



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE DE MONTBERON

**6 avenue de neuville
31140 Montberon
SEPTEMBRE 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	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	7
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
5. SUIVI DE LA DÉCISION	7
PROGRAMME DE VISITE	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
DROITS DES PATIENTS	14
PARCOURS DU PATIENT	18
DOSSIER PATIENT	24
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	27

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE DE MONTBERON	
Adresse	6 avenue de neuville 31140 Montberon
Département / région	HAUTE-GARONNE / MIDI-PYRENEES/LANGUEDOC-ROUSSILLON
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	31000047	CLINIQUE DE MONTBERON	6 avenue de Neuville 31140 Montberon
Etablissement de santé	310780119	CLINIQUE DE MONTBERON	6 avenue de neuville 31140 Montberon

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	120	5

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	GCS Cliniques Indépendantes de Midi-Pyrénées ; GCS Télésanté Midi-Pyrénées.
Regroupement / Fusion	NC
Arrêt et fermeture d'activité	NC
Création d'activités nouvelles ou reconversions	NC

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	Hospitalisation complète	Troubles dépressifs	Programmé, transfert d'une autre structure	Recours à l'ECT	Santé mentale
2	Adulte	Hospitalisation de jour	Troubles du comportement alimentaire	Parcours interne HC puis HJ	Complexe	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

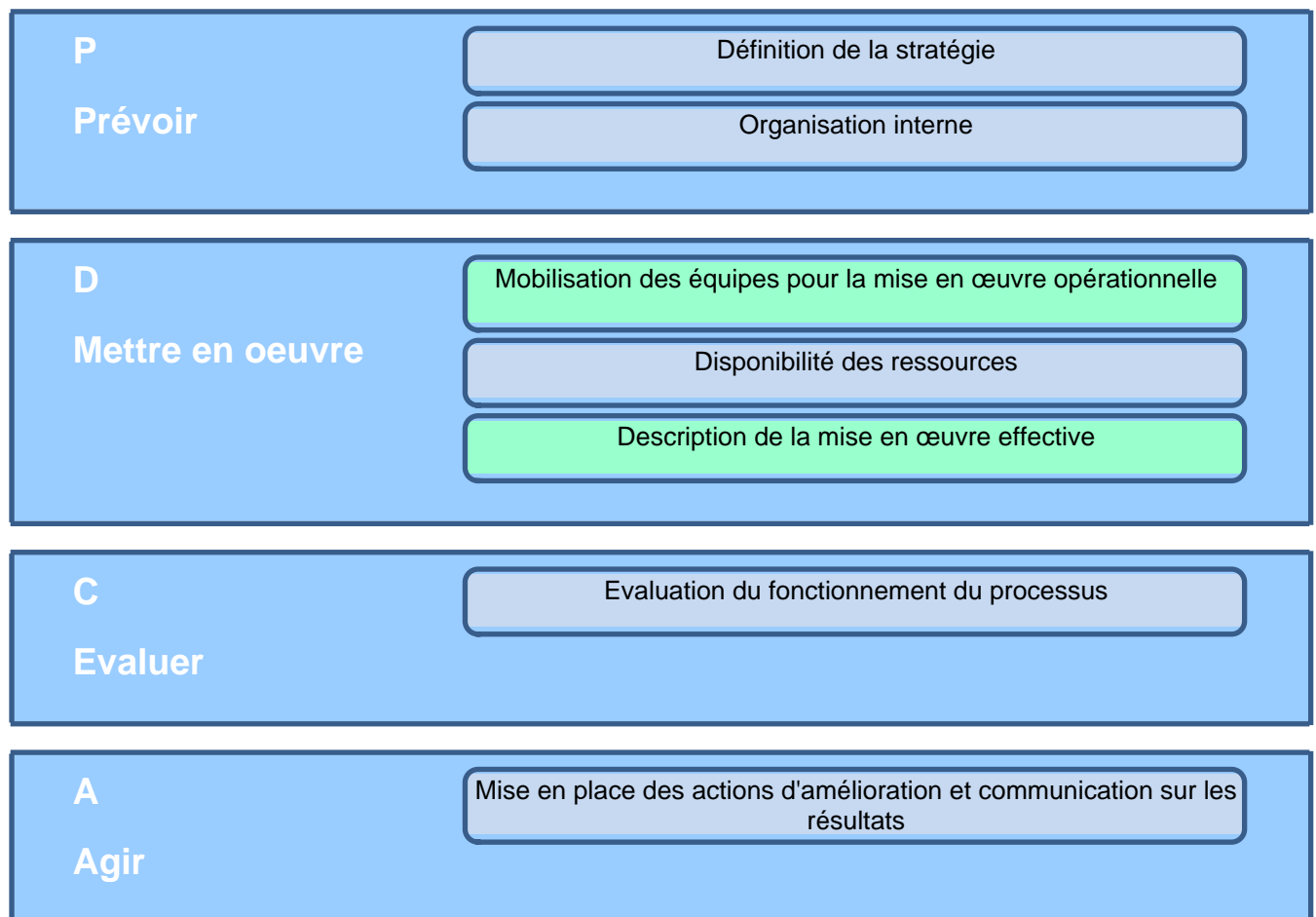
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet d'établissement 2016-2020 de la clinique, qui s'appuie sur la loi HPST, le Projet Régional de Santé et le CPOM signé en 2013, est porté par les responsables de l'établissement. Ce document de management et de gouvernance a été élaboré à partir d'un état des lieux prenant en compte les évaluations internes et externes. Il mentionne des objectifs notamment sur la politique qualité gestion des risques, le développement et la pérennisation des démarches d'EPP, la veille réglementaire, la gestion des plaintes et l'évaluation de la satisfaction des usagers. La politique de la qualité et de la gestion des risques est prolongée dans un document de décembre 2015 avec l'engagement de l'établissement sur les obligations légales et réglementaires puis une description du pilotage opérationnel de la démarche qualité.

