



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER SAINT
JEAN DE DIEU**

290 route de vienne
69373 Lyon

DECEMBRE 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	12
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	12
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	12
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	12
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	12
5. SUIVI DE LA DÉCISION	12
PROGRAMME DE VISITE	13
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	13
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	13
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	14
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	15
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	31
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	36

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER SAINT JEAN DE DIEU	
Adresse	290 route de vienne 69373 Lyon
Département / région	RHONE / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	690796727	ASSOCIATION RECHERCHE HANDICAP & SANTE MENTALE	290 rte de vienne Bp 8252 69373 Lyon 08eme
Etablissement de santé	690034467	CATTP ST GENIS LAVAL	142 roiate de vourles 69230 ST GENIS LAVAL
Etablissement de santé	690796107	HOPITAL DE JOUR - HOPITAL SAINT-JEAN-DE-DIEU	58 r jean ligonnet 69700 Givors
Etablissement de santé	690780143	CENTRE HOSPITALIER SAINT JEAN DE DIEU	290 route de vienne 69373 Lyon
Etablissement de santé	690809371	CATTP POUR ENFANTS - VENISSIEUX	2 avenue marcel cachin 69200 VENISSIEUX
Etablissement de santé	690781679	CMPP ROCKEFELLER	2 rue professeur calmette 69008 LYON 08
Etablissement de santé	690028279	CMP ENFANTS DE TASSIN	119 avenue charles de gaulle 69160 TASSIN LA DEMI LUNE
Etablissement de santé	690007919	HJ ADULTES TASSIN	3 avenue general broset 69160 TASSIN LA DEMI LUNE

Etablissement de santé	690026059	CMP & CATTP ST SYMPHORIEN D'OZON	3 rue de selins 69360 ST SYMPHORIEN D OZON
Etablissement de santé	690809140	HOPITAL DE JOUR	21 r jules ferry Espace dupic 69200 Venissieux
Etablissement de santé	690030648	HJ ENFANTS PIERRE BENITE DECHAUME	165 rue du grand revoyet 69310 PIERRE BENITE
Etablissement de santé	690808944	CATTP LE VIEUX VILLAGE POUR ADULTES - ST PRIEST	10 avenue jean jaures 69800 ST PRIEST
Etablissement de santé	690012588	CATTP ADOLESCENTS GIVORS	1 rue longarini 69700 GIVORS
Etablissement de santé	690796024	CENTRE DE POST-CURE - HOPITAL SAINT-JEAN-DE-DIEU	8 imp des celestins 69600 Oullins
Etablissement de santé	690028139	CMP ENFANTS DE CRAPONNE	45 avenue edouard milau 69290 CRAPONNE
Etablissement de santé	690809397	CMP POUR ENFANTS - MIONS	24 route de corbas 69780 MIONS
Etablissement de santé	690026018	CMP - UNITE DE PSYCHIATRIE DE LIAISON - GIVORS	9 rue professeur fleming 69700 GIVORS
Etablissement de santé	690809355	CATTP POUR ENFANTS - LYON 8	213 route de vienne 69008 LYON 08
Etablissement de santé	690808993	CATTP LA MAISON DE TASSIN POUR ADULTES	82 avenue de la republique 69160 TASSIN LA DEMI LUNE
Etablissement de santé	690793112	CATTP CENTRE A.T.I.S.	5 rue pizay 69001 Lyon

Etablissement de santé	690031216	HOPITAL DE JOUR - ESPACE GERLAND	247 av jean jaures 69007 Lyon 07eme
Etablissement de santé	690809058	CMP POUR ENFANTS ET ADULTES - CONDRIEU	6 place du 8 mai 69420 CONDRIEU
Etablissement de santé	690028188	CMP ENFANTS D'OULLINS	8 boulevard du perron 69600 OULLINS
Etablissement de santé	690030689	CMP PIERRE BENITE	5 rue jean bajard 69310 PIERRE BENITE
Etablissement de santé	690034459	CMP CATTTP THURINS	- 69510 THURINS
Etablissement de santé	690809389	HJ LYON 8 VILLA LANG	111 chemin de surville 69008 LYON 08
Etablissement de santé	690809322	CMP POUR ENFANTS SAINT FONS	5 montee a gravallon 69190 ST FONS
Etablissement de santé	690809272	HJ LYON 8 L'ENGOULEVENT	111 chemin de surville 69008 LYON 08
Etablissement de santé	690809330	CMP POUR LA PETITE ENFANCE - VENISSIEUX	2 avenue marcel cachin 69200 VENISSIEUX
Etablissement de santé	690809074	CMP POUR ADULTES ST LAURENT CHAMOUSSET	- 69930 ST LAURENT DE CHAMOUSSET
Etablissement de santé	690809223	CATTTP LA MASSILIA POUR ADULTES	39 rue de la madeleine 69007 LYON 07
Etablissement de santé	690809306	CMP POUR ENFANTS - LYON 8	213 route de vienne 69008 LYON 08

Etablissement de santé	690033758	HJ ENFANTS OULLINS	8 rue du perron 69600 OULLINS
Etablissement de santé	690796099	HOPITAL DE JOUR LA TARENTELLE - HOPITAL SAINT-JEAN-DE-DIEU	24 rte de corbas 69780 Mions
Etablissement de santé	690025978	CMP - INSTITUT REG.D'INTERVENTIONS SYSTEMIQUES - LYON	13 rue victor hugo 69002 LYON 02
Etablissement de santé	690028238	CATTP ENFANTS DE TASSIN	119 avenue charles de gaulle 69160 TASSIN LA DEMI LUNE
Etablissement de santé	690809348	CMP POUR ENFANTS - VENISSIEUX	2 avenue marcel cachin 69200 VENISSIEUX
Etablissement de santé	690809041	CMP POUR ADULTES ET ENFANTS - GIVORS	1 rue robespierre 69700 GIVORS
Etablissement de santé	690809363	CATTP POUR LA PETITE ENFANCE - VENISSIEUX	2 avenue marcel cachin 69200 VENISSIEUX
Etablissement de santé	690025879	CMP GERLAND - LYON	245 avenue jean jaures 69007 LYON 07
Etablissement de santé	690809215	CMP POUR ENFANTS ET ADULTES LE MAGDALENA - LYON	37 rue de la madeleine 69007 LYON 07
Etablissement de santé	690809405	CMP POUR ENFANTS - ST EXUPERY	5 avenue st exupery 69590 ST SYMPHORIEN SUR COISE
Etablissement de santé	690808878	CMP	72 route de vienne 69320 FEYZIN
Etablissement de santé	690015888	CTRE SOINS AMBULATOIRES CMP ET CATTP VENISSIEUX	19 rue victor hugo 69200 VENISSIEUX

Etablissement de santé	690025838	CMP - UNITE DE PSYCHIATRIE URGENCE LIAISON - LYON	20 quai claudes bernard 69007 LYON 07
Etablissement de santé	690809017	CMP POUR ADULTES LE VIEUX VILLAGE - ST PRIEST	10 avenue jean jaures 69800 ST PRIEST
Etablissement de santé	690809298	CMP POUR ADULTES LES BASSE BAROLLES - ST GENIS LAVAL	138 route de vourles 69230 ST GENIS LAVAL
Etablissement de santé	690809314	CMP POUR ENFANTS LES JARDINS DE TOSCANE - LYON 8	215 route de vienne 69008 LYON 08
Etablissement de santé	690028329	CMP ENFANTS DE STE FOY LES LYON	2 rue chantoiseau 69110 STE FOY LES LYON
Etablissement de santé	690809231	CATTP POUR ADULTES - OULLINS	226 grande rue 69600 OULLINS
Etablissement de santé	690809249	CMP POUR ADULTES LE CLOS ST MARTIN - OULLINS	59 rue narcisses bertholey 69600 OULLINS

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	346	91
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	23	79

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements

Oui

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 la certification de l'établissement avec obligations d'amélioration (C).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Droits des patients

Recommandations d'amélioration

Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse 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 transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

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	Homme ou femme	L. Labé ou Galilée (St Jean de D.)	/	/	/	Santé mentale
2	Homme ou femme	HDJ Tassin	/	/	/	Santé mentale
3	Personne âgée	Clos Layat 1 (St Jean de D.)	/	/	/	Santé mentale
4	Homme ou femme	Unité de réadaptation psychosociale Jacques PREVERT	/	/	/	
5	Enfant	HDJ La Tarentel (Mions)	/	/	/	Santé mentale
6	Adolescent	Unité Ulysse - intra	/	/	/	Santé mentale
7	Homme ou femme	ECT	/	/	/	

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

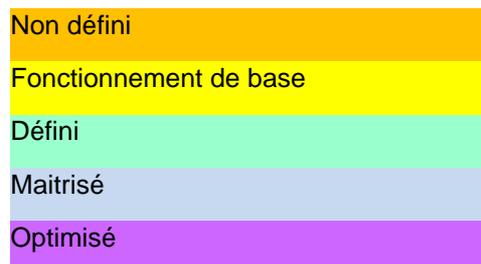
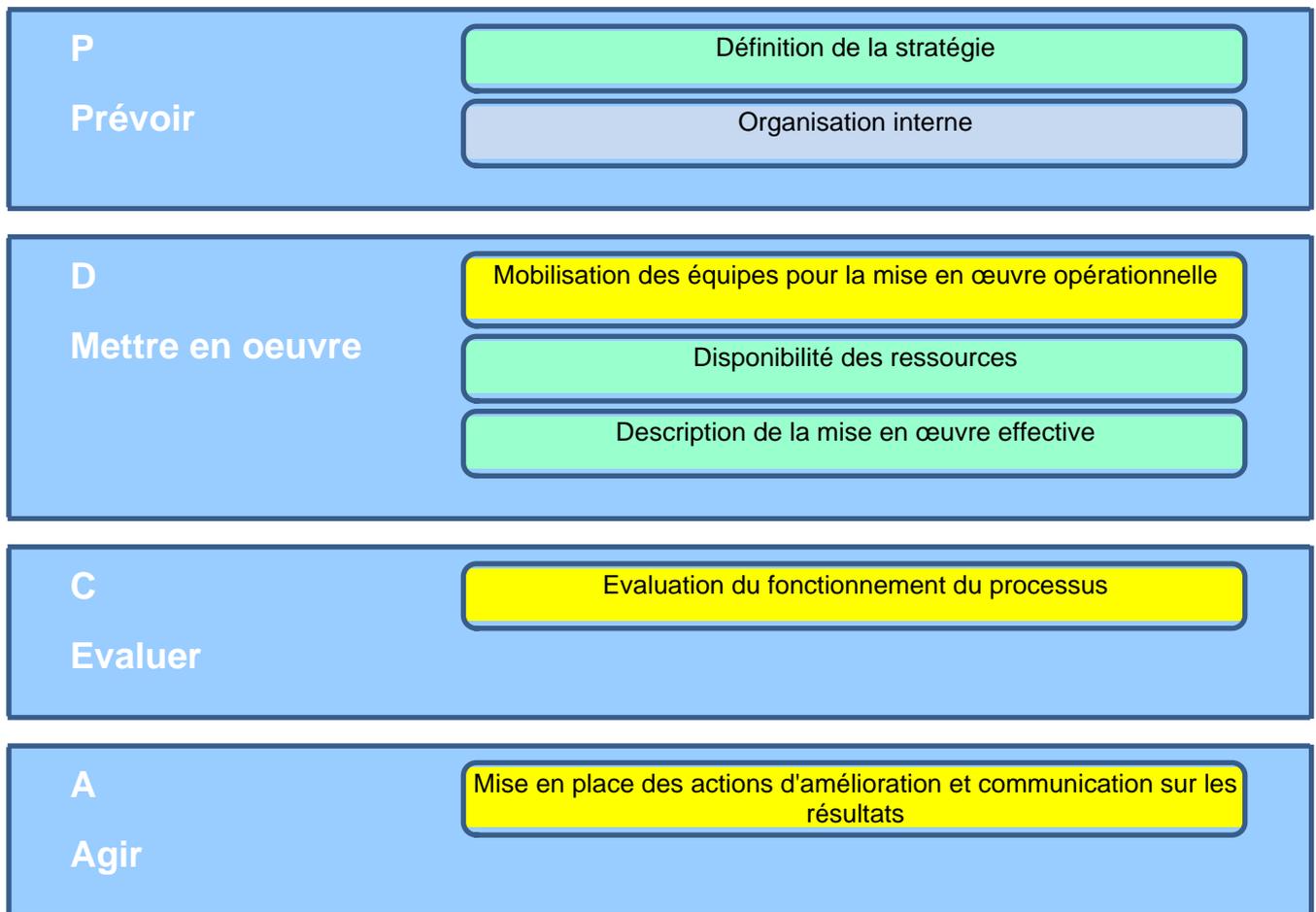
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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 générale de management de la qualité et de la sécurité des soins est définie en lien avec l'analyse des besoins spécifiques à l'établissement, au regard de ses missions et des orientations régionales et nationales. Elle regroupe les différentes organisations mises en place.

