvellement et surveillance ;
- l'amélioration check-list de sortie ;
- la révision des procédures relatives à l'information donnée au patient, l'accès des soignants au dossier papier en dehors des heures de bureau ;
- la rédaction de la procédure désignation de la personne de confiance ;
- la mise en place d'un Copil pour le développement du Dossier Patient Informatisé ;
- le paramétrage et déploiement des nouveaux modules du nouveau logiciel.

Ces actions sont communiquées aux instances. Les résultats des indicateurs relatifs à la tenue du dossier, ainsi que les actions d'amélioration, sont diffusés aux professionnels concernés.

La CRUQPC est informée des délais réglementaires de transmission des dossiers aux patients.

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.

Toutefois, les actions mises en œuvre par l'établissement à propos du délai d'envoi du compte rendu de sortie n'ont pas permis de faire évoluer l'indicateur entre les deux derniers recueils. Celui-ci a même baissé pour s'établir, au jour de la visite, à 40 %.



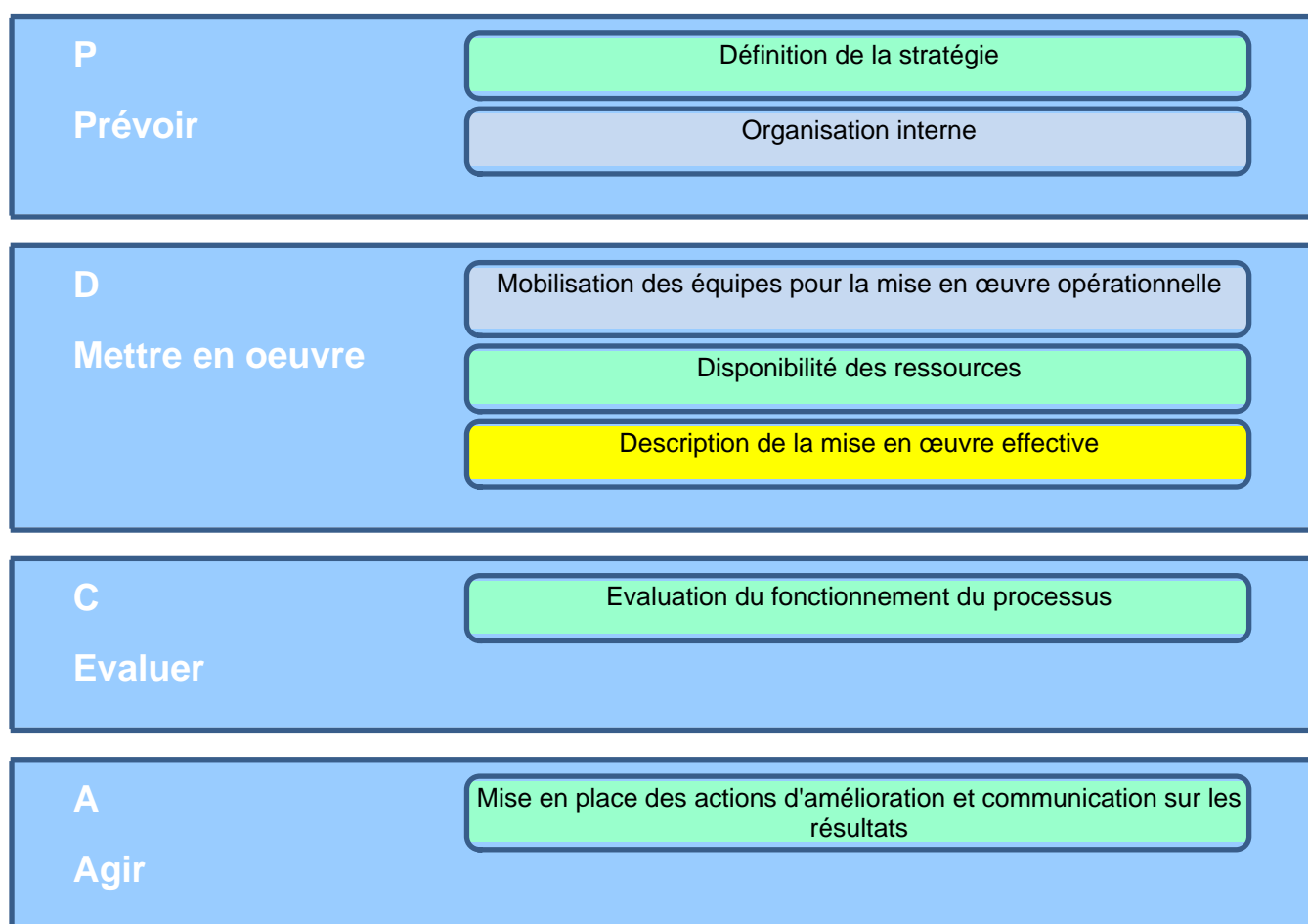
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre Psychothérapique de l'Ain a rédigé des éléments de sa politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse dans un document de 2013 intitulé "Plan d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse". Le contexte de l'établissement y est présenté, ainsi que ses axes prioritaires définis au regard de l'arrêté du 6 avril 2011, suivi d'un plan d'amélioration.