Le compte qualité a été élaboré à partir de la cartographie des risques a priori en cours dont les principaux risques ont été repris et analysés. Les pilotes de processus ainsi que des responsables médicaux et soignants ont été associés à la démarche qui a été conduite par la cellule qualité et risques. La cellule qualité a conduit l'actualisation de la cartographie des risques a priori de juillet à septembre 2015 avec une hiérarchisation des risques, la détermination des niveaux de criticité, puis la formalisation des modalités de traitement. Des actions d'amélioration ont été identifiées et intégrées dans le PAQSS de la clinique. Le PAQSS est établi à partir des axes stratégiques définis dans la politique qualité gestion des risques. Pour chaque action, il existe notamment un responsable, les échéances prévisionnelles puis de réalisation, les modalités de suivi. Les démarches et documents stratégiques ou de pilotage de la démarche qualité gestion des risques sont validés par la direction et la CME.

ORGANISATION INTERNE

Le processus management qualité gestion des risques est piloté par le directeur et le président de la CME. Leur fiche de mission est formalisée. Un état des lieux et des interfaces des 5 processus du tronc commun de la HAS a été réalisé en avril 2015 sur un document appelé "carte d'identité du processus". Le manuel qualité gestion des risques actualisé début 2016 précise l'organisation générale et le positionnement central de la commission de la qualité et de la gestion des risques comme organe de gestion des interfaces et coordination des différents groupes institutionnels de la clinique. La cellule opérationnelle est la cellule qualité gestion des risques qui est composée du directeur des soins, de la responsable assurance qualité et de la responsable du système d'information. Des responsabilités sont identifiées et des fiches de missions élaborées pour le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, la responsable assurance qualité, les pilotes et co pilotes de processus, les vigilants sanitaires, les membres de la cellule qualité gestion des risques. La coordination des vigilances sanitaires est assurée par la commission de la qualité et de la gestion des risques.

Il existe une procédure de veille réglementaire datée de juillet 2015, les responsabilités y sont définies. Le plan de gestion de crise a été actualisé en novembre 2015. Plusieurs risques majeurs et plans d'urgence sont définis. L'organisation de la gestion de crise et la réunion de la cellule de crise sont précisées dans des procédures actualisées en 2015. Une sous commission EPP en lien avec la commission de la qualité et de la gestion des risques et la CME, définit les thèmes, le déploiement des démarches et exerce le suivi des démarches annuellement.

La procédure des procédures est élaborée. La responsable qualité gère la diffusion de la gestion documentaire dans les services. Celle-ci est informatisée. Chaque professionnel reçoit les documents sur sa session personnelle. Des documents choisis sont également disponibles en version papier. Le circuit relatif à la gestion des événements indésirables, étayé par une procédure, est en place avec déclaration électronique, traitement avec retour d'information et mise en place d'une analyse des causes profondes si besoin. Une charte d'incitation au signalement des événements indésirables est élaborée depuis novembre 2014. Le dispositif des plaintes et réclamations est formalisé.

Le directeur assure la mission de chargé des relations avec les usagers et est le président de la CRU. Le règlement intérieur de cette commission est actualisé. Deux représentants d'associations en lien avec les usagers sont membres de la CRU.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le directeur des soins coordonne l'action des cadres de santé et des infirmières responsables de chaque service. Les nouveaux documents, le déploiement de démarches, les résultats d'évaluations sont accompagnés auprès des équipes et les pratiques vérifiées. Les services ont été concertés pour l'identification des risques lors de l'actualisation de la cartographie des risques a priori et l'élaboration du compte qualité.

Chaque service de soins a un infirmier référent pharmacie et a un représentant soignant sur les groupes institutionnels comme le CLAN, le CLIN, le CLUD et l'EOH. Les soignants sont par ailleurs sollicités ponctuellement sur des travaux de groupe, par exemple sur les directives anticipées, la collaboration IDE/AS, l'identitovigilance, l'éducation à la santé et sur la cellule annuelle prévention du suicide.

Cependant, les professionnels n'ont pas une connaissance suffisante des futures actions à mettre en place dans le cadre du déploiement du PAQSS. Lors de la visite des services et des rencontres avec les professionnels, bien que le PAQSS soit disponible en version dématérialisée et en version papier, il a été constaté une méconnaissance du PAQSS et des actions à venir dont certaines vont impacter leurs pratiques. La communication a pourtant été bien réalisée, le manque de lisibilité du document est peut-être une des explications.

Des médecins, des cadres et des soignants participent aux démarches EPP en cours. Les soignants ont participé à des CREX, ainsi 10 analyses approfondies d'évènements indésirables ont été menées en 2015. Les professionnels sont associés à la recherche de mesures correctives. Ils sont informés des résultats des évaluations sur leur session individuelle d'accès à la gestion documentaire informatisée ainsi qu'oralement par leur encadrement de proximité. Une affiche "information du mois", diffusée dans les services par la cellule qualité, aborde des sujets qualité gestion des risques et les pratiques professionnelles attendues.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Tous les pilotes de processus ont été formés en 2015 par un organisme externe afin de manager leur processus. Des personnes ressources ont également bénéficié de cette action. La cellule qualité a été renforcée avec la création du poste de responsable assurance qualité en juillet 2015. Le directeur des soins a bénéficié en 2015 d'une formation spécifique pour sa mission de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et d'une formation sur la méthode Orion afin de conduire des revues d'évènements indésirables. Des actions de sensibilisation à la qualité gestion des risques et à la déclaration des évènements indésirables sont menées par l'encadrement et la responsable qualité. Le livret d'accueil du personnel intègre des éléments sur les missions des instances et sur la gestion des risques au sein de la clinique. Les nouveaux arrivants sont tutorés par l'IDE responsable de service notamment pour l'utilisation de la gestion documentaire informatisée. La gestion documentaire est disponible dans le bureau soignant de chaque service de soins en version dématérialisée sur les postes informatiques et pour des documents choisis en version papier (manuel qualité gestion des risques, guide d'utilisation dossier patient, ...) dans des classeurs. Dix agents ont bénéficié d'une formation par l'éditeur du logiciel de gestion documentaire sur les exercices 2014 et 2015. La dotation du matériel informatique dans chaque service permet l'accessibilité à la gestion documentaire qui est actualisée et connue des professionnels. Les professionnels sont associés à l'élaboration des procédures ou protocoles.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La commission de la qualité et de la gestion des risques assure sa mission de coordination des différentes instances et des groupes institutionnels. Sous l'impulsion des pilotes et de l'encadrement, les professionnels mettent en œuvre les actions du PAQSS dans chaque service. Ce PAQSS est suivi par la cellule qualité gestion des risques et actualisé régulièrement. Un bilan des vigilances sanitaires, prenant en compte les alertes et les évènements indésirables, est élaboré annuellement et présenté à la commission de la qualité et de la gestion des risques. Les déclarations d'évènements indésirables sont utilisées par les professionnels. Le bilan 2015 note une augmentation quantitative de 25% par rapport à l'année précédente. Des analyses structurées des causes profondes sont réalisées avec la méthode orion.