Les représentants des usagers sont impliqués dans la mise en oeuvre de la politique de management de la qualité et de la sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRUQPC.

Cette stratégie fait l'objet d'un chapitre dans le projet d'établissement 2015-2020. Ce chapitre décline les objectifs à atteindre en s'appuyant sur les résultats issus d'une analyse a posteriori (bilan de évènements indésirables, résultats de la précédente visite de certification, en lien avec les bilans annuels d'activité et notamment les indicateurs obligatoires IPAQSS).

Toutefois, la stratégie qualité et sécurité des soins ne repose pas sur une analyse structurée de l'ensemble des risques de l'établissement. En effet, le Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu a choisi de réaliser une auto-évaluation associée à une approche par analyse de processus afin de définir ses axes d'amélioration. Un certain nombre de risques retenus par l'établissement dans ses "cartographies de risque" par processus sont en fait des mesures de traitement de risques définies à partir d'une analyse a posteriori ; les risques a priori ne sont pas pris en compte. La stratégie est validée par les différentes instances, elle intègre les obligations légales et réglementaires, la gestion de crise.

La stratégie de développement de l'EPP, résultat d'une concertation entre professionnels de santé et gestionnaires est inscrite dans cette politique.

La stratégie générale de management de la qualité et de la sécurité des soins fixe des objectifs précis appelés axes stratégiques :

- Intégrer la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité en déployant une approche par processus
- Développer la maîtrise des risques hospitaliers pour pérenniser une culture de sécurité
- Poursuivre le déploiement des démarches d'évaluation
- Analyse des pratiques, optimiser les outils de pilotage et de suivi de la démarche.

Les objectifs de cette stratégie sont déclinés dans un programme unique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), connu et structuré (actions, responsables, échéances, modalités de suivi), prenant en compte l'analyse des plaintes et réclamations en lien avec la CRUQPC. Il est élaboré en lien avec les correspondants de chaque vigilance (CLIN, CLUD, CLAN, COMEDIMS). Chaque instance réalise, en collaboration avec le coordonnateur de la gestion des risques, un bilan annuel et élabore un programme d'actions pour l'année à venir.

Le PAQSS est validé en comité de pilotage qualité et gestion des risques, présenté et validé annuellement par les instances de l'établissement.

Toutefois, le PAQSS n'intègre pas tous les risques et plans d'actions :

- les risques a priori ne sont pas intégrés dans ce PAQSS,
- le compte qualité extrait du programme qualité, est alimenté et saisi uniquement par le Service Qualité, il n'intègre pas les risques prioritaires de l'établissement et n'a pas fait systématiquement l'objet d'une présentation aux pilotes des processus.

La communication de l'établissement sur sa stratégie de management de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que sur sa stratégie de développement de l'EPP concourt à sensibiliser et à impliquer les professionnels.

ORGANISATION INTERNE

Le dispositif de management de la qualité et de la gestion des risques est formalisé et comprend :

- un niveau de gouvernance et de politique institutionnelle
- un niveau de pilotage, de coordination et d'animation
- un niveau de mise en oeuvre opérationnelle.

Les rôles et les responsabilités des différents acteurs sont définis et formalisés dans des fiches de poste.

Le service qualité se compose d'une qualicienne formée, responsable du service, d'une assistante qualité et d'une technicienne qualité, qui est aussi l'administrateur du logiciel qualité gestion des risques, chargée du suivi de la gestion documentaire et des comptes rendu de réunions.

La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée par la qualicienne en conformité avec le décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 : mobiliser et fédérer l'ensemble des acteurs de la démarche qualité autour des objectifs du programme d'amélioration de la qualité. La quotité

de temps dédié pour assurer la fonction est définie.

La coordinatrice de la gestion des risques associée aux soins est évaluée annuellement.

La coordonnatrice s'appuie, pour la réalisation de ses missions, sur le comité de gestion des risques (COGERIS), la sous-commission médicale EPP, et des sous-commissions de la Commission Médicale d'Etablissement (CLUD, CLAN, CLIN, COMEDIMS...).

Le pilotage et les missions des différentes structures en charge de la mise en œuvre de la politique sont définis :

- gestion des risques associés aux soins
- référents des risques
- développement de la démarche d'EPP dans les secteurs d'activité
- veille réglementaire
- vigilances sanitaires
- gestion des plaintes et réclamations
- gestion des événements indésirables
- gestion de crise
- maîtrise du risque infectieux
- prise en charge médicamenteuse.

Un logiciel qualité et gestion des risques (accès à la documentation qualité, déclaration et suivi des événements indésirables) existe dans les secteurs depuis le mois de juin 2015.

Depuis novembre 2014, le service qualité, via l'intranet, produit « l'essentiel qualité » qui permet de suivre l'actualité de la démarche qualité, le bilan des événements indésirables et des événements indésirables graves, et propose un lien vers les nouvelles procédures.

La culture de signalement et de non sanction est favorisée par une charte d'incitation.

L'établissement a identifié ses besoins et les ressources nécessaires lui permettant d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixé en matière de qualité et de sécurité des soins :

- plan de formation et gestion des compétences,
- dispositif structuré de gestion documentaire intégrant les procédures définies et formalisées,
- structuration du système d'information
- organisation des locaux.

Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.

Une coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement est organisée.

Une coordination est organisée entre le Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu et les structures régionales et nationales de vigilance et de veille sanitaire.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des secteurs d'activité s'est saisi des enjeux liés au management de la qualité et des risques en lien avec les orientations de l'établissement.

Toutefois, les indicateurs et objectifs de qualité ne sont pas examinés au sein des réunions de pôle ou des unités : les projets de pôles étant soit en cours de finalisation, soit en cours d'élaboration au moment de la visite, le Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu n'a pas mis à disposition des pôles ou des unités concernés, des outils de suivi de leur démarche d'amélioration de la qualité permettant un suivi structuré de l'organisation en lien.

Les pilotes de processus et le management des secteurs d'activité (cadre, médecin) sont chargés d'organiser la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin. Elles sont identifiées par le management du secteur d'activité à partir de démarches d'analyse (CREX, RMM,..) et/ou de démarches d'EPP auxquelles participent les professionnels.

Cependant, les plans d'actions du programme qualité, établis en déclinaison de la démarche institutionnelle, sont rarement formalisés et déclinés au niveau des pôles d'activités. Les projets de pôle sont en cours d'élaboration au moment de la visite, et les pôles n'ont pas encore formalisé leurs propres plans d'actions. Des actions ponctuelles sont néanmoins conduites selon les secteurs, sans être rattachées au PAQSS de l'établissement.

L'établissement met en place des actions concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans des démarches qualité et sécurité des soins (réunions, semaines thématiques, semaine de la sécurité des

patients...). Des outils de communication interne sont en place et les résultats des indicateurs nationaux et des audits réalisés sont diffusés à l'ensemble des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources nécessaires en effectifs et compétences sont en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.

Des actions de formation intégrées au plan de formation annuel sont mises en œuvre, y compris pour les nouveaux arrivants :

- formations propres à l'établissement pour la qualité et la gestion des risques,
- formation sur les risques associés aux soins et la sécurité des patients,
- formation à l'utilisation de supports de signalement des événements indésirables,
- formation aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes,
- formation à l'analyse des risques a priori,

L'établissement est engagé dans le développement du DPC.

Les documents utiles à la mise en œuvre et à l'évaluation de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont formalisés et mis à disposition de l'ensemble des professionnels de l'établissement :

- outils d'aide méthodologique et d'accompagnement (grilles d'analyse de risques, EPP,..),
- fiche de signalement des événements indésirables
- mise en œuvre du plan blanc
- alertes sanitaires ascendantes et descendantes

Des outils permettant de recueillir leurs attentes ou d'évaluer leur degré de satisfaction sont mis à la disposition des usagers.

Les locaux et les équipements informatiques mis à disposition des professionnels sont fonctionnels et opérationnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Dans les services, les observations et les entretiens ont permis aux experts-visiteurs de vérifier la mobilisation des professionnels pour la mise en œuvre effective de la démarche qualité et l'appropriation d'une culture de sécurité des soins :

- actions d'amélioration définies et mises en œuvre dans les secteurs d'activité,
- organisation pour le déploiement et la mise en œuvre de démarches d'EPP,
- relais effectif par l'encadrement,
- participation de l'ensemble des professionnels au signalement et à l'analyse des événements indésirables,
- participation des professionnels à la gestion des plaintes et réclamations,
- organisation d'une communication interne permettant le partage de l'information ascendante et descendante.

La stratégie générale de management de la qualité et de la sécurité des soins et la stratégie de développement de l'EPP sont connues des professionnels.

