



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



# **RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE DU LITTORAL**

**Parc du champ gretz  
62180 Rang-Du-Fliers  
SEPTEMBRE 2018**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	16
PARCOURS DU PATIENT	21
DOSSIER PATIENT	26
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	30

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

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

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

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

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE DU LITTORAL	
Adresse	Parc du champ gretz 62180 Rang-Du-Fliers
Département / région	PAS-DE-CALAIS / HAUTS-DE-FRANCE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	620025361	S.A.S. CLINIQUE DU LITTORAL	Parc du champ gretz 62180 Rang-Du-Fliers
Etablissement de santé	620025387	CLINIQUE DU LITTORAL	Parc du champ gretz 62180 Rang-Du-Fliers

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	60	15

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	CHAM CH HESDIN Clinique des Acacias Clinique du Virval Clinique du Campus EHPAD Fontaine Médicis Fondation Hopale Maison des Adolescents du Littoral Clinique des 4 Cantons Clinique les Drags
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 (A).

## **2. Avis prononcés sur les thématiques**

### **3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire**

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

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

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

### **5. Suivi de la décision**

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

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	ADULTE	PSYCHIATRIE Hospitalisation complète	Épisode dépressif majeur	PROGRAMME	COMPLEXE	Santé mentale
2	ADULTE	PSYCHIATRIE Centre de jour	Burn Out et TCA	PROGRAMME	COMPLEXE	Santé mentale

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

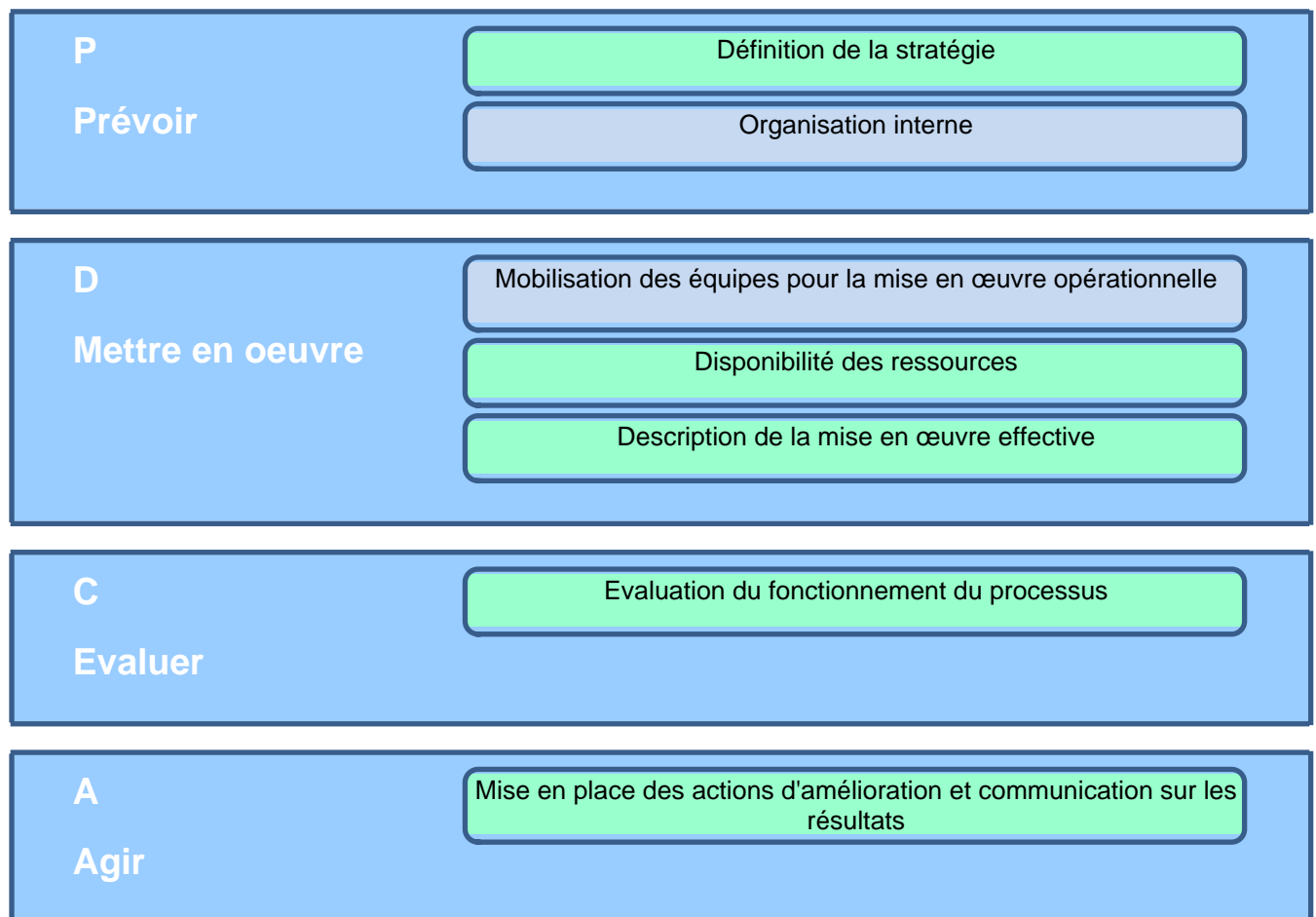
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe une politique générale de management de la qualité et de la sécurité, intégrée dans les orientations stratégiques; et ce depuis l'ouverture du site en 2005. Cette politique est validée par les membres de la CME et les instances suivantes : CODIR (Comité de Direction) et CQGRV (Comité Qualité, gestion des risques et Vigilances). La politique qualité est révisée annuellement. L'organisation managériale de la politique qualité formalisée date de novembre 2011.

Cette politique fixe des objectifs d'amélioration précis et déclinés si besoin par secteur d'activité. La politique d'amélioration de la qualité est portée par le personnel d'encadrement et les IDE référents sur des processus tels que les droits des patients et le dossier patient.

Pour la certification, l'établissement a mis en place un groupe de travail pluriprofessionnel qui ont identifié les risques a priori sur la base des fiches d'évènements indésirables, de la patientèle accueillie, de la conformité de leurs pratiques à la réglementation, traitement des plaintes et des réclamations et des résultats d'évaluation et indicateurs, ceci pour les 2 secteurs d'activités: hospitalisation complète répartie sur 2 unités de soins et la clinique de jour.

La stratégie de développement des EPP, résultat d'une concertation entre professionnels de santé et gestionnaires, est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Une cartographie des risques liés au processus a alors été élaborée, les risques étant hiérarchisés à l'aide des échelles de Farmer proposées par la HAS.

L'ensemble des risques, quelle que soit leur criticité a été versé dans le PAQSS. Et les plus critiques dans le compte qualité.

Les modalités de mise en œuvre du PAQSS ont été établies: il comporte les objectifs, les actions et responsables de celles-ci, les échéances et les modalités de suivi. Il est révisé annuellement.

Le compte qualité a été diffusé à l'ensemble des professionnels.

L'intégration récente de la clinique dans un groupe va permettre de dynamiser la politique et dans cette optique, le service qualité du groupe procède d'abord à une phase d'observation et de benchmarking dans les établissements concernés afin de réviser éventuellement ensuite la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation (structure pilote CODIR / CQGRV / cadres de santé / soignants référents) et un organigramme sont définis. Chaque instance présentée dans l'organigramme a un rôle à tenir dans la démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée par un cadre de santé, formé à la gestion des risques. Ses missions sont définies par écrit sur une fiche de poste qui précise notamment qu'il doit assurer une cohérence de la démarche de gestion des risques associés aux soins avec les différents projets de l'établissement dans les domaines de la qualité, de l'évaluation des pratiques, du développement professionnel continu, de la certification d'établissement. Il existe également une fiche de poste pour la responsable qualité, qui assure notamment la coordination et l'animation des groupes de travail.

Les rôles et les responsabilités des différents acteurs sont définis et formalisés.

Le pilotage se fait en étroite coordination avec l'encadrement intermédiaire, les IDE référents et les groupes de travail des équipes.

L'établissement a identifié et organisé les ressources nécessaires pour assurer la continuité et la cohérence de sa politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de la clinique.

Il existe un dispositif de gestion documentaire à la fois sur informatique et à la fois sur support papier. Les documents utiles sont identifiés et formalisés en fonction des besoins et des risques spécifiques à l'activité. Ils sont intégrés au dispositif de gestion documentaire. On trouve notamment les procédures, les annexes, les tableaux de bord divers.

Une coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques est en place. L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles pour l'exercice de la qualité et de la coordination de la gestion des risques associés aux soins.