La CRU, à laquelle participent les 2 représentants des usagers, a 4 réunions annuelles, suit un PAQSS droits des patients et réalise son bilan d'activités. Les plaintes et réclamations y sont présentées chaque trimestre. Les patients ont connaissance du dispositif notamment par le livret d'accueil. Toutes les demandes sont traitées et colligées dans un registre.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes du processus management de la qualité et des risques sont membres des principales instances notamment de la commission qualité sécurité des soins qui centralise l'ensemble des informations sur tous les processus. Un programme d'audits interne couvrant tous les processus est en place et suivi. Les résultats des questionnaires de satisfaction sont analysés et la CRU associée.

Un tableau d'indicateurs, très complet et couvrant tous les processus, est suivi depuis 2013 et prend en compte les activités sensibles ou à risques, par exemple l'activité ECT, le circuit du médicament, le risque infectieux, les plaintes et réclamations, les évènements indésirables.

Une première revue formalisée de 4 processus du tronc commun de la HAS (droits des patients, parcours du patient, management de la prise en charge médicamenteuse et dossier du patient) a été réalisée en février 2016 et doit être reconduite annuellement. Ceci contribue aux questionnements sur le processus pivot management de la qualité et des risques. Toutes ces évaluations sont exploitées pour identifier les actions correctives nécessaires.

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

Des actions d'améliorations sont identifiées, intégrées dans le PAQSS de la clinique et mises en œuvre. La démarche est dynamique : les risques identifiés au préalable ont été réajustés après la finalisation des actions. La cartographie des risques a priori et les fiches de risques issues du compte qualité ont été actualisées en février 2016. Les modalités de diffusion des résultats sont établies avec a minima un envoi de documents synthèse sur la session informatique "gestion documentaire" de chaque agent. En complément, un plan de communication est établi par les responsables pour l'année 2016 sur des rappels de bonnes pratiques et pour les résultats d'indicateurs. Les usagers sont informés sur des résultats réglementaires par affichage et dans le livret d'accueil. Les représentants des usagers sont informés lors des réunions de la CRU.