Des démarches d'EPP sont en cours, notamment sur la pertinence des soins.

Cependant, l'établissement n'a pas mis en œuvre de démarches d'EPP liées à des indicateurs de pratique clinique. En effet, le Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu n'a pas défini d'indicateurs de pratique clinique soit à partir de démarches d'évaluation réalisée, soit à l'origine d'indicateurs choisis et provoquant la mise en œuvre de la démarche d'EPP.

Les instances opérationnelles et les commissions se réunissent périodiquement. Les comptes rendus de ces réunions sont mis à la disposition des professionnels sur l'Intranet.

La participation de la CRUQPC à la mise en œuvre du programme qualité de l'établissement est effective. Elle est informée des résultats des évaluations de la satisfaction des usagers.

Un bilan des fiches de signalement des événements indésirables lui est présenté de manière régulière.

Le dispositif de recueil de la satisfaction des usagers est opérationnel et permet de mettre en œuvre des actions correctives.

Dans le cas d'une plainte, le plaignant est informé des suites données et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la stratégie de management de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement repose essentiellement sur le suivi de la mise en œuvre du programme qualité et gestion des risques à l'échelle de l'établissement. Le bilan réalisé permet de mesurer, pour certaines actions, l'impact en termes d'amélioration des pratiques.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée en lien avec la CRUQPC.

Le rapport d'activité reprend les bilans annuels des différentes commissions impliquées dans la mise en œuvre de la démarche qualité (CLIN, CLUD, CLAN, ..).

Toutefois, globalement, cette évaluation ne repose pas sur un dispositif structuré :

- l'établissement n'a pas défini d'indicateurs permettant de suivre de manière pertinente et mesurable la mise en oeuvre des axes stratégiques de sa stratégie de la qualité et de la gestion des risques,
- la périodicité de l'évaluation n'est pas définie, tant à l'échelle de l'institution que des secteurs d'activité.

A / AGIR

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

Chaque instance réalise, en collaboration avec le coordonnateur de la gestion des risques, un bilan annuel et élabore un programme d'actions pour l'année à venir, validé en comité de pilotage qualité et gestion des risques. Le PAQSS peut ainsi être réajusté annuellement, et de nouveaux objectifs d'amélioration mesurables peuvent être définis.

Toutefois, la stratégie de l'établissement en matière de management de la qualité et de la sécurité des soins n'est pas réajustée :

- cette stratégie est récente, le réajustement est prévu dans le projet d'établissement,
- le réajustement du PAQSS demeure partiel, il ne prend pas en compte toutes les données, le PAQSS n'intégrant pas toutes les actions.

Il existe un dispositif de communication régulière des résultats des évaluations et des actions conduites. Ainsi, le Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu rend compte de ses démarches EPP devant ses instances et auprès des professionnels, les résultats de la certification et des indicateurs nationaux généralisés sont affichés et les résultats des indicateurs qualité sont communiqués aux usagers.

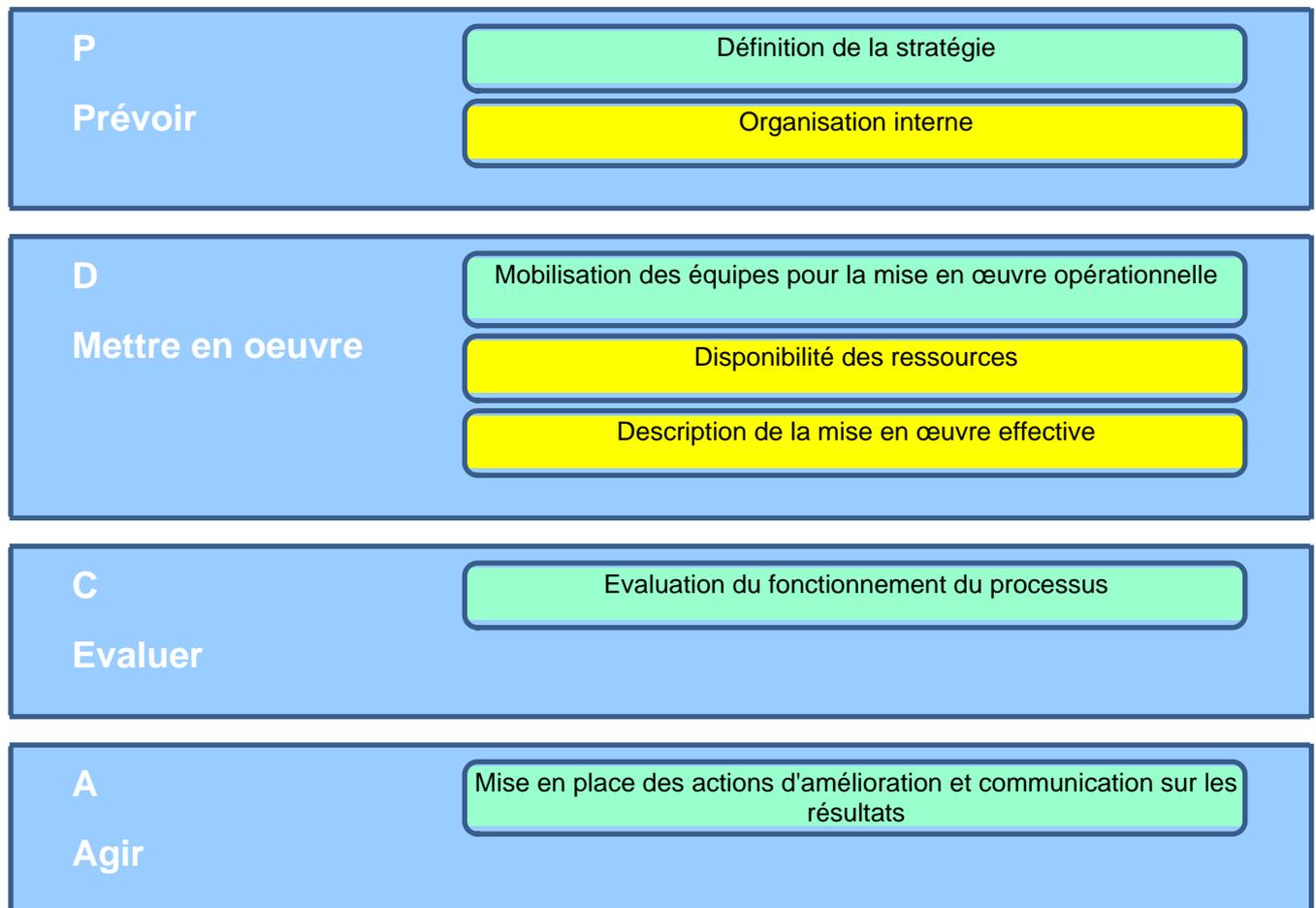
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs relatifs aux droits des patients, élaborés sur la base d'une identification des besoins et du contexte de l'établissement. Le respect des droits des patients, ainsi que le soutien aux usagers et aux aidants, fait partie des valeurs et principes propres au Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu, en phase avec le projet de l'Association Recherche et Santé Mentale (ARHM) qui gère l'établissement.

Le projet d'établissement 2013 - 2018 précise dans ses volets projet médical et projet de soins, les axes de sa stratégie avec les objectifs cibles : garantir les droits des patients, avec prise en charge des personnes dans le respect de leurs droits et de leur dignité ; veiller à l'accès et au maintien des droits sociaux, de la scolarisation, du travail et des activités de vie sociale et culturelle ; promouvoir et valoriser dans la prise en charge la place des aidants, des associations et des professionnels.

L'établissement a identifié ses besoins en établissant une carte d'identité du processus. Une approche par analyse de processus a été conduite, en prenant en compte différentes sources de données : indicateurs (dont tenue du dossier patient en psychiatrie et indicateurs Hôpital Numérique), questionnaires de satisfaction, plaintes et réclamations, analyse des événements indésirables, enquêtes et audits (par exemples, enquête réalisée auprès des patients et des soignants sur les pratiques professionnelles et la bientraitance, audit du dispositif d'isolement thérapeutique, audit de tenue des fiches de contention...).

Toutefois, la stratégie des droits des patients ne repose pas sur une analyse structurée de l'ensemble des risques de l'établissement : la méthodologie adoptée par le groupe de travail spécifique à la thématique des droits des patients n'a que partiellement tenu compte de l'analyse des risques propres à l'établissement ; elle ne repose pas sur une analyse structurée des risques a priori. En lien avec les axes d'amélioration définis, la cartographie des risques élaborée par l'établissement ne détaille que des événements identifiés a posteriori, dont certains sont en fait des mesures de traitement de risques.

La stratégie est validée par les instances concernées, (dont le Comité de pilotage qualité et gestion des risques et la CME), et déclinée dans un programme d'actions qualité et gestion des risques, qui a été présenté à la CRUQPC.

Les axes du programme d'actions sont la mise en œuvre de la politique de droits des patients, la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, le respect de la dignité et de l'intimité des patients, le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, l'accueil et l'accompagnement de l'entourage du patient, le respect des libertés individuelles, l'information du patient sur les soins et son état de santé, le consentement et la participation du patient, l'information du patient en cas de dommage lié aux soins, et l'hospitalisation sans consentement.

Cependant, le PAQSS n'intègre pas tous les risques et plans d'action sur la thématique.

L'établissement a défini un plan d'actions spécifique à cette thématique, avec intégration des recommandations de la CRUQPC (réviser les supports d'information sur les droits des patients, créer un guide d'information destiné aux familles et aux proches).

La CRUQPC a validé le Compte Qualité, qui hiérarchise les risques et définit les priorités d'actions à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge du patient dans l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus : le directeur adjoint, délégué au secteur sanitaire et président par délégation de la CRUQPC, pilote la thématique « droits des patients », assisté d'un cadre administratif responsable des hospitalisations et des relations avec les usagers, et d'un médecin psychiatre pilote du groupe de travail « isolement et contention ».

Le chef d'établissement et le président de CME ont formalisé une lettre de mission pour les pilotes de processus, avec description des finalités, ressources et calendrier de la démarche.

Les projets de prise en charge recherchent globalement le respect des droits des patients : projet de soins favorisant, dans la mesure du possible, l'implication du patient et l'expression de ses préférences, accueil personnalisé et accompagnement de l'entourage.

Le directeur adjoint s'appuie sur un groupe de travail spécifique « droits des patients », pluridisciplinaire et pluri-professionnel, comprenant un représentant des usagers. Ce groupe a participé à l'élaboration de la stratégie et validé la démarche processus mise en œuvre. Il suit le programme d'actions, et veille également à la communication des résultats (par exemples, résultats de l'enquête sur la bientraitance, résultats des évaluations sur le recueil du consentement du patient, inscription d'une formation sur les droits des patients lors de la journée d'intégration des nouveaux professionnels,...).