La gestion des plaintes et réclamations est organisée (procédure Expression des usagers et procédure Gestion des évènements indésirables) et fait l'objet d'un registre unique.

Le dispositif de gestion des évènements indésirables est connu et opérationnel : les déclarations se font à l'aide de la "fiche progrès". Le système de gestion des plaintes est articulé avec le dispositif de signalement des évènements indésirables.

Le Plan Blanc de la clinique est opérationnel et fait l'objet d'un exercice annuel, par un scénario minimum, destiné à tester sa mise en œuvre.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre les professionnels.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Le management de chaque secteur (administratif, soignant, médical) applique les principes de management de la qualité et de la gestion des risques en lien avec les objectifs stratégiques de l'établissement.

L'encadrement intermédiaire communique auprès des équipes sur la politique qualité et sécurité des soins, la coordination de la gestion des risques, la stratégie de développement des EPP et les indicateurs de l'établissement (imposés et ceux développés en interne).

La présence quotidienne de la responsable qualité, en collaboration avec la responsable qualité du groupe, auprès des équipes facilite l'adhésion des professionnels.

Les responsables de management assurent le suivi des actions d'amélioration sur leur secteur, évaluent l'impact des actions sur les résultats, s'assurent du niveau d'adhésion des équipes aux démarches d'audits et d'évaluations; et s'assurent de la conformité des pratiques aux procédures, protocoles et autres documents annexes.

Des actions de sensibilisation sur les thèmes qualité et sécurité des soins sont menées régulièrement auprès des équipes (réunions, groupes de travail, actions ponctuelles de sensibilisation). Une charte de non punition en cas de déclaration d'évènement indésirable est effective.

Le programme global qualité et gestion des risques est réévalué grâce au système de management de l'établissement et à la stratégie de développement du travail en équipe.

La participation des représentants d'usagers à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment dans le cadre des réunions de la Commission des Usagers, est effective.

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les équipes sur les risques identifiés dans leur secteur ou processus. L'implication des équipes est favorisée par des informations régulières et des actions correctives sont mises en place en cas de dysfonctionnement.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs de la clinique sont adaptés aux risques et aux besoins liés aux différents secteurs. Des dispositions sont en place pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient. Les professionnels en poste sont formés à la qualité et la gestion des risques.

Les documents nécessaires à l'application de la démarche qualité et à la coordination de la gestion des risques sont accessibles facilement : support informatique et support papier. Ces dispositifs sont connus des professionnels. Les équipes ont accès aux documents qui les concernent.

Le dispositif de gestion documentaire est opérationnel et mis à jour régulièrement par les responsables dédiés. Les professionnels peuvent participer à l'élaboration de supports de travail.

La déclaration des évènements indésirables est facilitée par l'application informatique dédiée et le nombre de postes satisfaisant dans les services.

Le système d'information est adapté aux besoins tant au niveau des accès, de la confidentialité des données qu'au fonctionnement des postes informatiques. Les équipes sont informées en temps utile de la moindre modification ou de la nouveauté intégrées dans le dispositif de gestion documentaire.

Les représentants d'usagers ont également accès aux données nécessaires à l'effectivité de la démarche qualité et gestion des risques de l'établissement.

Les documents nécessaires 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 la disposition des professionnels : fiches progrès, procédures et annexes, Plan Blanc, procédures d'alertes sanitaires.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La politique générale de management de la qualité et de la sécurité des soins est connue des professionnels de santé.

La culture qualité et sécurité des soins est effective, qui se traduit notamment par l'adhésion des professionnels aux groupes de travail divers et aussi par la déclaration des évènements indésirables. Les équipes sont informées dans leur service de la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques, et des évolutions. Les professionnels rencontrés connaissent le bulletin d'information qualité, ainsi que les représentants d'usagers.

Les réunions d'instance et groupes de travail sont effectifs, connus des professionnels. Les comptes-rendus sont accessibles sur le support informatique.

Les équipes participent à l'analyse des causes profondes et au traitement des évènements indésirables, aux vigilances sanitaires et réglementaires. Elles participent aussi aux démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins suite à la réalisation d'EPP, d'audits et évaluations internes. Elles ont accès aux résultats d'indicateurs d'activité, aux résultats d'évaluation de la satisfaction des usagers, et des personnels.

La clinique rend compte de ses démarches d'EPP devant ses instances et informe les équipes des résultats

obtenus.

La participation à l'élaboration et au suivi du programme qualité et gestion des risques est effective. Les représentants d'usagers ont participé à différents groupes de travail liés à la réalisation d'actions d'amélioration. Le dispositif de recueil de la satisfaction des usagers est opérationnel. Dans le cas d'une plainte, le patient est informé des suites données et des éventuelles actions correctives mises en œuvre. La plupart des plaintes et réclamations sont traitées par les cadres de santé. Le directeur reçoit les plaintes écrites et y répond sous quelques jours.

Il a été constaté durant les entretiens et vérifications sur le terrain la mobilisation des professionnels pour la mise en œuvre opérationnelle de la démarche qualité et l'appropriation d'une culture qualité et sécurité des soins. La stratégie de développement des EPP est connue des équipes.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le service qualité effectue régulièrement des questionnaires ou quiz ludiques auprès des personnels portant sur la démarche qualité et gestion des risques.

Un tableau de bord général des évaluations, par processus, est établi annuellement, en complément d'un tableau de bord plus détaillé des évaluations avec indicateurs associés et comparaison avec d'autres établissements similaires. Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux

La satisfaction des patients est évaluée en lien avec les membres de la Commission des Usagers. Le taux de retour des questionnaires renseignés permet de prendre en compte les résultats obtenus pour l'évaluation de la qualité du service rendu.

Les EPP intègrent un suivi d'indicateurs; elles concernent aussi bien l'hospitalisation complète que la clinique de jour. Une majorité de ces évaluations font désormais l'objet d'un suivi régulier, les plus récentes datent de 2014 et de 2015.

L'évaluation régulière du processus est réalisée principalement à partir du suivi annuel du programme global de la qualité. Un bilan permet de mesurer l'impact des actions mises en œuvre en termes de réduction du niveau de risque et d'amélioration des pratiques.

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base de supports bien définis : tableaux de bord, indicateurs, etc.

## 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 indicateurs et des démarches d'évaluation réalisées.

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

La stratégie de communication des indicateurs et tableaux de bord est mise à jour annuellement par le Comité de Direction.

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont articulées avec le programme d'actions d'amélioration. L'établissement veille à informer les professionnels et les représentants d'usagers.