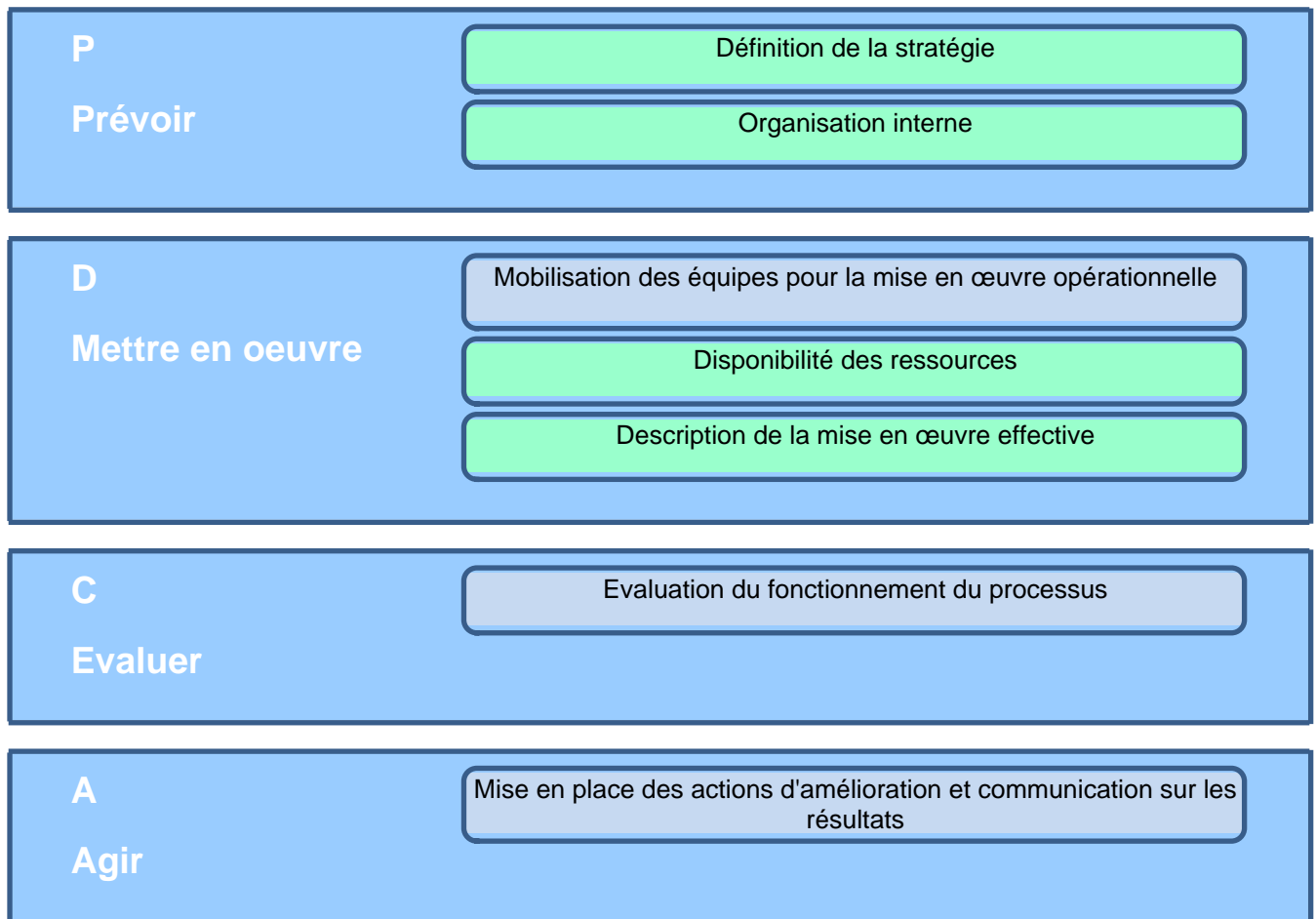
DROITS DES PATIENTS

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les droits des patients sont pris en compte dans le projet d'établissement 2016-2020. Le respect des droits du patient, la bientraitance et la réflexion éthique sont positionnés dans les axes stratégiques. Un état des lieux prenant en compte l'organisation interne, les IQSS, la V2010, les évaluations internes et externes, s'est traduit par l'élaboration d'une "carte d'identité du processus droits des patients" en avril 2015. L'élaboration du compte qualité s'est appuyée sur cet état des lieux, sur la cartographie des risques a priori existante ainsi que sur une démarche participative avec des professionnels de services de soins. Les principaux risques retenus sont en lien avec les activités de la clinique et sur les sujets de la réévaluation de la restriction des libertés, du respect du patient et le tutoiement, du respect de la demande d'anonymat, de la confidentialité lors des échanges entre professionnels. Des actions d'amélioration ont été identifiées et inscrites dans le PAQSS de la clinique.

ORGANISATION INTERNE

Le processus Droits des patients est piloté par le directeur et une aide soignante. Leur fiche de mission est formalisée. Le pilotage s'exerce en lien étroit avec la CME et la CSIRMT. Un groupe éthique s'est constitué fin 2015 (médecins et soignants) et 2 réunions ont eu lieu. La clinique a un dispositif avec 4 services d'hospitalisation ouverts, un service d'hospitalisation fermé et un hôpital de jour. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies dans une procédure actualisée en octobre 2014. La bientraitance est inscrite dans le livret d'accueil du personnel. La confidentialité, le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins sont rappelés par la charte d'éthique et de bientraitance de décembre 2015, par des procédures sur le respect de la dignité et de l'intimité du patient, sur la toilette au lavabo et sur la toilette au lit. Une nouvelle procédure prévoit les mesures à appliquer pour la non divulgation de la présence d'un patient qui en ferait la demande. La procédure de prise en charge du patient, actualisée en février 2016, structure la prise en charge personnalisée et individualisée du patient par les différents professionnels de l'accueil à la sortie. Les médecins disposent de bureaux de consultations. La clinique a prévu des formulaires pour recueillir le consentement du patient en fonction des situations de soins par exemple pour la prise en charge en unité ouverte, en unité fermée, en hôpital de jour, pour les ECT, pour le prélèvement HIV. Des contrats de soins sont prévus pour l'hôpital de jour et en alcoologie. Le recueil des volontés du patient est organisé notamment pour la personne de confiance, la personne à prévenir, les directives anticipées. Le refus de soins est pris en compte avec la procédure de sortie contre avis médical. La procédure d'annonce d'un dommage associé aux soins a été actualisée en janvier 2016. Un dispositif est en place pour informer le patient de ses droits: livret d'accueil, affichages de la charte du patient hospitalisé et du règlement intérieur de la clinique.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les IDE responsables de service relaient les informations auprès de leurs équipes. Ils accompagnent et s'assurent de la mise en œuvre des pratiques prévues. Les soignants des services ont été associés aux démarches relatives à la cartographie des risques a priori et au compte qualité. Ils ont également participé récemment aux réflexions sur les directives anticipées, l'amélioration du projet personnalisé de soins du patient et le consentement à du patient à ses soins à l'unité fermée. Leur avis est pris en compte. Suite à un évènement indésirable dans le domaine des droits du patient, une CREX a été menée en octobre 2015. Les résultats des évaluations et les mesures correctives sont communiqués aux professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La composition des équipes est pluri-professionnelle. Une formation bientraitance/éthique est inscrite chaque année dans le plan de formation (12 personnels en 2013, 15 en 2014, 6 en 2015). Une cadre de santé réalise annuellement des sensibilisations sur les droits du patient dans tous les secteurs. Cette intervention est tracée. D'autres interventions, réalisées par la responsable qualité et l'aide soignante pilote du processus, sont ponctuelles. Les médecins ont été formés en interne à l'information du patient en cas de dommage associé aux soins. L'affiche "info du mois" de février 2016, présente dans tous les bureaux infirmiers, est sur la confidentialité. Le nouvel arrivant est tutoré par l'IDE responsable de service.

Les locaux de la clinique sont entretenus. La clinique a un parc d'hébergement avec chambres individuelles et chambres doubles. Des paravents sont mis à disposition des services. Le patient peut fermer sa chambre et dispose d'une carte magnétique pour l'ouverture.