Ce plan d'amélioration a été actualisé régulièrement en fonction des objectifs à atteindre.

Les risques ont été identifiés sur la base d'une cartographie réalisée grâce à la méthode SADT (Structured Analysis and Design Technic) en intégrant les données issues des IPAQSS et des indicateurs internes à l'établissement, ainsi que les résultats de la certification. Les professionnels de terrain et les pilotes de la thématique ont identifié, analysé et priorisé ces risques, qui ont été versés au Compte Qualité.

Le plan d'actions issu de l'analyse des risques est en concordance avec les actions du PAQSS global de l'établissement. Les modalités de suivi sont définies et la mise en œuvre des actions est en cours. Les personnes âgées sont identifiées comme des patients à risques dans une partie consacrée au plan d'amélioration.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Un groupe de pilotage est constitué du Médecin Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse, des 2 pharmaciennes, d'un cadre supérieur de santé missionné par la direction des soins et du médecin somaticien coordonnateur. Ce pilotage s'appuie notamment sur le COMEDIMS, les personnels de la pharmacie et les référents pharmacie des unités de soins.

L'articulation avec les responsables de l'établissement, la CME, les vigilances et le comité de pilotage Qualité et Gestion des risques est assurée. La fiche de fonction du Médecin Responsable du Système de Management a été élaborée en 2013, et le règlement intérieur du COMEDIMS est rédigé. Les missions et rôles des préparatrices en pharmacie sont précisés dans leurs fiches de postes.

Toutefois, les rôles et fonctions des professionnels contribuant au pilotage de la thématique ne sont pas tous formalisés : les fiches de poste ou de fonction du cadre supérieur de santé, du médecin somaticien, ainsi que des référents pharmacie des unités de soins ne mettent pas en évidence leurs rôles dans le pilotage du processus.

Les ressources humaines et matérielles nécessaires au fonctionnement du processus sont identifiées, tant au niveau de la Pharmacie que des unités de soins. Les interfaces avec les services logistiques et techniques sont organisées, ainsi que la maintenance des équipements et des matériels. Le Centre Psychothérapique de l'Ain a élaboré un programme de Développement Professionnel Continu concernant le circuit du médicament, ciblant particulièrement la prévention des erreurs médicamenteuses. De plus, les préparatrices en pharmacie sont chargées d'effectuer des visites régulières dans les unités de soins pour vérifier la conformité des pratiques et sensibiliser les soignants aux risques d'erreurs.

Le signalement des événements indésirable est organisé : support, circuit, et modalités de traitement sont formalisés. Les procédures et protocoles relatifs au circuit du médicament sont élaborés. Les règles et les supports de prescription sont définis et validés pour l'ensemble des prescripteurs.

La permanence pharmaceutique est organisée : les règles de présence, de garde et d'astreinte d'urgence sont définies de manière à faire face à toute demande de produit, à tout moment.

Les modalités de dispensation et de délivrance des médicaments sont définies. La dispensation est nominative, puis "reglobalisée" pour la délivrance. Certaines familles de médicaments sont dispensées et délivrées nominativement.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Les plans d'actions relatifs à l'amélioration du circuit du médicament ont été déclinés au niveau de chaque unité ; on peut citer notamment l'étude réalisée dans chaque unité de soins pour aménager les locaux de préparation et d'administration des médicaments.