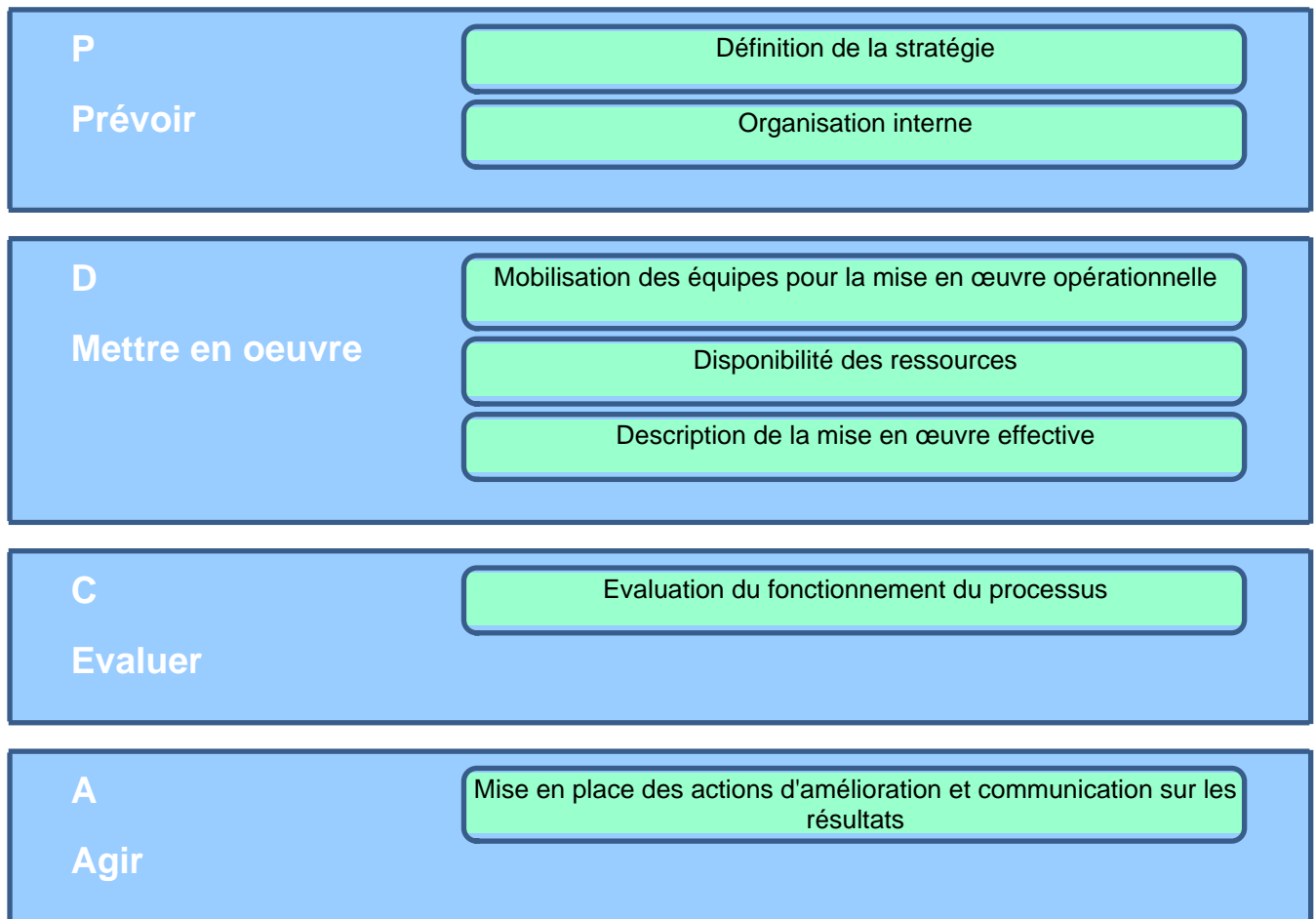
# DROITS DES PATIENTS

## 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**

La politique générale relative aux droits du patient, inscrite dans le projet d'établissement, est intégrée dans les orientations stratégiques de l'établissement et du groupe.

La promotion du respect des libertés individuelles et l'importance de l'information des patients, ainsi que la bientraitance, sont précisés dans le projet d'établissement. La politique intègre également les notions de respect de l'intimité et de dignité du patient.

Le projet d'établissement insiste particulièrement sur la nécessité d'apporter une bonne information au patient sur le plan médical, paramédical et administratif.

L'établissement a décidé aussi d'axer l'amélioration de l'information du patient avant son admission afin d'améliorer la prise en charge du patient dès le début de son séjour et d'anticiper ses besoins.

La politique a été validée en Comité de direction et par les membres de la CME.

Le projet architectural a intégré l'importance du respect de la dignité et de l'intimité du patient.

La cartographie des risques intègre la promotion de la bientraitance, la prévention de la maltraitance passive envers les patients, le respect de la confidentialité, le défaut d'information du patient notamment en cas de dommage lié aux soins.

La charte de fonctionnement et règles de vie insiste tout particulièrement sur le consentement aux soins des patients.

L'analyse et la hiérarchisation des risques ont été réalisées par les pilotes, dont l'IDE référent, en groupes de travail multidisciplinaires. Les travaux ont été présentés en Comité d'Éthique.

Le respect des droits des patients a abouti à l'adoption d'une Charte de la bientraitance.

Cette politique fait l'objet de réflexions lors des réunions d'instances dont le Comité d'Éthique et la Commission des Usagers.

Enfin, cette politique est déclinée dans un programme d'action formalisé, qui liste les priorités présentées dans le Compte Qualité, et est révisé à périodicité définie.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus : le cadre de santé, la responsable qualité et l'IDE référent sur les droits du patient pilotent le processus en articulation avec la Commission des Usagers. Les rôles et responsabilités des pilotes sont précisés dans les fiches de poste et de mission.

Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance passive est réalisé en lien avec les membres de la CDU.

La gestion des plaintes et réclamations est organisée avec la tenue et le suivi du registre des plaintes; la Commission des Usagers est active et se réunit 4 fois par an. L'information des patients et des familles sur leurs droits et les missions de la CDU est en place (affichages et livret d'accueil). Elle repose également sur l'information portée par les 2 représentantes d'usagers (RU).

Les RU ont la possibilité de communiquer facilement avec l'IDE référent en cas de dysfonctionnement relatif aux droits des patients, en-dehors des réunions plénières de la CDU.

La gestion des plaintes est articulée avec la gestion des évènements indésirables.

La désignation de la personne de confiance est réalisée sur support écrit.

Au regard des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources matérielles et documentaires nécessaires au respect du droit à l'information et au consentement des patients.

La Charte de bientraitance est en place, le livret d'accueil est effectif. Le livret d'accueil, donné à chaque admission, rappelle les droits et devoirs des patients; et apporte toutes les informations nécessaires au fonctionnement de la clinique : la désignation de la personne de confiance, la notion de bénéfices/ risques des traitements, la prise en charge de la douleur, etc.

Les modalités de recueil du consentement sont organisées. Un dispositif est prévu en cas de refus de soins. Un dispositif de recueil des directives anticipées est en place.

Un dispositif d'information du patient est en place en amont de l'admission. Un entretien de pré-admission est en place depuis environ 6 mois, assuré par une infirmière, afin d'améliorer l'information du patient et de son entourage.

Un document d'information est donné au patient avant son hospitalisation lui précisant une liste d'interdits (exemple: retrait de certains effets personnels, interdiction de circuler avec un téléphone portable pour préserver la confidentialité de l'hospitalisation des autres patients).

Le dispositif d'information repose également sur le projet de soins personnalisé expliqué au patient dès le jour d'admission par le médecin.

La charte de fonctionnement est signée par le patient dans les jours suivants son admission, en présence d'un soignant.

Une affiche de sensibilisation sur le respect de la confidentialité à destination des professionnels et des patients est prévue.

Une chambre "d'apaisement" existe, elle est utilisée sur accord écrit du patient et sur prescription médicale. Son utilisation est soumise à un protocole de fonctionnement. Il existe un dispositif de transfert pour les hospitalisations sans consentement en cas de besoin.

La démarche d'information du patient sur son état de santé est structurée par les différents documents papier signés par le patient et par la disponibilité des professionnels.

Cependant, l'organisation et les pratiques de prise en charge ne permettent pas de respecter totalement les libertés individuelles des patients. La Clinique du Littoral n'accueille que des patients en soins libres.

Il a été constaté une systématisation stricte des règles de sécurité à tous les patients, qu'importe le motif d'hospitalisation alors que les situations cliniques ne nécessitent pas systématiquement, dans une visée de sécurité et/ ou pour des motifs thérapeutiques, la mise en œuvre de mesures momentanées de limitation de liberté.

En effet, les documents internes d'information sur l'organisation de l'établissement (charte de fonctionnement et règles de vie signée par le patient, document d'information donnée au patient avant hospitalisation) imposent une restriction de liberté à tous les patients durant toute l'hospitalisation.

L'impact sur les patients est une restriction de leurs libertés individuelles, qu'importe leur pathologie.

Les causes relèvent d'une volonté de l'établissement d'assurer un maximum de sécurité, au détriment du respect des libertés individuelles de patients en hospitalisation libre.

## D / METTRE EN ŒUVRE

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

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

L'encadrement et l'IDE référent sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur. Ces responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport à l'organisation prévue; ils organisent la mise en place d'actions correctives et informent les professionnels des résultats.

Par exemple, une EPP a été conduite sur l'adhésion du patient aux processus de soins en vue de la prévention des sorties contre avis médical : les actions correctrices menées sont connues des professionnels.

Les équipes sont sensibilisées sur la prévention de la maltraitance passive : un questionnaire de prévention de la maltraitance est donné aux équipes tous les 2 ans. Les résultats sont ensuite transmis aux professionnels.

Un Comité d'Éthique se réunit 3 fois par an.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs), matériel (locaux, équipements) et documentation sont disponibles dans les services.

Toutefois, les professionnels de l'établissement n'ont pas tous bénéficié de formations sur les droits du patient. Le pilote du processus droits des patients, la responsable qualité et le cadre de santé sont formés aux droits des patients, dont la bientraitance. Des actions de sensibilisation non imposées aux personnels ont ensuite été organisées dans la structure auprès des équipes.

Le plan de formation global de l'établissement 2016 / 2018 ne prévoit pas la formation des professionnels aux droits des patients dont la bientraitance, outre le professionnel arrivant soignant qui bénéficie d'une formation parcours d'intégration dans laquelle le concept de bientraitance est abordé.

L'établissement a prévu dans son Compte Qualité uniquement la poursuite des actions de sensibilisation à l'ensemble des professionnels, et non des actions de formations.

Néanmoins, la direction de la clinique a présenté au cours de l'investigation sur le terrain un document signé de mise en place d'une formation sur la bientraitance qui devrait avoir lieu courant 2018.