La gestion documentaire relative aux droits du patient est actualisée, accessible à partir de la session informatique de chaque professionnel et est connue.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes médicales et soignantes appliquent les pratiques prévues.

Le patient a un accueil personnalisé lors de son admission : consultation avec un médecin généraliste, entretien infirmier puis entretien avec un médecin psychiatre. Un inventaire des effets du patient est réalisé à chaque admission avec retraits d'objets sur décision médicale en fonction de l'état clinique de la personne. La macro cible d'entrée du dossier patient harmonise les pratiques de recueil des informations. Les recueils des noms de la personne à prévenir et de la personne de confiance est systématique. L'assistant social est sollicité en fonction de la situation du patient. L'information du patient est effective durant le séjour lors de colloques singuliers. Le patient, et avec son accord son entourage, participe à l'élaboration de son projet de soins. Les pratiques professionnelles respectent la confidentialité des données du patient. Le projet du patient prend en compte le respect des libertés individuelles : toute restriction est réfléchi par l'équipe pluri-professionnelle et travaillée avec le patient. Quelle que soit la situation et conformément aux règles en place, les consentements écrits visés du patient sont toujours recueillis par les professionnels et conservés dans son dossier. Cela a été confirmé dans les dossiers des patients traceurs rencontrés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes, soutenus par la cellule qualité, suivent les différentes évaluations organisées. Le bilan trimestriel puis annuel des questionnaires de satisfaction du patient est pris en compte. Un questionnaire d'auto-évaluation sur la bientraitance a été adressé aux soignants début 2016 puis traité. Un audit de dossier réalisé le dernier trimestre 2015 a donné des résultats sur le recueil du consentement du patient, la prescription et la réévaluation de la prescription dans l'unité fermée. La méthode du patient traceur a également été mise en place avec 5 séquences en 2015 et 2 séquences en 2016. Les évaluations externes (IPAQSS, certification) sont utilisées. Un tableau d'indicateurs est suivi depuis 2013 avec par exemple pour cibles, la formation bientraitance, la formation aux droits du patient, le niveau de satisfaction des patients. Ces différents recueils sont centralisés et analysés par les pilotes et la cellule qualité. Un document "revue de processus : droits du patient" de février 2016 synthétise l'ensemble des données actuelles. Toutes ces évaluations sont exploitées pour identifier les actions correctives nécessaires.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre par exemple sur les recueils auprès du patient ou sur la formation des médecins et des équipes. Ces actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS. Les risques identifiés au préalable ont été réajustés après la mise en œuvre des actions. La cartographie et les fiches de risques ont été actualisées en février 2016. La communication des résultats est structurée au niveau des commissions comme des services. Des supports et modes de communications sont prévus et utilisés. Les résultats concernant les droits des patients et les mesures correctives sont communiqués aux représentants des usagers lors des réunions de la CRU.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

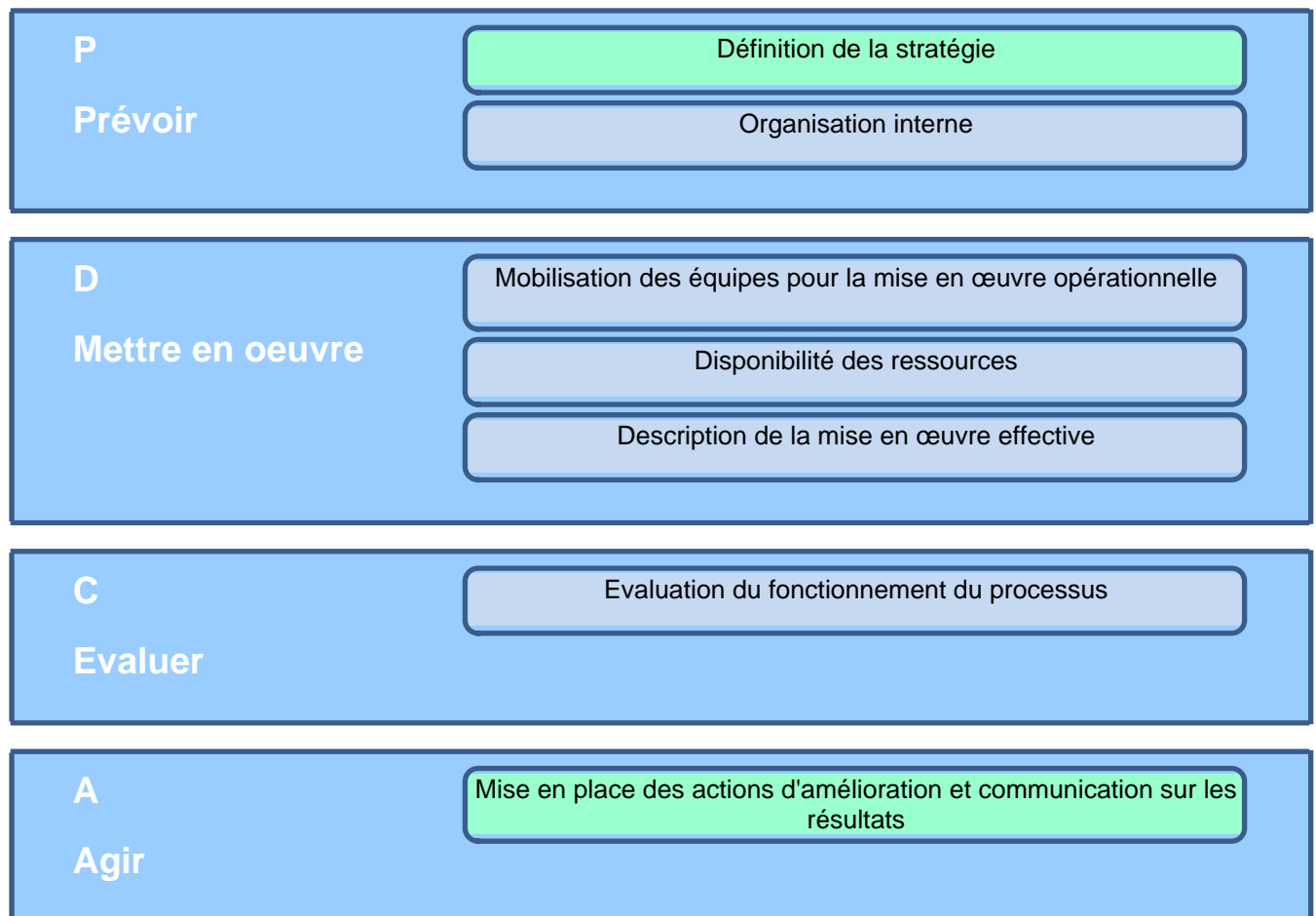
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 politique du parcours patient est définie dans le projet d'établissement 2016/2020 et dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en cohérence avec le CPOM, les exigences de la V2014, les attendus locaux et régionaux. On la retrouve déclinée de façon centrale dans le projet médical.