Un groupe de travail « isolement et contention » est en place depuis plusieurs années dans l'établissement. Il a réalisé différents travaux sur les pratiques d'isolement thérapeutique et de contention, ainsi que des démarches d'évaluation (audits de pratiques, audit de matériel de contention, ...) ayant abouti à la révision de procédures et à la mise en place de nouveaux matériels.

Toutefois, les conditions de restriction de liberté ne sont pas organisées : il n'existe pas d'organisation à l'échelle de l'institution, s'appuyant sur la réglementation et les bonnes pratiques en vigueur dans le domaine, et servant de référence aux unités de soins.

La gestion des interfaces est organisée, notamment entre les structures de soins intra et extra hospitalières, pour faciliter la concertation entre professionnels.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires.

Les besoins en formation initiale et continue des professionnels sont définis, y compris pour les nouveaux arrivants (formations aux droits des patients incluses au plan institutionnel de formation et à la journée d'intégration).

L'établissement a mis en place un dispositif de gestion documentaire et une organisation permettant l'information du patient sur son état de santé et les soins proposés, la désignation de la personne de confiance, le recueil des directives anticipées, ainsi que le consentement éclairé du patient, avec recherche de son implication dans le projet de soins.

L'établissement a affiché sur son site internet un document de présentation avec résumé des droits et informations du patient et un engagement à veiller au respect des droits des usagers et à faciliter l'accès et l'accueil des personnes.

Le livret d'accueil de l'établissement est remis lors de l'admission, avec une plaquette de présentation de l'unité d'hospitalisation concernée et de ses règles de fonctionnement. Le livret d'accueil informe le patient sur ses droits et sur les missions de la CRUQPC. Le site internet de l'établissement relaye ces informations.

Un conseil d'éthique en psychiatrie est en place, présidée par un médecin psychiatre, avec participation de représentants d'associations d'usagers et d'un membre du groupe de travail « droits de patients », adjointe à la responsable des hospitalisations et des relations avec les usagers.

La CRUQPC est organisée et active, en présence de représentants d'associations d'usagers et de familles, particulièrement impliqués dans la démarche, et attentifs à la bientraitance, au respect des droits et de la dignité des patients, et au soutien aux familles, proches et aidants.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Pour chaque action du programme institutionnel portant sur la thématique des droits des patients, des modalités de suivi sont définies (pilote identifié, échéancier avec priorisation, indicateurs de suivi, état d'avancement). Les responsables de l'établissement sont informés des objectifs et du programme d'actions institutionnel.

Toutefois, les plans d'actions propres aux secteurs d'hospitalisation, établis en déclinaison de la démarche institutionnelle, sont rarement formalisés et rattachés à des actions du PAQSS de l'établissement. Les projets de pôle sont en cours d'élaboration et les pôles n'ont pas encore formalisé leurs propres plans d'actions. Des actions ponctuelles sont néanmoins conduites selon les secteurs (par exemples, dispositifs spécifiques d'accueil de l'entourage en psychiatrie infanto-juvénile, mise à disposition de tenues aux patients démunis...).

Le pilote du processus et les membres des groupes de travail « droits des patients » et « isolement et contention » s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.).

Ils intensifient les actions de sensibilisation des professionnels suite aux évaluations. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Ces actions sont identifiées par les membres des groupes de travail et les responsables des secteurs d'activité, avec la participation des professionnels et de représentants des usagers (par exemples : mise à jour du livret d'accueil avec plaquette de présentation des unités d'hospitalisation et règles de fonctionnement, réactualisation du protocole contention et isolement). Les résultats sont communiqués aux équipes, notamment ceux concernant la satisfaction des usagers.

Les professionnels de l'établissement, formés sur la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, ainsi que sensibilisés au respect des libertés individuelles, participent aux travaux du conseil d'éthique en psychiatrie.

Les plaintes et réclamations font l'objet d'un traitement en lien avec les professionnels concernés et elles sont toutes examinées en CRUQPC, qui propose des actions d'amélioration (par exemple, proposition systématique au plaignant d'un entretien avec un médiateur, informations aux familles sur la justification et la mise en œuvre des mesures d'isolement).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les différents services de l'établissement.

Le centre hospitalier a mis en place des procédures actualisées dont accueil du patient avec check-list d'entrée, inventaire des objets personnels des patients, distribution du livret d'accueil du patient, désignation de la personne de confiance, traitement des réclamations des patients, annonce d'un dommage associé aux soins, suspicion ou révélation d'une situation de maltraitance, prise en charge des patients en fin de vie, chambre de soins intensifs et contention, admission en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), admission en soins sur demande d'un tiers (SPDT), admission en soins en cas de péril imminent, signalement d'une soustraction aux soins et réintégration, transformation d'une mesure de soins à la demande d'un tiers en soins sur décision du représentant de l'Etat, prise en charge des patients admis consécutivement à une levée d'écrou,...

Les formations réalisées et prévues comprennent des actions relatives aux droits des patients. Le plan de formation 2016 comprend par exemples les formations «accueil et accompagnement des familles», « la personne vulnérable, le respect des libertés individuelles et la contrainte dans le soin » et « prévenir la crise suicidaire ».

Les personnels nouveaux arrivants participent à une journée d'intégration où les principes, valeurs et pratiques professionnelles, règles de confidentialité sont rappelées, éléments figurant dans le règlement intérieur applicable au personnel de l'établissement. Lors de la journée d'intégration, les nouveaux professionnels ont des présentations sur les droits des patients, les modalités de soins psychiatriques sans consentement, les missions de la CRUQPC et les relations avec les usagers et familles d'usagers. De plus, un livret d'accueil des internes rappelle les règles d'information du patient, de secret professionnel, et détaille les modalités d'application des procédures en vigueur.

L'établissement est composé de bâtiments d'une grande diversité patrimoniale en intra-muros datant du XIXe siècle à aujourd'hui.

Si, dans les constructions et rénovations récentes, les conditions d'hébergement permettent de garantir le respect de la dignité et de l'intimité des patients, les experts visiteurs ont toutefois constaté, lors de l'investigation du processus et des vérifications sur le terrain, que ces conditions d'hébergement dégradées dans les anciens bâtiments non restructurés ne respectent pas la dignité et de l'intimité des patients : sur l'ensemble de l'établissement, au moins un tiers des chambres sont exigües, sans cabinet de toilettes et ne répondent pas aux normes d'accessibilité "personnes à mobilité réduite". L'établissement a établi un projet de restructuration et de modernisation de ses anciens locaux qui est en attente de financement.

Des documents d'information sont mis à disposition des patients et des familles, et l'accès à ces ressources est facilité par la présence au cœur de l'établissement d'une maison des usagers, lieu d'écoute et d'information, animée par des professionnels du soin et du médico-social, ainsi que par des associations d'usagers et de familles. Un guide d'information destiné aux familles et aux proches est en place.

L'établissement développe différents dispositifs d'écoute et de soutien aux usagers et aux familles : groupes d'entraide mutuelle avec associations de patients bénévoles, groupe de travail pluridisciplinaire sur l'aide aux aidants, groupe familles avec associations de familles, thérapies familiales...

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

En lien avec le plan d'actions défini, les professionnels de l'établissement mettent en œuvre des actions portant sur les droits des patients : information, confidentialité, intimité, bientraitance, projets personnalisés de soins.

Les entretiens avec les professionnels des différents services, et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur ont démontré la sensibilisation et l'attention des équipes au respect des droits des patients. Les professionnels sont mobilisés autour de nombreuses pratiques de bientraitance en place dans les services (ex : choix d'un modèle de pyjama plus respectueux de l'intimité et de la dignité des personnes, prise en charge des enfants autistes par la méthode Denver avec soutien aux familles, atelier thérapeutique peinture avec table-palette en inspiration de la méthode Arno Stern en hôpital de jour, soins psychocorporels et activité de bains thérapeutiques en gérontopsychiatrie...).

Les procédures sont connues des professionnels et appliquées. La traçabilité des informations est retrouvée.

L'organisation permet le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients, ainsi que la mise en œuvre de pratiques de recueil du consentement ou du refus de soins du patient.

Le dispositif d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est mis en œuvre avec traçabilité dans le dossier.

De manière générale, les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite et réévaluée à périodicité définie.

Toutefois, le respect des conditions de restriction de liberté n'est pas effectif dans les unités de soins.

Ainsi, lors des différentes investigations terrain, l'équipe d'experts visiteurs a constaté une diversité de conception, de pratiques et d'argumentation des professionnels concernant les dispositifs de restriction de liberté des patients, tant sur l'isolement que sur les contentions : chambre de soins intensifs psychiatriques ; chambre de soins attentifs ; chambre isolable ou « fermable » ; chambre d'apaisement ; contention avec sangles.

- L'utilisation des chambres dites d'apaisement et la pratique des chambres dites « fermables » ne sont pas réalisées dans le respect des bonnes pratiques portant sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires. Ainsi, les chambres d'apaisement sont utilisées pour l'isolement prescrit "si besoin" et les chambres fermables sont en réalité des chambres classiques pouvant être utilisées comme des chambres d'isolement et donc fermées à clés quand celles-ci sont occupées.

- L'identification des chambres d'isolement, conformément à la réglementation sur le risque incendie, peut s'avérer difficile dans certaines unités où un nombre plus ou moins important de chambres peuvent être fermées à clef en cas de sur-occupation des chambres d'isolement.

- Dans d'autres unités, les experts visiteurs ont pu constater que l'isolement peut être prescrit par un médecin en « si besoin », dans des chambres d'apaisement notamment, la possibilité étant laissée aux professionnels de mettre en œuvre la prescription lorsqu'ils l'estiment nécessaire, sans préciser la durée de l'isolement, sa réévaluation à périodicité définie ni les modalités de surveillance et d'accompagnement.

Un dispositif structuré d'hospitalisation sans consentement est en place (dont registres des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement SDRE et SPDT, tenus par l'établissement et visés sans observation en janvier 2016 par le Vice-Procureur du TGI de Lyon). La commission départementale des soins psychiatriques a visité l'établissement en octobre 2015 et n'a pas formulé d'observation. Le Juge des libertés et de la détention intervient chaque semaine en audiences dans l'établissement sur la conformité d'application de la procédure de soins sans consentement, avec participation du cadre administratif responsable des hospitalisations et des relations avec les usagers.

Un dispositif est également en place afin d'accueillir au mieux les proches du patient (par exemples, en psychiatrie infanto-juvénile, en gérontopsychiatrie).

Le conseil d'éthique en psychiatrie sensibilise les professionnels à la bientraitance au travers de réflexions sur l'amélioration des pratiques professionnelles. Il se réunit régulièrement et un compte-rendu est diffusé aux professionnels.

La gestion des plaintes et réclamations est articulée avec celle des événements indésirables.