Les procédures et documents utiles aux professionnels sur les questions relatives aux droits des patients sont disponibles dans les services par une gestion documentaire informatisée et facilement accessible pour les professionnels. L'accès aux supports papier est également possible.

Les patients ont accès aux informations nécessaires au bon déroulement de son séjour : livret d'accueil, charte de fonctionnement et affichages dans les circulations et à l'accueil.

Les locaux permettent de préserver la confidentialité des données relatives aux patients et l'intimité des patients. Les 4 chambres doubles sont agencées de telle façon que le patient ne soit pas gêné par son voisin : une semi cloison est en place, qui peut être prolongée par un paravent sur demande du patient.

Un paravent est également disponible dans la chambre d'apaisement.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont opérationnelles.

Le dispositif d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est également en place.

L'accueil des proches est facilité par des salons de convivialité à chaque étage. Les familles et proches ont la possibilité de prendre aussi un repas dans l'établissement.

L'entourage du patient peut prendre rendez-vous avec le médecin, avec l'accord du patient.

Un salon des familles spécifique est aussi prévu, sur réservation du patient.

Les locaux d'hospitalisation, les salons mis à disposition des patients et de leurs proches, les salles d'activité sont en adéquation avec le respect de la dignité et de l'intimité des patients.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Lors des soins ou lors de l'administration des traitements médicamenteux, les équipes respectent les règles de confidentialité des données relatives aux patients. Les soignants prennent en compte la respect

de la dignité et de l'intimité du patient.  
Les soins d'hygiène dans les chambres sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité du patient, y compris dans les chambres doubles qui sont spacieuses.  
Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont connues des professionnels.  
Les modalités de partage des informations relatives à la prise en charge du patient permettent le respect de la confidentialité par les professionnels.  
La désignation de la personne de confiance est réalisée en présence d'un soignant.  
La participation du patient et parfois de ses proches dans la mise en œuvre du projet de soins personnalisé est favorisée.  
La notion de bénéfice /risque est expliquée aux patients à la fois par un document écrit ajouté dans le livret d'accueil et à la fois par les équipes médicales et paramédicales.  
L'organisation des repas favorise les échanges entre patients et facilite la prise en charge des patients bénéficiant d'un régime alimentaire. Un guide alimentaire est également remis au patient dans le livret d'accueil.  
Dans chaque chambre est affichée une fiche d'organisation de la journée à destination des patients.  
Les représentantes d'usagers sont informées à chaque réunion des plaintes, réclamations, remerciements et résultats des questionnaires de satisfaction.  
Les unités de soins connaissent et appliquent les organisations définies concernant les droits des patients.  
Une procédure de signalement de la maltraitance est connue des professionnels.

## **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation du respect des droits du patient et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés : indicateurs et tableaux de bord.  
Une évaluation périodique du respect des droits des patients et de la satisfaction du patient est réalisée en lien avec les membres de la CDU.  
Il existe plusieurs modalités d'évaluation du processus Droits des patients :  
- questionnaires de satisfaction des patients pour l'hospitalisation complète et la clinique de jour,  
- EPP sur l'adhésion du patient au processus de soins en vue de la prévention des sorties contre avis médical,  
- nombre de plaintes et réclamations,  
- questionnaire sur la bientraitance à destination des professionnels tous les 2 ans.  
Le dispositif de pré-admission étant récent (octobre 2017), l'établissement n'a pas encore procédé à une évaluation sur une éventuelle amélioration de la qualité de l'information donnée au patient.

## **A / AGIR**

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

L'établissement réexamine les risques significatifs ou les besoins non entièrement satisfaits lors des réunions d'instances afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque.  
Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions global de l'établissement.  
Les résultats de ces évaluations sont portés à la connaissance des équipes par des tableaux de bord avec indicateurs, présentés également en CDU.  
Il existe dans chaque service de soins un système de diffusion des résultats des évaluations et des actions menées : sur informatique et sur papier.  
Le programme d'actions est réévalué à périodicité définie en fonction des résultats des différentes évaluations.



# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

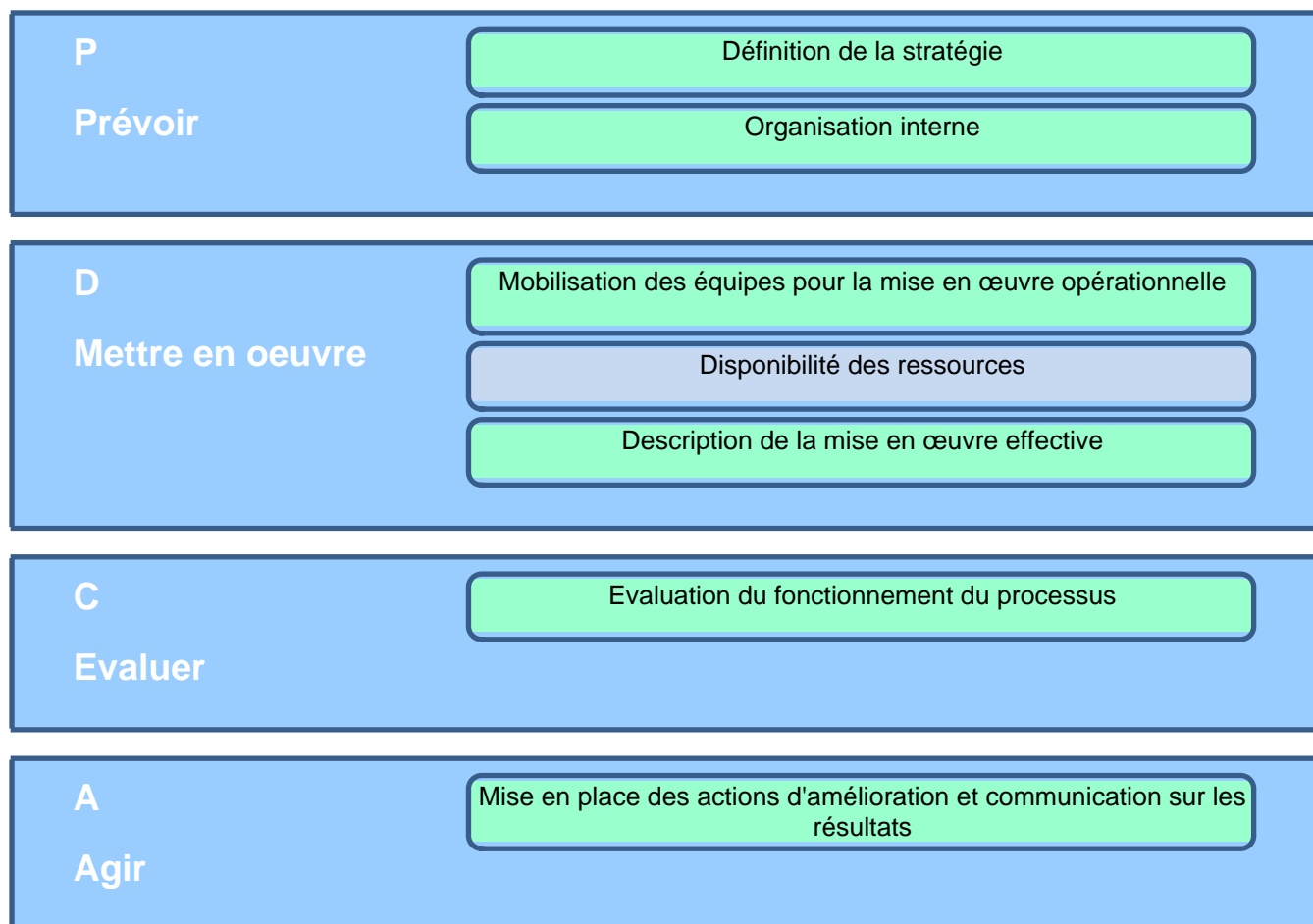
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique s'appuie sur les valeurs de la clinique, le projet d'établissement qui comprend entre autre le projet médical, le projet de soins et le projet des usagers.

Elle tient également compte du CPOM et du type de patientèle accueillie, les dépressions et épisodes dépressifs représentant plus de 60% de celle-ci.

L'établissement propose deux lignes de soins principales : hospitalisation complète et clinique de jour.

La cartographie du processus parcours de soins a été élaborée par plusieurs groupes de travail pluri professionnels. Ces groupes ont découpés les processus de soins en 17 sous-cartographies. Les risques issus de celles-ci ont été priorisés avec les diagrammes de Farmer proposés par l'HAS. Les risques les plus critiques (19 au total) ont alimentés le compte Qualité de l'établissement. L'ensemble des risques, quelle que soit leur criticité ont été versés dans le PAQSS.