Il existe, au sein de la Clinique de Montberon, deux types de prise en charge :

- l'hospitalisation complète pouvant se faire en unité ouverte ou en unité fermée de Transition Thérapeutique (UTT) ;
- l'hospitalisation de jour avec deux types de prise en soin spécifiques : la réhabilitation psychosociale et le soin aux personnalités en souffrance.

La politique intègre les prises en charges des populations spécifiques et des prises en charges particulières : dépendance alcoolique avec un programme spécifique de soin ; troubles du comportement alimentaire ; programme de soins avec Electro-Convulsivo Thérapie (ECT).

Elle a été validée par la Commission Qualité Gestion Des Risques (CQGDR) et la CME après avoir été travaillée avec les différentes commissions de l'établissement. La Commission des Relations avec les Usagers (CRU) a été informée de l'évolution de la démarche.

Il existe un volet somatique dans le projet de prise en charge psychiatrique : depuis sa création, l'établissement a associé la double prise en charge, notamment du fait des pathologies accueillies et des spécificités professionnelles des membres fondateurs. Le projet d'établissement met l'accent sur les projets de soins personnalisés ainsi que les évaluations pluri-professionnelles initiales et durant le séjour.

La cartographie des risques s'est faite de façon différenciée pour le parcours patient en Hospitalisation complète (HC), en Hôpital de jour (HDJ) ou en ECT. Elle a permis une hiérarchisation des risques par filière. La cartographie a été réalisée de manière pluri-professionnelle. Elle a alimenté le compte qualité et a servi à élaborer un programme d'action priorisé et spécifique par prise en charge.

ORGANISATION INTERNE

Le pilote du processus parcours patient est une cadre de santé pour lequel il existe une fiche de mission. Elle est secondée par des co-pilotes en fonction du type de prise en charge : hospitalisation complète ; l'hôpital de jour ; ECT.

L'établissement prévoit les ressources humaines pour ses activités : les médecins présents sur site permettent une présence médicale psychiatrie et somatique 24h/24 sur l'établissement. L'établissement a prévu des temps professionnels permettant la réalisation de ses orientations stratégiques (anesthésiste, cardiologue, diététicien, temps d'assistant social majoré). L'équipe de l'hôpital de jour est composée de 5 professions différentes. En cas de besoin d'avis spécialisés autres, les conventions avec les établissements locaux permettent un accès facile aux consultations spécialisées. L'organisation des plannings des soignants a la volonté d'éviter la perte d'information et de favoriser le lien et la fluidité (fonctionnement en binômes, mobilité des équipes, chevauchement des périodes de travail entre 2 binômes). Il existe un plan de formation qui s'adapte également aux objectifs du projet d'établissement : le risque suicidaire, l'urgence vitale/secourisme et la bientraitance/éthique sont des formations renouvelées annuellement avec la volonté d'avoir des personnels formés aux activités spécifiques : formation IDE pour salle ECT par exemple.

L'établissement prévoit également les ressources matérielles nécessaires. Les locaux sont adaptés régulièrement afin de répondre aux normes en vigueur et à une amélioration des conditions de prise en soin : adaptations aux handicaps dans les services, travaux en cours pour réorganiser un service et optimiser le soin par les activités thérapeutiques. Le matériel nécessaire aux activités de la clinique est prévu : matériel d'urgence adapté pour les lits d'hospitalisation et pour la salle d'ECT, matériel informatique en nombre....

Les protocoles, procédures et guides concernant le parcours patient sont diffusés sur la base documentaire informatisée : livret d'accueil ; procédures de pré-admission, d'admission programmée et en urgence, d'entrée, de sortie, de transfert... ; protocoles risque suicidaire, urgences vitales, évaluation nutritionnelle ; guide de projet de soin personnalisé avec évaluation particulière en cas de trouble du comportement alimentaire. Il existe une procédure organisant l'astreinte psychiatrique (téléphonique hebdomadaire et couplée avec un passage sur l'établissement le dimanche matin). Des documents ont été élaborés pour chaque filière spécifique : protocoles ECT avec des check-listes d'entrée, de suivi, des formulaires de liaison avec les services pour tracer la surveillance post ECT ; à noter une feuille de consentement mais aussi de refus pour tracer le refus d'indication médicale majeure. Les modalités d'hospitalisation, de recueil du consentement écrit et un règlement intérieur spécifique sont élaborés pour l'unité fermée. Pour l'HDJ existe également un règlement intérieur, un questionnaire de satisfaction spécifique, une plaquette, une lettre de motivation et un courrier d'admission médecin traitant.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les IDE responsables de service ont la mission d'appliquer et de faire appliquer les actions décidées après la hiérarchisation des risques.