La procédure de traitement des réclamations des patients est mise en œuvre avec un tableau de suivi informatisé.

La CRUQPC émet des recommandations tracées dans les comptes rendus et prises en compte dans le programme d'actions.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le pilote du processus, avec l'appui des membres du groupe de travail spécifique « droits des patients », assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du programme d'actions (comprenant notamment la surveillance du niveau de satisfaction des patients).

L'établissement a réalisé deux enquêtes en 2013 et en 2015, portant sur le ressenti des patients et des professionnels de santé sur le thème de la bientraitance dans les pratiques de soins, dont les résultats ont été présentés en CRUQPC.

L'établissement a réalisé une enquête téléphonique ciblée sur la préparation à la sortie du patient et ses modalités d'insertion dans le dispositif ambulatoire.

Le respect des droits, la satisfaction du patient et de son entourage sont principalement évalués par le questionnaire de sortie du patient, ainsi que par les plaintes et réclamations (indicateurs de taux de satisfaction et de nombre de plaintes et réclamations).

L'information donnée au patient et la recherche de son consentement aux consignes de vie pendant l'hospitalisation en soins libres a fait l'objet d'une EPP avec audit clinique ciblé sur la traçabilité des prescriptions de l'information et du consentement du patient, ayant conduit à une amélioration des pratiques.

Les actions d'évaluation en matière de respect des droits des patients sont analysées dans l'établissement en lien avec la CRUQPC.

Un bilan annuel de la CRUQPC est réalisé et communiqué.

Toutefois, l'évaluation globale du processus ne fait pas l'objet d'un dispositif structuré, notamment à l'aide d'indicateurs de suivi définis, pertinents et mesurables : Il n'existe pas d'éléments d'évaluation organisés et méthodiques, ni de plan d'audits spécifiques à la thématique droits des patients.

A / AGIR

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

Le programme d'actions spécifiques à la thématique « droits des patients » est intégré et articulé avec le programme d'actions institutionnel qualité et gestion des risques.

Ce programme est suivi par le pilote du processus, avec l'appui des membres du groupe de travail spécifique « droits des patients », qui en rend compte au Comité de pilotage qualité et gestion des risques, trimestriellement, en proposant si nécessaire une révision : la plupart des actions sont réalisées ou en cours (par exemples, travaux d'humanisation, mise en place d'un réseau Wi-Fi à destination des patients).

Toutefois, la stratégie des droits des patients n'est pas totalement réajustée : le PAQSS ne prend pas en compte toutes les données, car il n'intègre pas toutes les actions.

Suite à l'enquête sur le thème de la bientraitance, l'établissement a mis en place plusieurs actions d'amélioration : actualisation du livret d'accueil et de l'ensemble des supports à destination des patients, actualisation des fiches d'information portant sur les soins sans consentement, actualisation de la procédure concernant la suspicion ou la révélation d'une situation de maltraitance.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels (réunions institutionnelles, d'encadrement et de service) et des usagers (notamment via la CRUQPC).

L'établissement a participé en 2015 à la journée européenne des droits des patients, en impliquant des représentants d'associations d'usagers et de familles. Une semaine à thème « droits des patients » a été organisée en janvier 2016, avec des échanges collectifs pour permettre une réflexion d'équipe pluri professionnelle.

De plus, afin d'améliorer le taux de retour des questionnaires de sortie, l'établissement met en place des boîtiers dans les services pour le recueil des questionnaires et a engagé une réflexion, en lien avec la CRUQPC, sur l'élaboration de questionnaires de sortie adaptés aux différentes modalités de prise en charge.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

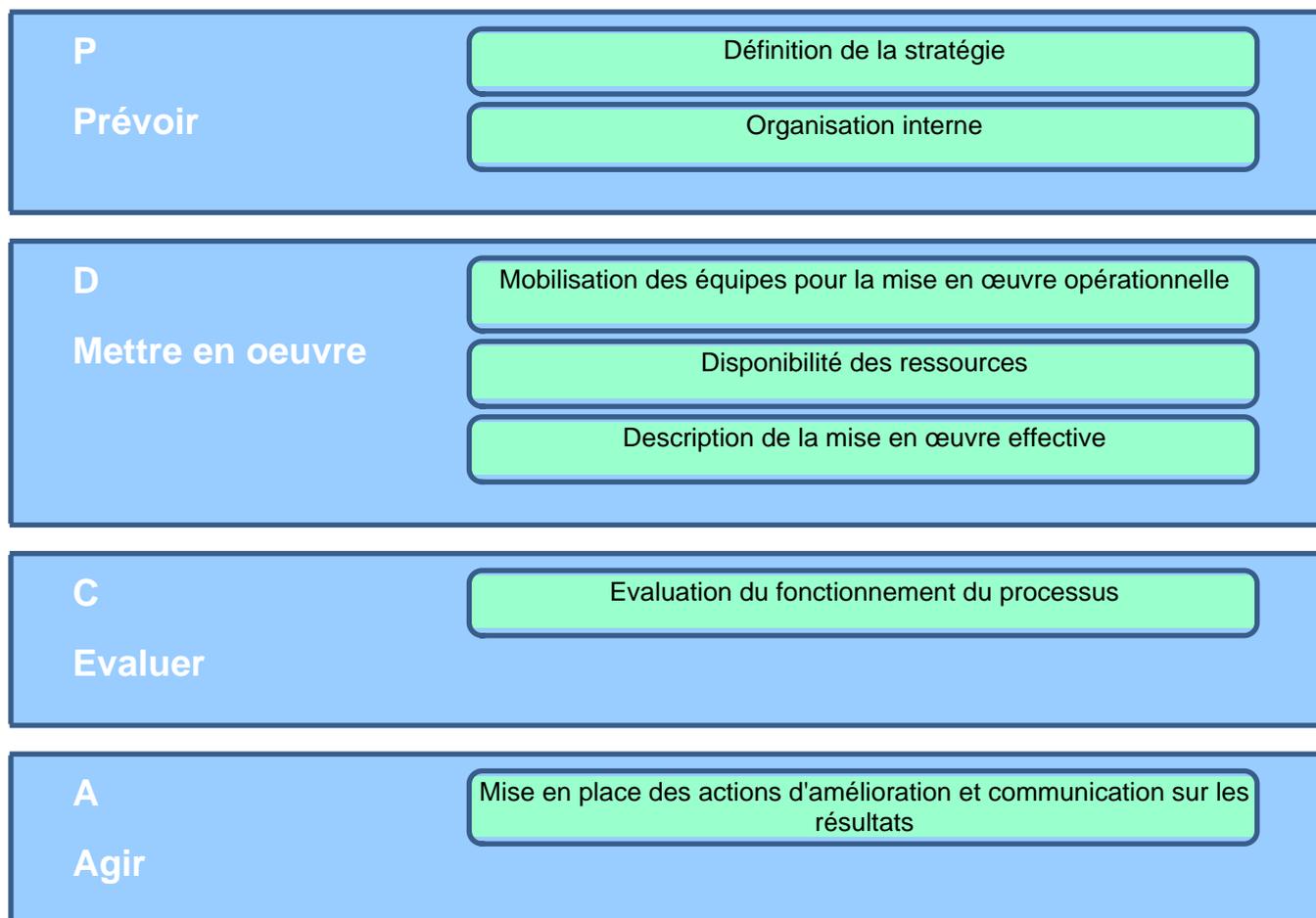
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

La méthodologie adoptée par le groupe de pilotage de la thématique "Parcours du patient" a reposé avant tout sur la réactualisation de l'auto-évaluation réalisée à l'occasion de la précédente itération de la démarche de certification, et sur l'analyse de l'existant au regard des Éléments d'Investigation Obligatoires.

Toutefois, la stratégie du parcours patient ne repose pas sur une analyse structurée de l'ensemble des risques propres à l'établissement.

Par ailleurs, le PAQSS n'intègre pas tous les risques et plans d'action sur la thématique :

Les actions d'amélioration se dégageant de l'analyse de l'existant sont extraites du PAQSS. Elles ont été complétées par des dénominations de risques, parfois d'autant moins explicites qu'elles ne sont pas accompagnées d'une analyse. Ces actions ont fait l'objet d'une hiérarchisation avec les professionnels concernés, selon une méthodologie clairement définie. Leurs modalités de mise en œuvre sont définies.

Ce programme est présenté aux instances de l'établissement, pour information et/ou pour validation.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique est assurée par la directrice des soins infirmiers et de rééducation, et par le président de la CME. Leurs rôles et leurs responsabilités sont définis.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, hors difficultés spécifiques liées au recrutement des psychiatres, 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.

L'accueil du patient et de son entourage est organisé et adapté. Ce dispositif permet d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation d'une personne se présentant pour une urgence.

Les règles de présence sont définies et le système de gardes et astreintes vise à assurer la permanence des soins 24h/24.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

Le dispositif mis en œuvre au sein de l'établissement est adapté à la prise en charge des urgences vitales.

L'établissement a structuré son dispositif de prise en charge des enfants et des adolescents.

L'accessibilité aux personnes présentant un handicap sensorimoteur de l'ensemble des lieux de soins fait l'objet d'un plan d'amélioration dont la mise en œuvre est planifiée sur les prochaines années.

L'établissement s'est organisé pour répondre aux besoins des patients présentant une pathologie chronique associée à leurs troubles psychiatriques.

La spécificité de la prise en charge des personnes âgées, tout comme celle des personnes démunies, est prise en compte dans l'établissement.

L'établissement ne prend pas en charge de détenus.

L'établissement s'est organisé pour développer son activité d'électroconvulsivothérapie avec toute la rigueur attendue pour cette activité à risque.

Le dispositif d'amélioration de l'identification et de la prise en compte du risque suicidaire est en cours de déploiement.

L'organisation de l'éducation thérapeutique du patient (identification des besoins, formation des professionnels, coordination avec les professionnels extra-hospitaliers, actions d'ETP) n'est pas totalement définie : des actions sont menées dans des services de l'établissement, et commencent à faire l'objet d'une communication à l'intention de l'ensemble des équipes. Le projet d'inscrire tous les secteurs dans une démarche d'ETP est planifiée sur l'année 2017, mais l'offre de programmes d'éducation thérapeutique au sein du territoire n'est que partiellement identifiée ; il n'a pas été mené, au sein de l'établissement, de repérage formalisé des maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'ETP.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement des unités s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment les procédures et protocoles mis en place.

Les professionnels des différents secteurs d'activité clinique sont force de proposition pour améliorer leurs pratiques lorsqu'il est objectivé que les résultats ne sont pas à la hauteur des attendus.

Toutefois, les plans d'action opérationnels établis en déclinaison de la démarche institutionnelle et mis en œuvre dans les différents secteurs d'activité clinique ne sont que rarement formalisés : les projets de pôle sont en cours d'élaboration au moment de la visite, et les pôles n'ont pas encore formalisé leurs propres plans d'actions. Des actions ponctuelles sont néanmoins conduites selon les secteurs.