Le CQ et le PAQSS ont été validés par le Comité de direction (CODIR) et le Comité Qualité, Gestion des Risques et des Vigilances (CQGRV), cette dernière instance comprenant les représentants des usagers.

Les modalités de mise en œuvre du PAQSS ont été établies: il comporte les objectifs, les action et responsables de celles-ci, les échéances et les modalités de suivi.

Le compte qualité a été diffusé à l'ensemble des professionnels.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus parcours de soins a été confié au niveau opérationnel aux trois IDE référents, cadres de proximité. Cette fonction est tout à la fois dans les fiches génériques des pilotes de processus que dans leur fiche de poste.

Les sous processus ayant également des pilotes, une douzaine de personnes sont impliqués dans le pilotage de ce processus (IDE, psychiatres, psychologues, administratifs, AMP...).

Le CODIR, CQGRV et la CME jouent pleinement leur rôle de pilotage institutionnel.

L'établissement dispose d'un nombre suffisant en ressources humaines pour accomplir ces missions. Les locaux et le matériel sont entretenus, un personnel de bionettoyage et de maintenance fait partie des effectifs.

Un plan de formation est élaboré chaque année.

Les règles et procédures sont définies et intégrées dans un système documentaire informatisé, doublé de classeur papier au sein des étages et de la clinique de jour.

Le système d'information répond aux besoins des usagers, sa sécurité est assurée.

La permanence des soins est assurée 24/24 et 7/7.

Un prestataire assure la restauration des patients et du personnel qui le souhaite. L'unité de production est sur site. La prestation blanchisserie et les transports sanitaires sont également assurés par des prestataires externes.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Les IDE référents (1er étage, 2nd étage et CDJ) assurent l'encadrement de proximité. A ce titre, ils sont chargés du déploiement opérationnel du PAQSS et du contrôle des différentes traçabilités exigibles dans la prise en charge du patient (relevé du poids, de l'évaluation de la douleur...)

Les équipes soignantes participent aux audits, EPP, REMED et recueil d'indicateurs et sont sollicités pour l'identification des plans d'actions qu'ils mettent en œuvre. Des actions correctives sont identifiés en cas de besoin. On peut citer par exemple l'emploi d'autocollants spécifiques sur les étiquettes d'identification du patient quand il y a des homonymies ou des noms phonétiquement proches.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les locaux et le matériel sont adaptés, propres et entretenus.

L'équipement informatique nécessaire à l'utilisation du dossier patient informatisé est présent aussi bien en équipement portable que fixe.

L'ensemble du matériel fait l'objet de contrats de maintenance et un petit lot de matériel de remplacement est géré par l'établissement.

Pilier d'une des prises en charge phare de l'établissement les locaux d'hydrothérapie font l'objet de plusieurs procédures de bio nettoyage et de surveillance de la légionelle.

Les effectifs sont en nombre suffisant et la pluri professionnalité nécessaire aux prises en charge en santé mentale est organisée autant en interne (médecins psychiatres et somaticiens, IDE, hydrothérapeute, psychologues, AMP...) que par des intervenants externes (diététiciennes, art thérapeute). Tous ont une fiche de poste.



Pour les nouveaux arrivants, un livret d'accueil spécifique est distribué et un parcours spécifique est mis en place. Durant les quinze premiers jours le nouvel arrivant est doublé et plusieurs rencontres avec les IDE référents (pharmacie, nutrition, douleur...) sont organisées. Durant les quinze jours un entretien est organisé et un questionnaire sur les connaissances en psychiatrie est rempli. Un tutorat est possible par la suite. La gestion documentaire est connue des professionnels et les documents sont nombreux et actualisés. Chacun d'eux fait l'objet d'un émargement par le personnel concerné. Le plan de formation réalisé montre de nombreuses sensibilisations et formations (consolidation des savoirs en psychiatrie, utilisation des grilles d'évaluation de la crise suicidaire, sécurité du circuit du médicament..) ainsi que les formations à l'urgence vitale (et leur actualisation) autant pour le personnel soignant (AFGSU 2) que pour le personnel administratif (AFGSU 1).

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La permanence des soins est assurée 24/24 et 7/7. De 20h30 à 8h30, un praticien occupe un studio de garde au sein de l'établissement.

Deux lignes de soins (Hospitalisation complète et de jour) co-existent dans l'établissement. Plusieurs concepts de soins sont mis en œuvre dans les prises en charge (psychothérapie, Electroconvulsivothérapie, hydrothérapie, remédiation cognitives, atelier thérapeutiques médiatisés, prise en charge groupales...)

Toutes les entrées se font en préadmission avec un dossier à remplir par le médecin adresseur. Des fiches spécifiques sont prévues pour les mineurs et pour les personnes âgées. En amont de cette admission, l'établissement a mis en place depuis six mois une préadmission infirmière. Il s'agit pour les patients qui peuvent venir à la clinique d'une visite des lieux mais aussi d'une explication en ce qui concerne les règles de vie et les restrictions de liberté qui seront mises en place. Bien que cette pratique n'ait pas encore été évaluée, il semble à l'établissement que les départs inopinés au bout de quelques jours soient moins nombreux, favorisant l'adhésion à la prise en charge.

Le jour de l'entrée est recueilli la personne à prévenir, l'information sur la personne de confiance est donnée.

L'entretien avec le psychiatre permet dès le premier jour de mettre en place le projet de soins personnalisé. Celui-ci est tracé dans le dossier du patient et sera actualisé par la suite.

En accord avec le patient, la première semaine est centrée sur l'observation et le patient n'a pas de permission possible. Une grille RUD peut être remplie et dans tous les cas le risque suicidaire du patient est évalué.

L'accueil dans les étages est assuré par un IDE qui va poser le bracelet d'identification, réaliser une évaluation de la douleur et peser le patient. Cette pesée est le point de départ d'un suivi nutritionnel avec la possibilité pour le patient de consulter une diététicienne, l'établissement prenant en charge la première consultation. Cette organisation concernant le dépistage des troubles nutritionnels est confirmée par les résultats de l'indicateur IQSS sur le sujet. Le jour de l'admission, un inventaire est également réalisé et l'ensemble des objets tranchants, coupants, piquants, contenant de l'alcool ou étant inflammable est retiré au patient. Ces objets sont stockés au poste infirmier et le patient peut y avoir accès sur des horaires donnés.

Le lendemain de l'admission, le patient voit un médecin somaticien qui réalise un ECG et va éventuellement donner son accord pour les activités physiques dont l'hydrothérapie. Par la suite la prise en charge somatique est assurée sur demande du patient au médecin. Le centre hospitalier voisin doté d'un plateau technique est utilisé si besoins. Cette activité est surveillée et sécurisée, animée par une AMP et une hydrothérapeute. Il est bien précisé aux patients qu'en dehors des heures d'ouverture du bassin, toute activité est un soin. La proximité du CHAM (Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil) voisin permet d'utiliser si besoin son plateau technique. Les analyses sanguines sont notamment effectuées. Les ECT sont réalisés au CHAM dans des conditions d'hygiène et de sécurité quasi équivalente à un bloc.

Des réunions de synthèse, pluridisciplinaire et pluri professionnelles ont lieu une fois par semaine en alternat les deux étages. Les patients sont vus tous les jours par le psychiatre et le Projet de soins personnalisé est mis à jour. L'entrée au centre de jour est également programmée. Des activités thérapeutiques sont prescrites et une réunion de synthèse a lieu en fin de journée. L'ensemble des activités est tracée ce que confirme le patient traceur réalisée dans cette unité. La prise en charge fait également l'objet d'un Projet de soins personnalisé.

L'établissement n'a pas développé d'actions d'éducation thérapeutique mais de nombreuses actions d'éducation à la santé sont en place (tabac, nutrition, estime de soi, médicament...).

La prise en charge des urgences vitales est organisée, le personnel est formé et dispose d'un chariot d'urgence et d'un défibrillateur pour les étages plus du matériel d'urgence à proximité du bassin.

La sortie du patient est préparée avec un entretien de prévision de sortie fixé entre 6 à 8 jours avant la date. Cet entretien permet de faire le point sur la suite des soins mais aussi la logistique éventuelle à mettre en place. Un courrier de sortie est remis au patient ce que confirme les patients traceurs réalisés et l'indicateur IQSS relatif au courrier de sortie.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Plus de dix actions d'évaluation de pratiques professionnelles sont actuellement en cours. Le suivi de celles-ci est organisé par le CQGRV. Un tableau récapitulatif est tenu à jour ainsi que des fiches de suivi. La plupart est à un stade du suivi d'indicateurs. On trouve des EPP de pertinence (pertinence des admissions par exemple) mais aussi d'autres EPP abordant la plupart des thèmes de travail (Tabagisme en hospitalisation, préparation de la sortie du patient hospitalisé et continuité des soins, psychotropes et prise de poids : prise en charge des patients à risques). Une EPP porte sur la sécurisation des ECT.