Ces responsables de service s'appuient sur les cadres de santé et sur le Coordonnateur des Risques Associés aux Soins (CRAS) pour s'approprier les démarches en cours et les transmettre aux professionnels de terrain. Une volonté d'harmonisation des pratiques a amené à des conduites professionnelles homogènes quelque soit le service (y compris l'hôpital de jour). Ceci permet un interfaçage plus efficace en interne. L'interfaçage avec l'extérieur est en recherche d'amélioration d'efficacité, notamment sur le domaine de la réhabilitation psychosociale. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs unités. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Les différents professionnels impliqués dans les diverses commissions ont également un rôle de transmission des savoirs et de l'information au sein des équipes. Ces différents professionnels permettent un retour des résultats d'indicateurs au sein des équipes et leur évolution permet de rendre plus concrètes les nécessités d'actions pour les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les médecins (généralistes et psychiatres) ont des orientations spécifiques permettant des prises en charge diversifiées (ECT, Troubles du comportement alimentaire, gériatrie, alcoologie, pneumologie). La présence hebdomadaire des spécialistes (anesthésistes, radiologue) et le temps de diététicien permettent un travail clinique et institutionnel. Le temps d'assistant social a été récemment augmenté afin de permettre les évaluations sociales systématiques et un investissement plus important hors des murs pour majorer les relations de réseau de la clinique.

La responsable informatique a une formation spécifique sur le logiciel Dossier Patient Informatisé (DPI) utilisé, ce qui permet une adaptation plus facile du logiciel aux besoins et difficultés des professionnels. Les cadres ont un rôle de répartition, d'organisation administrative, de lien entre la Direction et les services, et un rôle d'interfaçage avec l'extérieur. Les IDE responsables de service ont le rôle de transmission de l'information, de facilitateur d'appropriation pour les équipes et de contrôle des bonnes pratiques décidées en démarche qualité. L'équipe composée des cadres de santé et des infirmières responsables de service organise un maillage vertical et horizontal qui permet une diffusion efficace de l'information.

Des formations internes sont organisées en interne par les médecins, la pharmacienne, les cadres concernant la douleur, les pathologies psychiatriques, le médicament. Sur le plan des formations externes, les formations renouvelées annuellement permettent une sensibilisation permanente sur les sujets prioritaires (sur les années 2013 à 2015 : risques suicidaires : 28 formés – bientraitance/éthique : 33 formés – urgences vitales/secourisme : 30 formés). Outre les formations théoriques concernant la prise en charge des urgences vitales, un planning est organisée pour les IDE afin qu'elles puissent avoir un temps d'appropriation du sac d'urgence en présence d'un médecin généraliste.

Il existe des locaux et du matériel afin d'accueillir les patients porteurs de handicap : un ascenseur est spécifiquement réservé aux patients à mobilité réduite, il existe une salle de bain adaptée dans chaque unité, la literie et les fauteuil roulants existent en taille adaptée pour les obésités morbides le nécessitant. Le parc informatique et le développement extensif du logiciel patient permet la traçabilité des différentes étapes du parcours patient tout au long de sa prise en soin ; sa maintenance est assurée. Le sac d'urgence est dans la salle de soins d'urgence où l'on trouve également de l'O₂, l'aspiration, l'ECG, le monitoring. Pour les ECT, la Salle de Soins Intensifs (SSI) et Salle de Soins Post Intensifs (SSPI) sont dans la même pièce, avec le bureau de l'anesthésiste adjacent et porte coulissante entre les deux. La salle ECT dispose d'un chariot d'urgence, différent de l'armoire à médicaments d'anesthésie et d'un set Dantrium. Tout est fermé à clé ou scellé et ouvert à chaque ouverture de salle par l'IDE. En HDJ, les locaux et le matériel permettent des activités différentes, des lieux d'entretien en confidentialité ou de repos.

Les protocoles, procédures et guides concernant la prise en charge tout au long du parcours sont accessibles dans la base documentaire et sont connus et utilisés par les professionnels que ce soit en version matérialisée ou dématérialisée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

En fonction des plans d'actions successifs, les services se sont réorganisés de manière à répondre de façon homogène et adéquate aux objectifs d'évolution du processus parcours patient.

En pratique, l'accueil du patient est assuré par le bureau des admissions. Les admissions se font de façon programmées, toutes les demi-heures pour limiter les temps d'attente. Le patient est photographié avec son consentement et les informations recueillies permettent l'émission d'un bulletin d'avis signé par le patient dont 1 copie est remise au patient et une autre au service (avec éléments de communication de

son identité, de conduite de véhicule interdite pendant le séjour, concernant le traitement personnel, l'acceptation d'informatiser les données personnelles avec accord pour la photo). Le livret d'accueil est délivré en même temps que le questionnaire de satisfaction (questionnaire de satisfaction qui est reparlé la veille du départ par le service de soins afin d'augmenter le taux de rendu). La planche d'étiquettes éditée est signée par le patient à l'entrée. Tous les documents concernant le parcours patient sont scannés pour intégration au dossier patient informatique et classés dans le dossier papier (y compris au cours du séjour).

Dans les services, en hospitalisation complète, l'accueil est adapté aux capacités du sujet à l'entrée, avec visite du service et de l'établissement, entretien infirmier standardisé. L'admission en unité fermée est décidée par le médecin, acceptée par le patient avec signature d'un formulaire de consentement. En hôpital de jour, l'admission se réalise lors de la première demi journée d'évaluation.