La sensibilisation des professionnels est partielle : les professionnels sont davantage sensibilisés aux objectifs institutionnels qu'aux objectifs propres à leur secteur.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement a identifié et défini les ressources nécessaires à la mise en œuvre de sa stratégie d'amélioration des pratiques en lien avec la thématique "Parcours du patient".

Les effectifs et les compétences répondent aux besoins exprimés sans qu'un domaine ne soit négligé : un effort tout particulier concerne la pratique de l'électroconvulsivothérapie.

Les professionnels bénéficient des formations nécessaires : un effort tout particulier concerne la prise en charge des urgences vitales.

Les procédures et les protocoles, ainsi que tout document utile, sont aisément accessibles aux professionnels concernés grâce au réseau Intranet.

Le système d'information est en place et adapté aux besoins des prises en charge et du parcours de soins : accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques.

Un matériel d'urgence vitale opérationnel est disponible dans tous les secteurs d'activité.
Les locaux et le équipements mis à disposition sont fonctionnels et opérationnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement s'assure que l'évaluation initiale de l'état de santé et de l'ensemble des besoins de chaque patient est établie dans les 24 heures de son admission. Cette évaluation contribue à la mise en place du projet de prise en charge.

Cependant, le projet de soins personnalisé n'est pas systématisé pour tous les patients : il n'existe pas de manière systématique pour chaque patient, un projet de soins personnalisé, concerté, intégrant la réflexion bénéfice-risque, réévalué, et tracé dans son dossier. Plus globalement, la traçabilité des actions et activités réalisées n'est pas toujours assurée.

Les professionnels concernés par des activités de soins de suite et de réadaptation tracent leurs interventions dans le dossier du patient.

La prise en charge de la dimension somatique des troubles qui peuvent être présentés par les patients s'intègre de manière coordonnée avec la prise en charge des troubles mentaux.

Dans l'unité de soins Ulysse, l'équipe s'est organisée pour suivre régulièrement le poids des patients, et parvient quasiment à l'exhaustivité dans ce domaine. Ce suivi a permis de mettre en œuvre des actions d'amélioration pour contrôler les prises excessives de poids.

Inversement, dans l'unité de soins Alphée, l'équipe n'est pas sensibilisée au recueil du poids des patients : le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels n'est pas systématiquement tracé dans le dossier du patient, la traçabilité est réalisée selon les secteurs d'activité, les vérifications sur le terrain ont permis de constater de grandes inégalités de pratique.

Des réunions pluriprofessionnelles et/ou pluridisciplinaires se tiennent de manière très régulière dans chacun des lieux de soins.

Afin d'améliorer l'organisation de la sortie des patients, en vue de permettre d'assurer la continuité et la sécurité des soins, l'établissement met en place une check-list de sortie. Après avoir été élaborée avec les professionnels et mise en phase de test dans plusieurs services, cette liste est en cours de généralisation.

Toutefois, le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas toujours transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires : le déficit de temps médicaux et l'attente de la mise en place, dans le logiciel du dossier du patient, d'une fonctionnalité permettant de pré-remplir le courrier de fin d'hospitalisation, contribuent à ce que les délais réglementaires de transmission aux correspondants d'aval de ce courrier ne soient pas suffisamment respectés.

L'encadrement de chaque secteur veille à faire connaître à l'ensemble des professionnels concernés l'organisation définie, et à ce que soient mis en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

Dans tous les lieux de soins qui ont été visités, la trousse d'urgence est opérationnelle. Elle est scellée, et bénéficie chaque mois d'une vérification tracée de son contenu.

La procédure en cas d'urgence vitale au sein de l'établissement est connue de l'ensemble des professionnels. Ceux-ci sont régulièrement formés.

Le dispositif permanent d'accueil des soins non programmés est opérationnel.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

En dehors des IQSS obligatoires concernant le parcours patient (dépistage des troubles nutritionnels et délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation), quelques indicateurs permettent d'apporter un éclairage partiel ou indirect sur la qualité du processus : taux de remise du livret d'accueil, nombre de RMM, nombre de suicides, nombre de personnel formé aux risques suicidaires, nombre d'événements indésirables et d'événements indésirables graves, nombre de rencontres annuelles avec les partenaires ainsi que le traitement des événements indésirables signalés dans le processus entrée patient, audit Valrex, évaluation de la douleur, nombre de sorties sans autorisation, pourcentage d'internes suivant le parcours d'intégration.

Cependant, l'établissement ne s'est pas organisé pour structurer l'évaluation périodique de l'ensemble du processus en s'appuyant sur des indicateurs élaborés, précis et mesurables.

La plupart des indicateurs utilisés ne sont pas élaborés, ne font pas l'objet d'un recueil et d'une analyse réguliers et ne contribuent donc pas à un suivi de l'efficacité des actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sur le Parcours patient contribuent à la réactualisation régulière du PAQSS.

Toutefois, la stratégie du parcours patient n'est pas totalement réajustée : le réajustement du PAQSS ne prend pas en compte toutes les données, le PAQSS n'intégrant pas toutes les actions.

L'établissement a mis en place un dispositif de communication sur les actions d'amélioration : communication devant les instances, communication aux représentants des usagers dans le cadre de la CRUQPEC, affichage des résultats des IPAQSS.

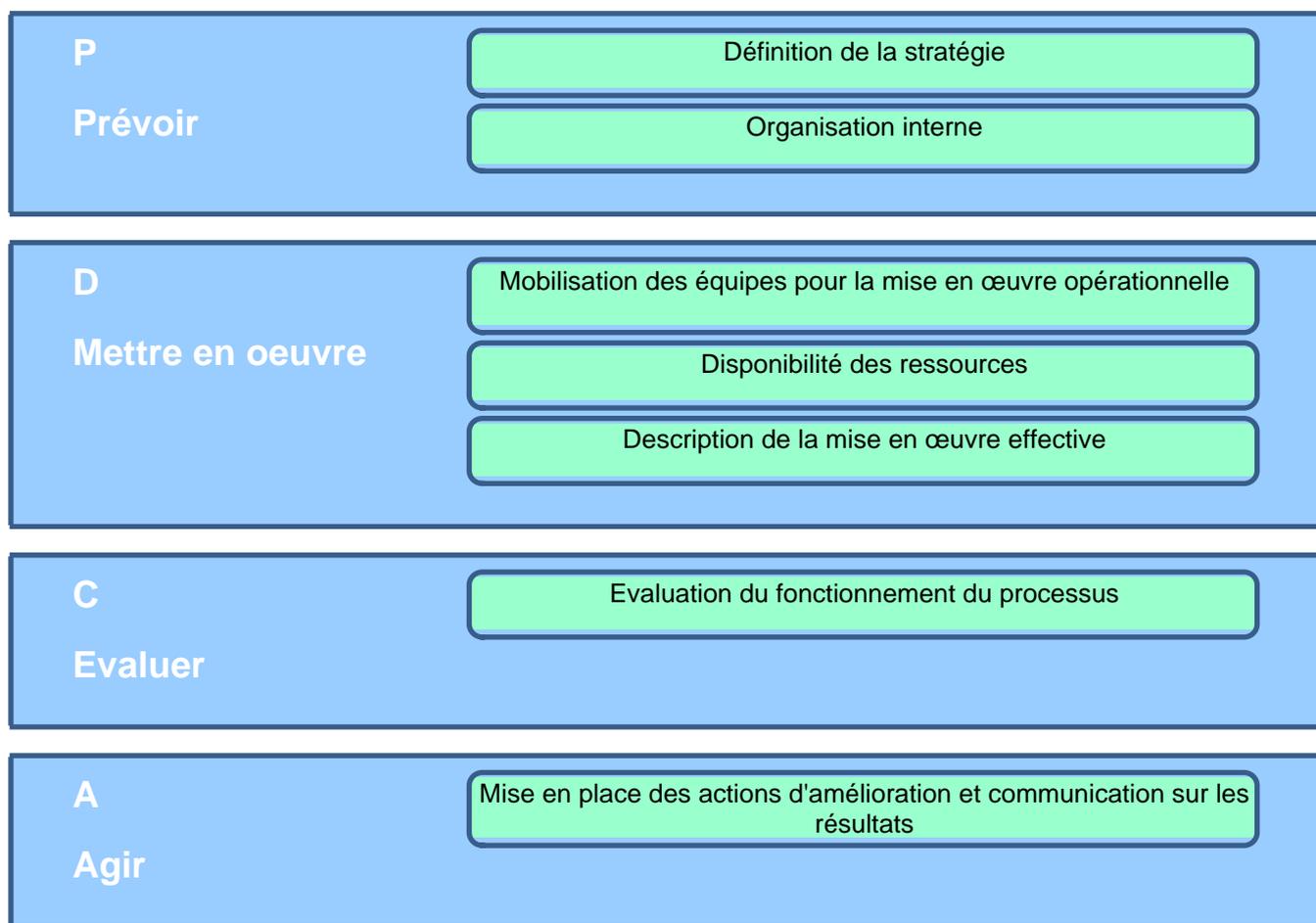
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs relatifs au dossier patient, élaborés sur la base d'une identification des besoins et du contexte de l'établissement. La tenue du dossier patient, comme dispositif de partage d'informations, pour contribuer à la qualité de la prise en charge et rendre compte de l'activité, fait partie des valeurs et principes propres au Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu, et en phase avec le projet de l'Association Recherche et Santé Mentale (ARHM) qui gère l'établissement.

Le projet d'établissement 2013 - 2018 précise, dans ses volets projet médical et projet de soins, les axes de sa stratégie avec les objectifs cibles : inscrire le dossier patient informatisé (DPI) comme dossier de référence, garantir la continuité des soins par l'exhaustivité et la qualité des données du dossier patient. Cette stratégie est également intégrée dans le volet système d'information du projet de management et de gestion, avec comme objectifs d'accompagner les évolutions du DPI, en prenant en compte les orientations du programme Hôpital Numérique, et de sécuriser le système d'information.

L'ensemble de cette stratégie est validé par les instances concernées, dont le Comité de pilotage qualité et gestion des risques et la CME ; la stratégie est déclinée dans un programme d'actions qualité et gestion des risques.

Les axes de ce programme d'actions sont l'amélioration de la tenue du DPI, l'actualisation du document guide de tenue, l'actualisation des procédures de gestion et d'archivage, ainsi que la formation continue des professionnels. L'établissement a identifié ses besoins en établissant une carte d'identité du processus. Une approche par analyse de processus a été conduite, en prenant en compte différentes sources de données : indicateurs (dont IQSS tenue du dossier patient en psychiatrie, indicateurs Hôpital Numérique, nombre de dossiers patients communiqués, nombre de professionnels formés), analyse des événements indésirables, enquêtes et audits (par exemple, audit interne de tenue du dossier patient...).