L'établissement suit également de nombreux indicateurs avec fiche descriptive et suivi de ceux-ci. On peut citer Taux de satisfaction concernant les soins dispensés par les psychologues Taux de sorties non programmées, Taux de satisfaction des correspondants externes sur la qualité du courrier de sortie.

Enfin plusieurs patients traceurs ont été effectués dans les deux lignes de soins de l'établissement.

## A / AGIR

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

Les actions d'améliorations issues des EPP sont souvent rapidement mises en œuvre par les équipes, une fois validées en CQGRV.

Certaines actions institutionnelles se déroulent sur un plus long terme comme la mise en place de l'addictovigilance. Les évaluations se font au plus près des équipes vu la taille de l'établissement et les actions sont rapidement intégrées par les équipes soignantes.

Ces actions peuvent être des actions de sensibilisation du personnel, de formalisation de procédures ou de paramétrage du logiciel de dossier patient informatisé.

La communication sur les actions d'amélioration se fait essentiellement par affichage sur des panneaux dédiés à la démarche qualité dans les deux bureaux infirmiers des étages d'hospitalisation et au centre de jour. Ces documents sont ensuite archivés dans, les classeurs qualité disponibles en permanence et sur informatique. Un journal institutionnel le Bulletin d'Information Qualité (BIQ) est édité mensuellement. Il est adressé à tous mais également aux représentants des usagers.

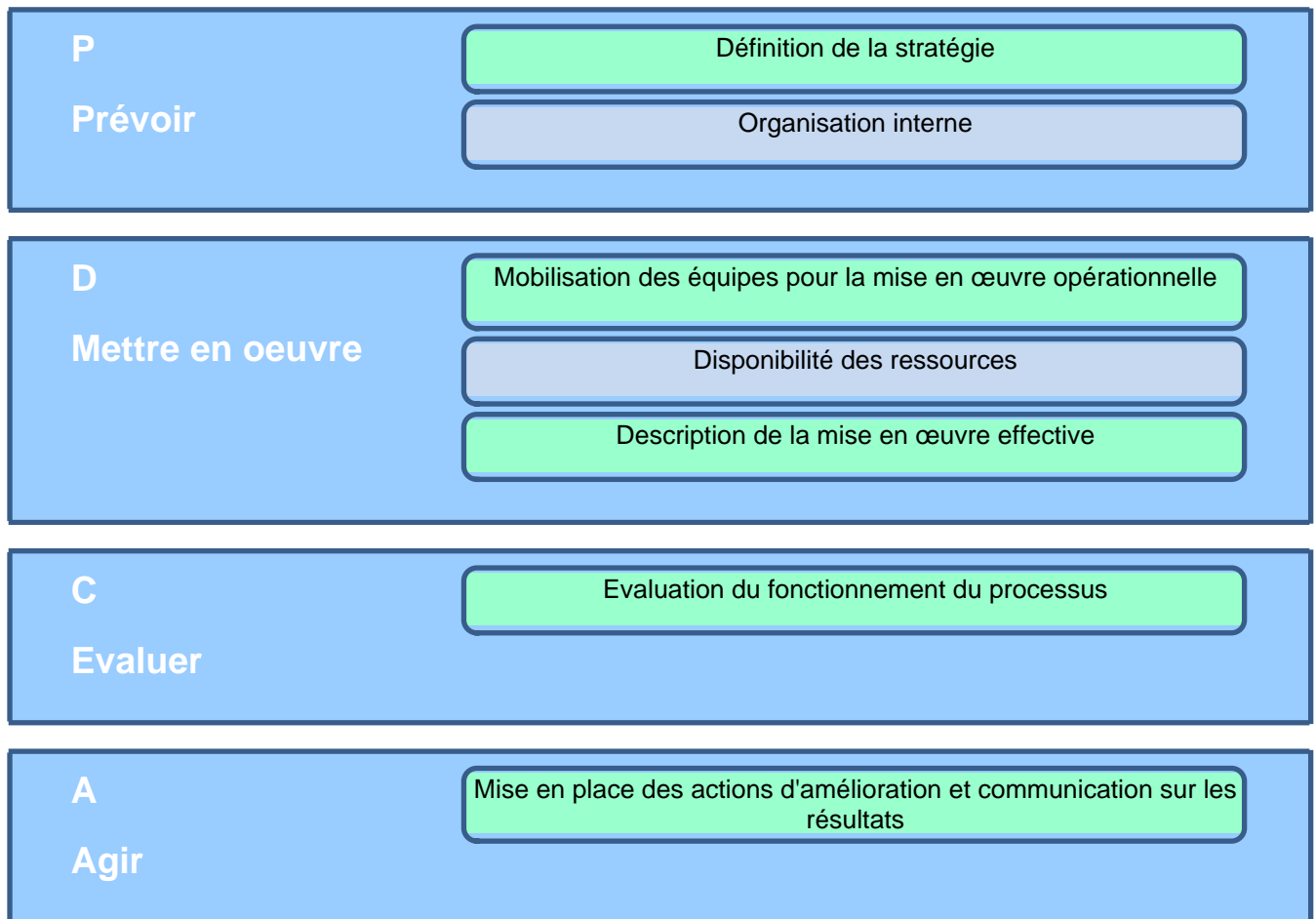
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique formalisée de gestion du dossier patient élaborée par la direction en collaboration avec l'équipe médicale, intégrée dans les orientations stratégiques de l'établissement. L'établissement a procédé à l'analyse de ses besoins et identifié ses risques, propres à son activité.

La clinique a, rapidement après son installation, identifié les risques d'erreurs médicamenteuses et de défaut de transmissions; et a ainsi décidé la mise en place de l'informatisation du dossier patient, devenue effective en 2008 : dans un 1er temps pour l'hospitalisation complète et dans un 2ème temps pour la clinique de jour.

L'identification des risques a fait l'objet d'un travail porté par un groupe de professionnels multidisciplinaires (médecins, soignants, secrétaires). Le choix de l'établissement a été l'informatisation de l'ensemble du dossier. La stratégie de la clinique est ainsi clairement posée. Cette politique a été validée par les membres de la CME et est révisée annuellement par les instances : CME CODIR et CQGRV (Cellule Qualité).

L'établissement connaît ses risques prioritaires. Les risques ont été analysés en équipes composées des utilisateurs concernés par la bonne gestion de la tenue du dossier patient.

La politique intègre toutes les règles de gestion de tenue du dossier patient, de l'admission jusqu'à l'archivage, intégrant les principes de confidentialité et d'identitovigilance.

#### ORGANISATION INTERNE

Les rôles et responsabilités des professionnels sont définis et il existe une fiche de mission du pilote qui est une IDE référente sur la thématique dossier patient. Ce pilote s'est désigné spontanément.

Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées dans l'ensemble des services.

Les besoins en formation de l'ensemble du personnel sur l'utilisation du DPI sont pris en compte et intégrés dans les plans de formation annuels. L'objectif est que les utilisateurs soient formés en continu a minima tous les 2 ans. A cet effet, par l'intermédiaire du groupe, un poste de responsable informatique (du système d'information et de l'application du RGPD) est opérationnel et permet d'assurer le suivi à la fois sur un plan technique de la fonction informatique et à la fois un suivi de la formation continue.

Les modalités de communication du dossier patient sont organisées, par une procédure, en temps utile pour l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient.

Il subsiste certains éléments sur support papier : des documents annexes nécessitant la signature du patient telle que la désignation de la personne de confiance, les comptes-rendus d'examens, les résultats d'analyse de biologie.

Il n'y a pas d'interface avec le laboratoire d'analyses. Néanmoins, l'établissement a pour projet de mettre en place une interface et de mener une réflexion sur le fait de scanner tous les documents annexes ou pas. Certains documents scannés ne peuvent être classés dans le DPI, par défaut de paramétrage.

Les modalités d'accès au dossier par le patient sont organisées : l'information est effective par le livret d'accueil remis à l'admission.

Un mode dégradé de fonctionnement est organisé en cas de défaillance du système informatique. Plusieurs niveaux de panne sont prévus et des actions peuvent être mises en place très rapidement afin de permettre la poursuite de l'activité. La plus grosse défaillance informatique pouvant conduire à la reprise du dossier papier.

L'archivage est organisé de façon claire et synthétique, les zones d'archivage sont séparées, sécurisées et accessibles à certains professionnels définis (secrétaire médicale, administrateur de garde).