Les contrôles et sensibilisations des préparatrices en pharmacie sont effectués sur la base d'une liste de critères permettant d'identifier les non-conformités qui sont ensuite relayées vers l'équipe soignante par le référent Pharmacie et le cadre de l'unité. Ces personnes se chargent de veiller à l'application des règles dans l'unité, et définissent les actions d'amélioration avec la participation des personnels de l'unité. La mobilisation de tous est effective. Le recueil des événements indésirables liés au médicament est effectif, ces événements font systématiquement l'objet d'une analyse des causes au sein des unités et les conclusions sont ensuite transmises à la Pharmacie qui en détermine le mode d'exploitation ultérieur. Si nécessaire, des REMED sont organisés.

Les professionnels sont informés des résultats des indicateurs IPAQSS de l'établissement et les résultats spécifiques à leur unité de soins leur sont communiqués. Les personnels soignants se sont impliqués fortement dans l'EPP concernant notamment la sécurisation des étapes de préparation et d'administration des médicaments.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources matérielles sont disponibles pour la Pharmacie et les unités de soins ; les achats et les renouvellements de matériels sont effectifs selon le calendrier prévu.

Les formations sont réalisées conformément au plan de formation annuel ; par exemple, les cadres sont formés à la méthode ALARM et les soignants bénéficient à tour de rôle de la formation DPC sur le circuit du médicament.

Parallèlement au déploiement du logiciel Dossier Patient et au développement de son système d'information, l'établissement a réalisé totalement son objectif prioritaire d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans l'ensemble des structures hospitalières et extra hospitalières.

La maintenance du système d'information est opérationnelle et les personnels connaissent les dispositions à prendre en cas d'indisponibilité du système. Le logiciel de prescription médicamenteuse est interfacé avec la base de données Claude Bernard et un système d'alertes attire l'attention des prescripteurs sur les interactions médicamenteuses et les surdosages éventuels. Des fiches d'utilisation de certains médicaments ont été élaborées par le COMEDIMS et sont accessibles directement à partir des lignes de prescription. D'autre part, différents documents sont accessibles sur l'intranet de l'établissement, présentant des fiches de recommandations (par exemple : prescription chez le sujet âgé, la femme enceinte...).

Cependant, la base documentaire de l'établissement ne répond pas totalement aux besoins des utilisateurs pour les prescriptions chez l'enfant et l'adolescent : les professionnels de pédopsychiatrie ne disposent pas de document d'aide à la prescription spécifique à la prise en charge médicamenteuse des enfants et des adolescents. Il en est de même pour les professionnels des services adultes qui sont amenés à prendre en charge des adolescents dans leurs unités de soins.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les personnels des services cliniques connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse. Les prescriptions sont établies dans le respect des exigences, comme l'atteste la valeur de l'indicateur "Conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses établies au cours de l'hospitalisation", d'une valeur de 100% pour la campagne 2014.

L'analyse pharmaceutique des traitements complets des patients est réalisée quotidiennement par les pharmaciennes, tous les jours ouvrés. Des avis pharmaceutiques sont émis pour les prescriptions qui le nécessitent. Très peu de préparations pharmaceutiques sont effectuées ; les méthodes utilisées à la PUI respectent les règles de bonnes pratiques. Les infirmiers connaissent et respectent les règles relatives à la préparation et à l'administration des médicaments et la traçabilité s'effectue en temps réel, ou dans un délai très court pour les cas particuliers.

Le COMEDIMS se réunit régulièrement et assume ses missions telles que définies dans son règlement intérieur.

La continuité du traitement médicamenteux de l'admission à la sortie est globalement assurée. Les modalités de stockage et d'utilisation éventuelle du traitement personnel du patient sont définies et respectées par les soignants. La reprise du traitement personnel est étudiée au moment de l'admission du patient hospitalisé et les médecins psychiatres et somaticiens l'intègrent dans la prescription informatisée.