Toutefois, la stratégie du dossier patient ne repose pas sur une analyse structurée de l'ensemble des risques propres à l'établissement. La méthodologie adoptée par le groupe de travail spécifique à la thématique du dossier patient n'a que partiellement tenu compte de l'analyse des risques propres à l'établissement ; elle ne repose pas sur une analyse structurée des risques a priori. En lien avec les axes d'amélioration définis, la cartographie des risques élaborée par l'établissement ne détaille que des événements identifiés a posteriori, dont certains sont en fait des mesures de traitement de risques.

Par ailleurs, le PAQSS n'intègre pas tous les risques et plans d'action sur la thématique.

L'établissement a intégré dans son Compte Qualité les recommandations de la précédente visite de certification portant sur la tenue du dossier patient et sur le processus d'identification du patient.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus : un médecin psychiatre, référent médical dossier patient nommé par la CME, pilote la thématique, assisté d'un cadre de santé, référent DPI, et du médecin DIM, pilote d'un groupe de travail DPI et responsable de la cellule d'identito-vigilance.

Le chef d'établissement et le président de CME ont formalisé une lettre de mission pour les pilotes de processus, avec description des finalités, ressources et calendrier de la démarche.

Le médecin psychiatre, pilote du processus, s'appuie sur un comité de pilotage dossier patient, pluridisciplinaire, qui a participé à l'élaboration de la stratégie, validé la démarche processus. Il met en œuvre et suit le programme d'actions (par exemple, mise à jour du guide du dossier patient), sensibilise les professionnels aux règles de tenue du dossier, participe à des évaluations et veille également à la communication des résultats (par exemple, résultats de l'audit de tenue du dossier patient).

En articulation avec le Comité de pilotage dossier patient, le médecin DIM coordonne les travaux d'un groupe de travail DPI, dont la mission est principalement d'adapter et de faire évoluer le logiciel Cariatides en place dans l'établissement depuis 2013, et d'accompagner son déploiement auprès des professionnels.

En s'appuyant sur les travaux de ces groupes, le pilote de la thématique rend compte au Comité de pilotage qualité et gestion des risques, et à la CME, de la mise en œuvre de la stratégie et du suivi du programme d'actions.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires.

Des règles de gestion du dossier patient sont formalisées, avec sécurisation de l'identification du patient,

sécurisation de l'accès par les professionnels aux données du patient, et sécurisation de la conservation des données.

Des outils de communication sont en place, notamment pour sensibiliser sur les risques identifiés, et les résultats des indicateurs sont diffusés à l'ensemble des professionnels.

L'accès du patient à son dossier est organisé, avec information sur les droits d'accès et identification d'une personne référente.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels. Le dossier patient rassemble l'ensemble des éléments produits en interne et en externe, permettant une communication de ces éléments aux professionnels impliqués dans la prise en charge.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Pour chaque action du programme institutionnel portant sur le dossier patient, des modalités de suivi sont définies (pilote identifié, échéancier avec priorisation, indicateurs de suivi, état d'avancement). Les responsables de l'établissement sont informés des objectifs et du programme d'actions institutionnel, présenté annuellement aux instances dont la CRUQPC.

Toutefois, les plans d'actions propres aux secteurs d'hospitalisation, établis en déclinaison de la démarche institutionnelle, sont rarement formalisés. Les projets de pôle sont en cours d'élaboration et les pôles n'ont pas encore formalisé leurs propres plans d'actions. Des actions ponctuelles sont néanmoins conduites selon les secteurs (par exemples, supports divers contenant des données cliniques, mise en place d'un formulaire médecine générale dans un service, etc.).

Les professionnels de l'établissement s'impliquent dans les actions d'amélioration définies, notamment dans la vérification de la tenue du dossier patient et dans la mise au point de supports spécifiques de tenue. Les cadres des services veillent à l'actualisation des compétences sur l'utilisation des fonctionnalités du dossier.

Le pilote du processus, ainsi que les membres du comité de pilotage dossier patient s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.). Ils intensifient les actions de sensibilisation des professionnels suite aux évaluations, dont ils communiquent les résultats aux équipes.

Les professionnels de l'établissement participent au signalement et à l'analyse des événements indésirables en lien avec la gestion du dossier patient.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Ces actions sont identifiées par le pilote et les membres du comité de pilotage dossier patient, avec la participation des professionnels (par exemples : actualisation du document de sortie du patient en référence aux recommandations de la HAS, évolution du mode d'archivage...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les différents services de l'établissement.

L'établissement a mis en place des règles de gestion du dossier patient, avec guide d'utilisation, en cours d'actualisation, accessible aux professionnels. Ces règles définissent les responsabilités concernant la tenue du dossier, sa composition, son utilisation, et son accessibilité. Une charte d'utilisation du dossier patient est en place, avec rappel des obligations de tenue du dossier, de confidentialité et de secret médical partagé.

Le dossier patient étant informatisé, il est prévu des modalités de fonctionnement en mode dégradé.

Des documents d'information sont mis à la disposition des professionnels (par exemples check-list d'entrée lors de l'accueil du patient dans un service, compte rendu des réunions du Copil dossier patient et du groupe DPI) et des patients (livret d'accueil, site internet, supports d'information éducative).

Le centre hospitalier met en place des actions de formation initiale et continue pour les professionnels directement concernés. Des formations/sensibilisations des nouveaux arrivants aux règles de tenue et d'accès au dossier sont organisées, ainsi que de réactualisation des connaissances pour les professionnels (module d'une journée assuré deux fois par mois selon plan de formation spécifique en 2016 ; selon un bilan présenté plus de 3600 professionnels ont été formés depuis 2012 à l'utilisation du logiciel Cariatides). Un module de formation par e-learning est mis en place sur l'intranet, comme prérequis avant toute formation initiale des professionnels au dossier patient.

Un livret d'accueil des internes rappelle les règles de tenue du dossier patient, de secret professionnel, et détaille les modalités d'application des procédures en vigueur.

Le centre hospitalier dispose de locaux d'archivage et de moyens techniques permettant d'assurer la conservation, l'accessibilité et la préservation de la confidentialité des informations concernant le patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

En lien avec le programme d'actions défini, les professionnels de l'établissement mettent en œuvre les organisations prévues pour la gestion du dossier patient, ainsi que pour l'accès du patient à son dossier.

Lors des entretiens avec les professionnels des différents services, l'équipe d'experts visiteurs a constaté que les règles de gestion du dossier et d'utilisation du logiciel Cariatides sont connues dans l'établissement, et que les professionnels disposent de moyens informatiques (matériels et logiciel) suffisants et accessibles.

En revanche, les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient ne sont pas toujours tracés dans le dossier patient. Lors des vérifications sur les dossiers patients, l'équipe d'experts visiteurs a constaté des dossiers peu renseignés dans certaines unités visitées, notamment dans les unités de prise en charge ambulatoire.

La communication des informations du dossier aux professionnels concernés en interne et en externe est effective. La transmission aux secrétariats médicaux des anciens dossiers papiers archivés est réalisée dans des délais compatibles avec les besoins de la prise en charge du patient.

L'accès du patient à son dossier est effectif. Les patients sont informés sur leurs droits d'accès à leur dossier (livret d'accueil, affichage, site internet).

Toutefois, les délais réglementaires d'accès du patient à son dossier ne sont pas toujours respectés (pour les demandes de dossiers de moins de 5 ans de l'année 2015 : 21 dossiers sur 86 ont été transmis dans un délai supérieur à 8 jours. Ce délai était supérieur en 2014). L'établissement n'a pas mis en place d'action ayant permis de façon significative de réduire les délais d'accès du patient à son dossier.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le pilote du processus, avec l'appui des membres du Comité de pilotage dossier patient, assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du programme d'actions (comprenant notamment le suivi de la mise en œuvre du plan spécifique de formation des professionnels).

L'établissement participe au recueil de l'indicateur IQSS sur la tenue du dossier et des indicateurs Hôpital Numérique sur la thématique. L'établissement a réalisé en 2015 un audit dans l'ensemble des secteurs adultes et infanto-juvéniles, temps complet et partiel, pour évaluer la tenue des dossiers patient et pour recenser les besoins des professionnels en adaptation de l'outil informatique.

Les délais de transmission des dossiers aux patients font l'objet d'un suivi sur tableau informatisé, assuré par le cadre administratif responsable des hospitalisations et des relations avec les usagers, qui en rend compte annuellement à la CRUQPC.

A / AGIR

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

Le programme d'actions spécifiques à la thématique dossier patient est intégré et articulé avec le programme d'actions institutionnel qualité et gestion des risques.

Ce programme est suivi par le pilote du processus, avec l'appui des membres du Comité de pilotage dossier patient, qui en rend compte au Comité de pilotage qualité et gestion des risques, trimestriellement, en proposant si nécessaire une révision : la plupart des actions sont réalisées ou en cours (notamment celles mises en place suite à la recommandation de la précédente visite de certification).

L'établissement a mis en place un plan d'actions qui a permis la réévaluation de l'indicateur IQSS « tenue du dossier » en psychiatrie.

Toutefois, la stratégie du dossier patient n'est pas totalement réajustée : le réajustement du PAQSS ne prend pas en compte toutes les données, le PAQSS n'intégrant pas toutes les actions

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels (réunions institutionnelles et de service, affichage) et des usagers (via la CRUQPC, ainsi que par affichage dans l'établissement pour les IPAQSS et lien avec le site Scope santé sur le site internet de l'établissement).

Suite à l'audit de tenue du dossier patient réalisé en 2015, l'établissement a engagé plusieurs actions d'

amélioration, dont l'actualisation du guide de tenue du dossier patient, avec règles d'intégration des données cliniques, et volet archivage, ainsi que la mise à jour de la procédure dégradée en cas de panne informatique. De plus, une semaine à thème « identito-vigilance » a été organisée en novembre 2015, afin de mobiliser les professionnels autour des enjeux de l'identito-vigilance et de rappeler les règles et bonnes pratiques en la matière. En lien avec la thématique dossier patient, les professionnels de l'établissement ont identifié des propositions d'actions d'amélioration portant sur l'adaptation de certains documents et courriers, qui ont été prises en compte par le Comité de pilotage dossier patient.