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre les professionnels utilisateurs du dossier et entre les différents secteurs d'activités grâce à l'informatisation.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

La politique de l'établissement est déclinée dans les services grâce à l'encadrement intermédiaire et à l'IDE référente. Les professionnels sont sensibilisés à la fois par des actions informelles et à la fois par des groupes de travail et réunions de sensibilisation.

Le dispositif d'information des professionnels est opérationnel par le bulletin qualité et la fiche partage accessible sur informatique.

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle, en lien avec le PAQSS. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés; et s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. L'encadrement intermédiaire informe également les équipes de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

Les équipes sont sensibilisées à la bonne gestion du dossier patient et s'impliquent dans les actions d'amélioration. Les professionnels prennent connaissance des indicateurs IPAQSS par le bulletin qualité et les supports d'affichage. Le personnel d'encadrement est référent pour échanger sur les résultats des indicateurs.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentations sont disponibles dans les secteurs :

- les effectifs sont en place, les formations planifiées et suivies;
- les locaux (bureaux de consultations, salles de soins, bureaux administratifs) sont équipés de telle façon à faciliter la traçabilité en temps utile dans le dossier patient;
- les supports d'aide à l'utilisation du dossier sont accessibles à la fois sur support papier et sur informatique.

La formation des nouveaux personnels paramédicaux ou remplaçants est assurée par un titulaire : un système de doublure est prévu pour les nouveaux embauchés sur une durée de 1 mois. Le nouveau est ensuite intégré sur la prochaine session de formation à l'utilisation du DPI. Il n'y a pas de personnel intérimaire, la clinique fait travailler au maximum le même groupe de remplaçants. Les médecins se remplacent les uns les autres.

Les règles d'accès à l'outil informatique sont connues et facilitées pour tracer les éléments constitutifs de la prise en charge des patients en temps utile dans des lieux dédiés et confidentiels.

Les modalités de connexion des utilisateurs sont facilitées par le nombre de postes. Plusieurs niveaux de sauvegarde, notamment de réplication, sont en place. Le personnel dispose de matériels en quantité suffisante pour assurer la continuité des soins (par exemple 3 PC portables dans chaque salle de soins).

Un plan de reprise et de continuité du système d'information prévoit les dispositions à prévoir pour assurer la reprise de l'activité du SI en cas de crise majeure ou importante du centre informatique. Le PRA détaille les différents niveaux de sauvegarde du système informatique de l'établissement.

Les ressources en matériel informatique sont suffisantes, connues des utilisateurs et accessibles. La maintenance du matériel est assurée par 3 référents différents : la responsable informatique du groupe, le prestataire extérieur informatique et l'éditeur de logiciel.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque professionnel utilisateur du dossier dispose d'un login et d'un mot de passe, modifié à périodicité définie (1 fois par an avec un projet de l'organiser 2 fois par an).

Les professionnels savent où trouver l'information en cas de besoin (dysfonctionnement informatique, problème d'accès).

La traçabilité de tous les actes réalisés par tous les professionnels est effective, y compris pour les éventuels intervenants extérieurs (tel que le kinésithérapeute).

Les pièces du dossier sont datées et comportent les éléments d'identification réglementaires du patient, et l'identification du professionnel intervenant dans la prise en charge du patient.

Toutes les mentions, observations, prescriptions sont horodatées et chaque prescripteur est identifié.

Les règles d'accès au dossier par les patients sont respectées, au regard du tableau de bord de suivi des demandes, établi annuellement, qui précise également les délais de réponse de la clinique aux demandes des patients. En 2017, le délai pour les dossiers de moins de 5 ans a été respecté avec un délai maximum n'excédant pas les 8 jours et inchangé pour les dossiers de plus de 5 ans.

Les zones d'archivage sont séparées (médicale, administrative et comptable) et sécurisées (locaux fermés à clé et équipés de détection incendie), accessibles aux personnes strictement définies. Les dossiers sont classés par ordre d'IPP.

Il a été constaté que les différents services connaissent l'organisation mise en place et les actions à mener en cas de défaillance du système.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la tenue du dossier patient est régulière et organisée : la partie soignante fait l'objet d'audits avec un objectif de 30 dossiers par an; et la partie administrative est auditée pour environ 10 dossiers par trimestre. Les évaluations sont assorties d'indicateurs.

Un 2ème volet de l'évaluation passe par les indicateurs imposés, IPAQSS, dont le score pour l'année 2016 est de 93.

La tenue du dossier fait l'objet d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles depuis 2012, avec indicateurs.

Un bilan annuel des délais de transmission des dossiers aux patients est également réalisé.

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilans d'activité).

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

La politique de gestion du dossier du patient est ajustée en fonction des résultats des indicateurs et du suivi du plan d'actions. Le programme d'amélioration est réajusté à périodicité définie en fonction des résultats des évaluations. Les actions d'amélioration, en corrélation avec le PAQSS, sont mises en oeuvre au regard des évaluations réalisées, en lien avec les instances concernées : CODIR, CQGRV et CDU.

Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions correctives menées : bulletin qualité, affichage et support informatique. La clinique met en oeuvre également un processus d'information des représentants d'usagers sur les données relatives aux demandes d'accès au dossier par les patients.

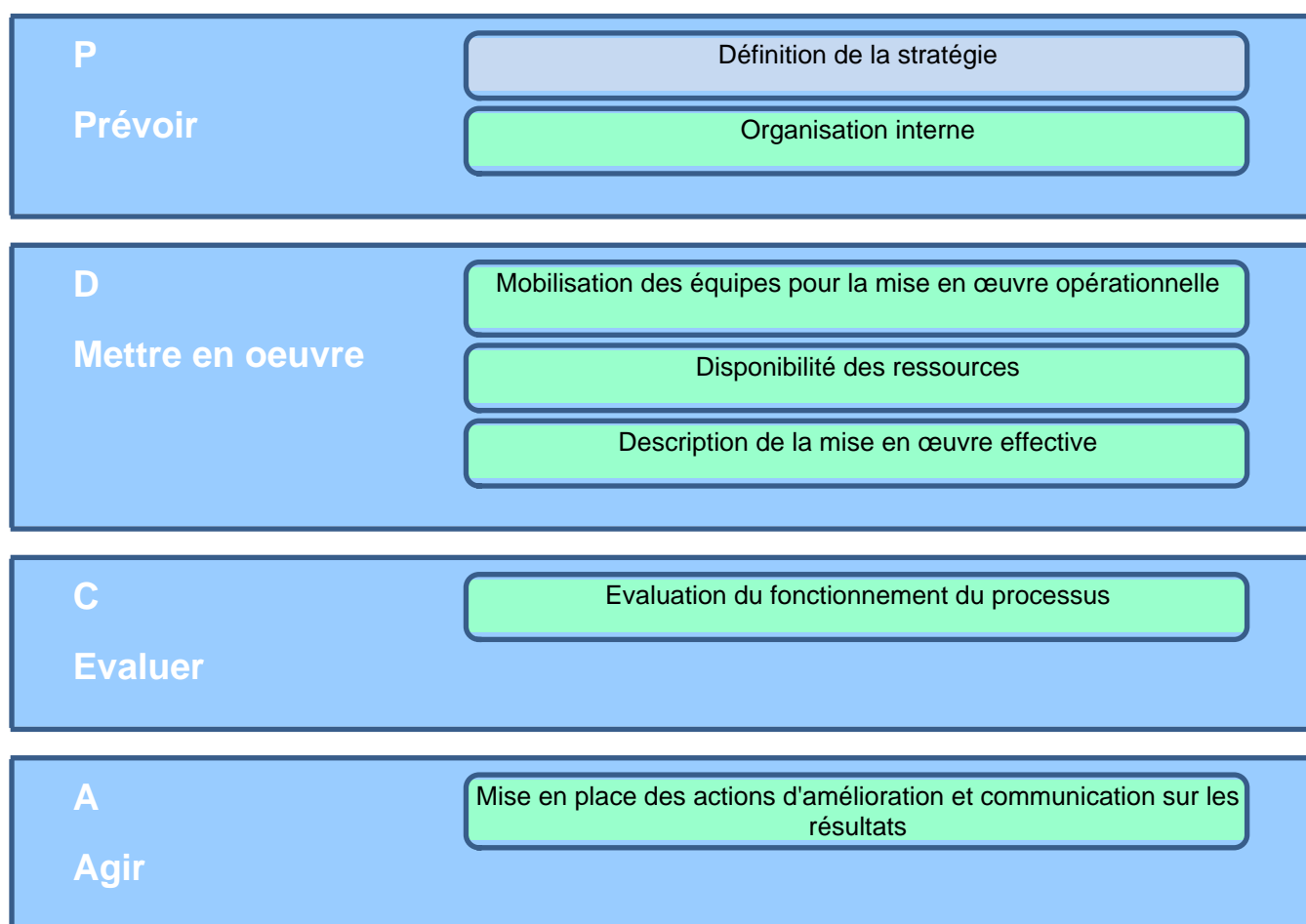
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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 projet d'établissement intègre une politique relative à la qualité de la prise en charge médicamenteuse composée de quatre parties distinctes:

- La politique de la prise en charge médicamenteuse générale
- La politique de juste prescription médicamenteuse chez la personne âgée
- La politique de bon usage des antibiotiques
- La politique d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse.