Cependant, les pratiques de traçabilité du traitement psychiatrique personnel du patient ne sont pas conformes aux consignes précisées dans le guide du dossier patient de l'établissement : dans la quasi-totalité des dossiers consultés lors de la visite, le dossier papier comporte des indications concernant le traitement personnel du patient, mais ces données ne sont pas reprises par les médecins psychiatres dans le texte de leur observation initiale informatisée. Ce constat a également été mis en évidence par la valeur du critère "Traitement médicamenteux encours (ou absence)" de l'indicateur IPAQSS Tenue du Dossier Patient pour l'année 2014, qui portait sur l'ensemble du dossier informatisé et papier.

De plus, une minorité de professionnels de l'extra hospitalier ne respecte pas l'exigence d'utilisation du dossier informatisé pour effectuer leurs prescriptions médicamenteuses : lors des investigations terrain en extra hospitalier et lors de 2 patients traceurs, il a été constaté que quelques médecins de pédopsychiatrie continuent à effectuer leurs prescriptions sur papier, alors que le dossier informatisé est déployé dans leur secteur d'activité. De ce fait, en hôpital de jour, l'analyse pharmaceutique n'est pas réalisée sur la base du traitement complet du patient.

L'information du patient est assurée conjointement par les médecins et les infirmiers, en vue d'améliorer l'observance du traitement et le bon usage des médicaments. Cette information s'effectue à l'instauration du traitement et à chaque modification, ainsi qu'au décours de l'hospitalisation, notamment avant les départs en permission, et lors de la préparation à la sortie.

Les professionnels de toutes les unités de l'établissement disposent de fiches d'information sur certains médicaments, qui sont données et expliquées aux patients. L'information des patients est confirmée par

les données recueillies lors des patients traceurs effectués lors de la visite de certification. Toutefois, l'information donnée au patient concernant son traitement est rarement tracée dans son dossier. Les professionnels rencontrés expliquent que l'information est donnée régulièrement, mais la majorité précise que la traçabilité de cette action n'est pas une pratique habituelle.

Les règles de gestion, de rangement, de transport, et de stockage des médicaments sont connues et généralement appliquées, notamment pour les médicaments à risques.

Cependant, la sécurisation des armoires à pharmacie n'est pas totalement garantie dans la plupart des unités de soins. Lors des investigations d'audit de processus, il a été constaté que quelques armoires n'étaient pas fermées à clé ; d'autre part, dans toutes les unités, la clé est très facilement accessible à tous les professionnels, même non habilités.

## **C / EVALUER**

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

Le dispositif d'évaluation de la prise en charge médicamenteuse de l'établissement est structuré. Il répond aux objectifs prioritaires de la politique ; il est évolutif en fonction de la réalisation de ceux-ci et concerne toutes les étapes du processus.

Le recueil bisannuel des 2 indicateurs IPAQSS, "Tenue du dossier patient" et "Délai d'envoi des courriers de sortie", permet d'apprécier l'évolution des pratiques de prise en charge médicamenteuse grâce aux critères portant sur ce thème. Ces données sont complétées par les résultats des nombreux audits réalisés depuis quelques années, en ciblant toutes les étapes du circuit du médicament. L'établissement effectue un suivi régulier de nombreux indicateurs, émanant de ces audits.

Les méthodes et les personnes responsables de l'évaluation sont définies. La fréquence minimale des audits est annuelle.

Des EPP de pertinence des prescriptions ont été réalisées : "Psychotropes et personnes âgées" et "Neuroleptiques et associations médicamenteuses".

## **A / AGIR**

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

Les résultats des indicateurs IPAQSS, des indicateurs internes et des résultats des audits sont diffusés aux professionnels et donnent lieu à des actions d'amélioration planifiées et intégrées au PAQSS de l'établissement. Les affichages réglementaires des résultats des IPAQSS sont effectifs dans les unités pour informer les professionnels et les usagers. Pour certains indicateurs, les professionnels sont informés des résultats spécifiques à leur unité de soins.

Les données recueillies par la Pharmacie sont communiquées aux professionnels (consommations, coûts, nombre de prescriptions faisant l'objet d'avis pharmaceutiques et taux de réponses des prescripteurs).