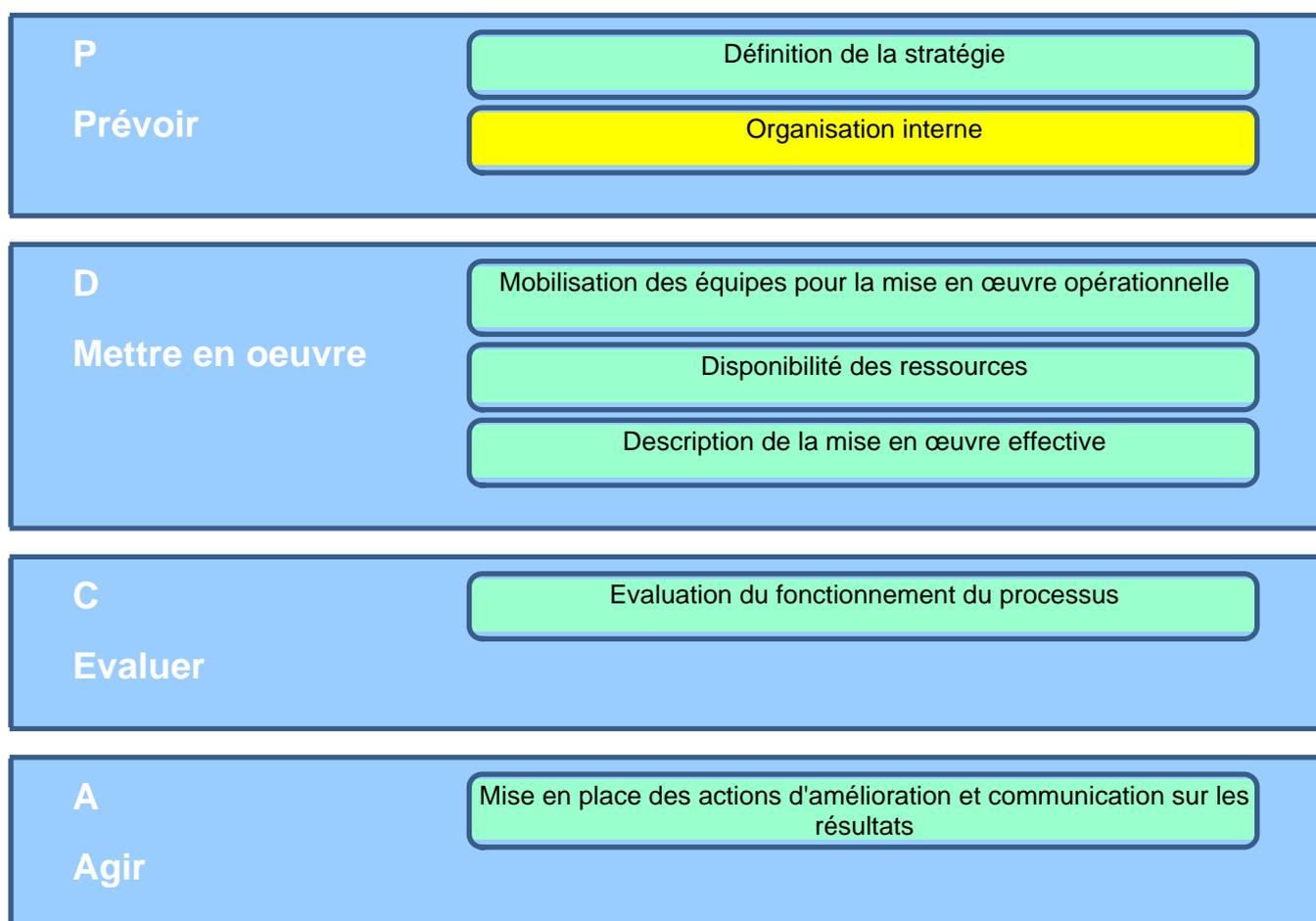
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 Hospitalier Saint Jean de Dieu a formalisé sa stratégie de prise en charge médicamenteuse, à partir de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, et en prenant en compte ses besoins dans ce domaine. Cette stratégie est intégrée aux orientations stratégiques de l'établissement.

Le Centre Hospitalier a associé les professionnels dans le cadre de groupes de travail pour identifier les risques pour chaque étape du circuit du médicament, en tenant compte des risques spécifiquement liés à ses types de prises en charge et des risques plus génériques (informatique, identification du patient, hygiène). Ces risques sont hiérarchisés selon une méthode définie et sont analysés avec les professionnels concernés. Cette analyse intègre la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé.

La stratégie de prise en charge médicamenteuse est déclinée dans le programme qualité de l'établissement qui définit les modalités de sa mise en œuvre (actions, responsables, échéances, modalités de suivi). Le programme est présenté régulièrement aux instances, il est articulé avec le Compte Qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète. La stratégie de prise en charge médicamenteuse est intégrée dans le manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse qui décrit de manière précise les processus logistiques et cliniques mis en œuvre. Ce manuel a été finalisé en février 2016 et validé par la direction et la Commission Médicale d'Etablissement.

Le pilotage du processus et du suivi du programme d'action est assuré par la pharmacienne, responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Le Comedims réactivé récemment a pour mission d'informer régulièrement la CME sur le bilan des erreurs médicamenteuses et de leur traitement. Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés sont définis dans des fiches de poste.

L'organigramme de la pharmacie à usage interne (PUI) est défini. La liste des prescripteurs habilités est actualisée de manière régulière et disponible auprès de la PUI.

Les organisations sont formalisées, de la prescription à l'administration du médicament et de l'admission à la sortie du patient.

L'établissement a formalisé une organisation permettant de sécuriser la dispensation des médicaments (rangement, transport, stockage).

Toutefois, l'organisation de la PUI n'est pas définie :

- la pharmacie est accessible à des professionnels non habilités : durant la visite, les experts visiteurs ont constaté que les internes accèdent à la pharmacie, en dehors des heures d'ouverture de celle-ci. L'établissement a retenu ce dispositif pour s'approvisionner en médicaments en cas de besoin urgent, faute de permanence pharmaceutique.

Après le constat des experts visiteurs, l'établissement a pris en compte le dysfonctionnement et décidé de modifier ses organisations. Il a modifié la procédure qui précise les modalités d'approvisionnement en urgence et permet la mise en conformité avec la réglementation, en précisant l'accessibilité de la pharmacie aux seules personnes habilitées, à compter du jeudi 10 mars 2016. Une note d'information accompagnant cette procédure a été diffusée à l'ensemble des professionnels. La nouvelle organisation est inscrite à l'ordre du jour de la prochaine CME.

Par ailleurs, la dispensation nominative n'est pas organisée : l'établissement n'a pas déployé, au moment de la visite, le module de gestion informatisée des stocks permettant notamment la dispensation nominative des médicaments au regard des prescriptions établies. Des unités sont actuellement en test en prévision du déploiement sur l'ensemble des unités. Cette absence de gestion informatisée entraîne une commande et un approvisionnement journaliers gérés par les infirmiers en fonction des besoins.

Les circuits et les interfaces sont définis avec les secteurs cliniques, médicotéchniques, logistiques et économiques. Les erreurs médicamenteuses font l'objet d'une gestion structurée (déclaration, analyse collective méthodique (RMM, CREX)).

Les vigilances réglementaires sont organisées et efficaces.

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

Les besoins en formation initiale et continue des acteurs sont définis, y compris pour les nouveaux arrivants.

Les besoins en matériel, locaux et équipements sont identifiés et les travaux et les achats y répondent.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité (médecins, cadres) organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières par le biais des professionnels de la pharmacie.

L'encadrement de proximité s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment les procédures et protocoles mis en place.

Une évaluation périodique de la tenue des armoires de pharmacie est réalisée et les professionnels sont informés des résultats.

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin. Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement a identifié et défini les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la politique de la prise en charge médicamenteuse :

- les effectifs et les compétences répondent aux besoins exprimés dans ce domaine,
- les professionnels de la pharmacie bénéficient de formations régulières,
- les professionnels sont formés et sensibilisés au risque d'erreur médicamenteuse,
- la formation des professionnels au logiciel du circuit du médicament est assurée de manière régulière et notamment pour tous les nouveaux arrivants, médicaux et non médicaux (e-learning ou formation présentielle).

Des outils d'aide à la prescription, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.

Les règles et supports de prescription et d'administration sont validés et disponibles et intègrent les spécificités relatives à la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées.

Un support unique de prescription et d'administration est en place.

Les locaux et les équipements mis à disposition sont fonctionnels et opérationnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels des unités de soins et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur démontrent l'effectivité de la mise en œuvre de la prise en charge médicamenteuse et de sa traçabilité, ce que confirme l'indicateur portant sur la conformité des prescriptions médicamenteuses établies au cours de l'hospitalisation.

Les règles, procédures et protocoles en place sont respectés. La mise en œuvre de la prise en charge médicamenteuse est réalisée en s'appuyant sur l'organisation, les circuits et les interfaces opérationnelles définis à l'échelle de l'institution.

L'informatisation du circuit du médicament permet d'assurer la continuité du traitement du patient jusqu'à sa sortie mais aussi dans le cadre de sa prise en charge ambulatoire.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète (prescription, dispensation, administration) et déployée sur l'ensemble des services de l'établissement. Le Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu recueille les indicateurs Hôpital Numérique dans ce domaine.

Les pharmaciens réalisent l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient à chaque nouvelle prescription (en direct ou en différé), en incluant le traitement personnel du patient.

La traçabilité de l'administration est assurée en temps réel par le personnel habilité, en s'appuyant sur la procédure en place.

Le patient est informé de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission. Une procédure permet de gérer le traitement personnel du patient.

Des documents d'information sur les traitements médicamenteux sont mis à disposition des patients et

des programmes d'éducation thérapeutique sont identifiés et proposés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les équipes de soins participent au recueil et à l'analyse des erreurs médicamenteuses et des actions correctives sont mises en place en cas de dysfonctionnement avéré.

La pharmacienne réalise des audits réguliers portant sur les modalités de stockage et de rangement des médicaments dans les unités de soins, les documents de traçabilité, le stockage des stupéfiants, la mise à disposition des procédures et des protocoles, le suivi du matériel d'urgence.

Une démarche d'EPP est en cours sur la thématique du médicament "Prescription des neuroleptiques hors AMM chez l'enfant de moins de 15 ans".

L'établissement recueille l'indicateur IQSS sur la conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses.

Le COMEDIMS réalise des bilans d'activité annuels traitant de ces démarches d'évaluation.

Toutefois, le processus de prise en charge médicamenteuse du patient ne fait pas l'objet d'un dispositif structuré d'évaluation pour chaque étape du circuit du médicament : il n'existe pas d'audit des étapes de la prescription et de l'administration du médicament, permettant d'évaluer le niveau de conformité de la pratique au regard du bon usage du médicament.

A / AGIR

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

La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi des démarches d'évaluation.

Le PAQSS est réajusté et de nouveaux objectifs d'amélioration sont définis.

Un bilan des actions de bon usage des médicaments mises en œuvre est réalisé et diffusé aux professionnels.

L'établissement communique de manière régulière sur les résultats des évaluations et sur les actions d'améliorations définies ou mises en œuvre.

Le bilan des erreurs médicamenteuses signalées et ayant fait l'objet d'une analyse est communiqué aux professionnels.