Ces politiques s'appuient sur les différentes pathologies prises en charge, sur les résultats des différents audits sur la sécurisation du circuit du médicament, sur les résultats des indicateurs tant nationaux que locaux et sur la réglementation en vigueur.

La cartographie des risques relatifs à ce processus a été élaborée par un groupe de travail pluridisciplinaire, validée par le COMEDIMS puis par le comité de direction.

La priorisation des risques a été effectuée via le diagramme de Farmer conseillé par l'HAS. Les risques prioritaires ont été versés dans le compte qualité de l'établissement. Ceux-ci et les autres risques sont intégrés dans le programme d'actions qualité et sécurité des soins.

Le PAQSS précise les modalités de sa mise en œuvre : objectif(s), action(s), responsables(s), échéances et modalités de suivi.

Le circuit du médicament est entièrement informatisé, de la prescription à la validation de l'administration et intégré dans le dossier de soins informatisé.

**ORGANISATION INTERNE**

Le processus de la prise en charge médicamenteuse est piloté par un groupe de travail dirigé par trois pilotes, une IDE, un cadre paramédical et le pharmacien de l'établissement.

Ce dernier assure aussi le rôle de pharmacovigilant/ réactovigilant et de responsable qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Une convention précisant ses rôles et mission est signée entre l'établissement et le pharmacien d'officine dans la convention avec l'établissement.

Un COMEDIMS se réunit 4 fois par an. Ses missions sont définies dans le règlement intérieur de cette instance. Parmi ses missions on peut citer:

- La participation à l'élaboration du livret thérapeutique et des dispositifs médicaux stériles et à sa mise à jour annuelle
- Le choix des produits mis à disposition et leur bon usage
- La participation à l'évaluation du respect du bon usage des produits pharmaceutiques
- La validation des actions correctives proposées suite aux enquêtes et audits
- La validation des actions du groupe de travail sur la cartographie des risques.

Les cadres de proximité sont les référents pour l'ensemble des processus. Des IDE sont, sur volontariat, correspondant pharmacie (un par étage + un à l'hôpital de jour mais aussi douleur, dossier du patient...). Des fiches de postes rappellent leurs missions.

La gestion documentaire concernant ce processus est riche et existe sous format informatique et sur un ensemble de classeurs.

L'accès aux bases des médicaments est possible via le logiciel de prescription.

Une liste des prescripteurs habilités est validée et envoyée à l'officine signataire de la convention.

Le plan de formation de l'établissement prévoit des sensibilisations au processus "circuit du médicament"

L'établissement n'a pas de PUI, les locaux de stockage sont constitués par les salles de soins de chaque étage.

La maintenance des ordinateurs et/ou des dispositifs médicaux est contractualisé avec des société externes.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Les infirmiers référents, cadres de proximité, sont chargés de l'application des actions qualité au sein de leurs services et du contrôle de la traçabilité, ce que rappellent leurs fiches de postes "Contrôle de la qualité, de la sécurité des soins et activités paramédicales : procédures, protocoles, réalisation d'audits, suivi d'indicateurs". Les professionnels sont investis dans les évaluations de pratiques et dans les groupes de travail ayant bâti les différentes cartographies. Ils ont participé à 5 REMED (analyse des erreurs médicamenteuses) en 2017. Les actions d'amélioration issues de celles-ci sont mises en œuvre par les mêmes professionnels et diffusées pour information ou actions aux autres services ou aux autres cliniques du groupe, le cas



échéant.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La clinique du littoral dispose des effectifs nécessaires à l'accomplissement de ces missions. Le personnel a été sensibilisé à la sécurisation du circuit du médicament (2017) et une sensibilisation aux médicaments à risques est prévue en 2018. Cependant les points du programme de sensibilisation retrouvés par les experts portent sur l'administration des médicaments, la détention et le stockage, le réfrigérateur de la salle de soins, la dotation en pharmacie et le chariot d'urgence.

Chaque administration médicamenteuse permet à une IDE de se détacher pour ce soin. Les salles de soins ont été aménagées de manière à ce que l'entrée soit transformée, par un système de panneau coulissant, en lieu dédié à l'administration, tout en préservant la confidentialité des échanges.

L'informatisation de la prescription permet également d'avoir pour tous les mêmes supports de prescription et une conformité de la rédaction de celles-ci, ce que confirme l'indicateur IQSS de 2016 et l'indicateur Hôpital Numérique. Les salles de soins sont spacieuses, le matériel est en bon état et régulièrement entretenu.

La documentation est accessible et comprend les règles de gestion des médicaments personnels, les règles de gestion des toxiques, la procédure de continuité et de reprise de l'activité en cas de panne informatique. La base de donnée Vidal est accessible aux soignants via le dossier patient informatisé.

Les IDE n'ont pas été formées aux risques d'erreurs médicamenteuses et à la prévention de la iatrogénie. Plusieurs actions de sensibilisation notamment à la sécurisation du circuit du médicament ont eu lieu. Cependant les points de ce programme de sensibilisation retrouvés par les experts portent sur l'administration des médicaments, la détention et le stockage, le réfrigérateur de la salle de soins, la dotation en pharmacie et le chariot d'urgence.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le circuit du médicament se décompose de la façon suivante.

La prescription est rédigée par un médecin de l'établissement sur le logiciel dédié. Toutes les interactions médicamenteuses sont signifiées dès la prescription. Le médecin peut donc modifier sa prescription ou la valider en la justifiant

Le pharmacien en convention avec l'établissement dispose de ces prescriptions en temps réel. \*\* analyse pharmaceutique?

La dispensation médicamenteuse est réalisée à 100%.

La livraison des médicaments est assurée par une préparatrice de l'officine qui vient chaque soir et repart avec les originaux des ordonnances et les dotations non utilisées. La chaîne du froid est respectée le cas échéant par du matériel spécifique.

Un ordinateur portable, connecté en WIFI permet une traçabilité de l'administration en temps réel.

Si le patient arrive avec des médicaments personnels la procédure à mettre en œuvre est connue des soignants. \*\* c'est à dire?

Lors de l'hospitalisation d'une personne de plus de 75 ans une attention particulière est portée sur la conciliation médicamenteuse avec au moins trois sources de données. L'établissement envisage une progression régulière à d'autres types de patients à risque.

Le réassort des chariots de médicaments (fermés par une serrure à code) pour l'administration journalière, est assurée par l'équipe de nuit.

Les règles de rangement, stockage et nettoyage sont mises en œuvre et une traçabilité des actions est contrôlée par l'encadrement.

Le courrier de sortie, informatisé, comporte le traitement d'entrée et le traitement de sortie.

A l'entrée, à chaque nouvelle prescription et à la sortie le patient est informé des effets secondaires possibles, de la nécessité de compliance au traitement et averti des dangers de la conduite sous médicaments. Des feuillets d'informations sur les différentes classes thérapeutiques sont disponibles auprès du personnel soignant.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement participe au recueil des indicateurs Hôpital numérique et IQSS.

D'autres indicateurs de suivi ont été mis en œuvre notamment grâce à l'audit annuel sur la sécurisation du circuit du médicament, audit mené par le COMEDIMS en collaboration avec les référents, les correspondants pharmacie et la cellule qualité. On peut citer également le taux de respect des bonnes pratiques de prescription chez le sujet âgé ou le taux de satisfaction des patients quant à l'information transmise sur les traitements et examens proposés.

Une EPP sur la pertinence des prescriptions médicales fait également l'objet d'un suivi régulier.

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

Les actions d'améliorations prévues dans le PAQSS sont mises en œuvre on peu citer par exemple la mise en place de la forme simplifiée de la conciliation médicamenteuse (pour les personnes âgées) dès la préadmission ou l'évaluation de l'autonomie du patient pour gérer son traitement personnel en clinique de jour

Les équipes soignantes sont informées des résultats par voie d'affichage dans les bureaux infirmiers, sur un tableau dédié aux démarches qualité. Ces résultats sont ensuite intégrés dans un ensemble de classeurs "qualité" par processus, consultables par les équipes soignantes.

Un bulletin d'information qualité (le BIQ), mensuel, est diffusé à tous et affiché également.

Les représentants des usagers sont informés par le biais des instances auxquelles ils participent (CQGRV et CDU).