L'évaluation initiale et continue est réalisée en hospitalisation complète sur un champ paramédical : les données d'entretien d'entrée se retrouvent dans la macro cible spécifique qui balaye les conditions de vie, les problématiques somatiques, psychiques, de dépendance avec une évaluation systématique nutritionnelle, douleur physique et morale, traitement, directives anticipées, risque suicidaire, population spécifique. Il y a signalement des populations spécifiques par un logo triangle jaune qui apparaît dans le tableau de bord du logiciel dossier patient. L'évaluation sociale est systématique. Sur le champ médical, il existe une évaluation somatique standardisée systématique dès l'entrée, avec bilan biologique et bilan cardiologique. Les autres interventions en médecine générale se font au gré des besoins. L'examen somatique est balisé avec un certain nombre d'items à remplir dont les antécédents, l'histoire de la maladie, le traitement à l'arrivée, l'examen somatique et il faut évaluer plusieurs items : risque suicidaire, Bactérie Multi Résistante, risque légionelle, nutrition, transfusion, allergie, durée estimée de séjour, déficience. L'examen psychiatrique initial se fait dans les 24 heures, ce constat concorde aux scores IQSS obtenus par la clinique. Les psychiatres ont des visites quotidiennes en semaine et le psychiatre d'astreinte vient à la clinique le dimanche matin.

En hôpital de jour, il existe une évaluation sur la première demi journée qui permet de définir un programme de soin adapté. Le suivi psychiatrique est extérieur et il existe une référence psychiatrique sur l'hôpital de jour mais seulement sur cette prise en soin spécifique. Le suivi somatique est effectué par le médecin traitant.

Le projet de soin systématique personnalisé. En hospitalisation complète, il est défini initialement par le psychiatre avec des objectifs thérapeutiques précis puis discuté en équipe pluri disciplinaire de façon hebdomadaire. Il existe des prises en soin spécifiques pour l'alcoolodépendant (Dispositif Accompagnement en Alcoologie ou DAA) avec 5 ateliers par semaine et pour les Troubles du Comportement Alimentaire (ou TCA) avec 6 ateliers par semaine. En hôpital de jour, le projet de soin personnalisé est réévalué tous les 4 mois de façon pluri professionnelle, ou plus tôt en cas de nécessité. Des réunions pluri professionnelles sont tenues chaque semaine pour les patients d'HC comme pour les HDJ. Le risque suicidaire est évalué, en HC, par le médecin généraliste, l'IDE et le psychiatre avec ouverture d'une cible risque suicidaire en cas de besoin (évaluation tracée). En HDJ, il est évalué à l'entrée puis selon l'évolution. En HC, le poids est mesuré à l'entrée ainsi que la taille pour l'IMC puis suivi du poids hebdomadaire, avec intervention du diététicien possible le jeudi. En hôpital de jour, le suivi somatique est confié au médecin traitant. Les actions d'éducation à la santé se font sous forme informelle et essentiellement par rapport aux médicaments, à la douleur (confirmé par les patients rencontrés). Il existe un programme en cours avec les patients d'HDJ construit par l'équipe sur l'éducation diététique et les habilités sociales concernant le domaine alimentaire, sur 13 séances, avec le concours du diététicien et sur les bases de documents INPES.

L'indication des ECT est psychiatrique, avec accord de l'anesthésiste et nécessite parfois une extension du bilan de base (clinique, biologique et cardiologique) selon le cas (bucco-dentaire, rhumatologique, pneumologique..). Lors des séances, on retrouve en présentiel dans la Salle de Soins Interventionnelle : l'anesthésiste, le psychiatre, le résident généraliste, un cadre et l'IDE ainsi qu'une AS ou IDE, afin d'optimiser la sécurité de cette prise en charge. Pour la sortie, il existe une collaboration entre les différents services afin d'éviter la perte d'information (entre l'administratif, le service, l'hôpital de jour si nécessaire). En cas de sortie ou de transfert, la macro cible est remplie par les IDE précisant les incidents durant le déroulement du séjour, les traitements spécifiques reçus, les ateliers fréquentés, le traitement personnel à l'entrée et à la sortie, le mode de sortie et s'il existe des rendez-vous programmés avec établissement d'une fiche de liaison pour transmettre l'information aux relais extérieurs. Le courrier médical peut être différé de quelques jours mais les résultats IQSS sont conformes. Des réunions de synthèse avec des intervenants extérieurs sont organisées en fonction des besoins.

La traçabilité est toujours assurée pour les évaluations médicales (généraliste et psychiatre) et paramédicales, à l'entrée et tout au long du séjour, la réflexion bénéfique/risque, notamment par rapport aux traitements psychiatriques, antibiotiques et par l'anesthésiste, le Projet de Soins, le risque suicidaire et les éléments nutritionnels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions grâce au tableau de bord des indicateurs, qui sont généraux et spécifiques : suivi du taux de risques résiduels acceptables et des taux d'actions du plan d'action en ECT, HC ouverte et fermée, HDJ ; suivi du taux de professionnels formés ou sensibilisés au PPS, à la consolidation des savoirs en psychiatrie, à la prévention suicide.

Indicateurs spécifiques à l'ECT : nombre IDE formées en externe à la salle de réveil / conformité des consultations anesthésiques / analyse Bénéfice/Risque pour l'administration du curare, nombre de commissions de sécurité anesthésique / nombre ECT annuel ;

Indicateurs spécifiques à l'HC : nombre de fausses routes, de chutes / suivi du taux de personnes population spécifique / nombre de réunions pour le CLAN, la cellule prévention suicide / le taux de participation active au DAA pour les inscrits / taux de retour des questionnaires de sortie.

Indicateurs spécifique à l'HDJ : suivi du nombre de FEI / nombre de réunion de coordination et de fonctionnement / taux de conformité pour traçabilité PPS et bilans intermédiaires.

Il est à noter que depuis 2013, la clinique évalue le score EPICES afin de suivre le pourcentage de population démunie au sein de sa patientèle.

Les résultats d'audit (au nombre de 12 pour le parcours patient) sont analysés. Le suivi d'évolution des EPP et notamment concernant l'amélioration de la prise en charge par le DAA, les chutes des personnes âgées, l'optimisation du sevrage tabagique ou la prise en charge en ECT est assuré. Ces évaluations sont regroupées au sein d'un programme annuel des évaluations par processus et dans un tableau de bord des indicateurs depuis 2013. Toutes ces évaluations sont exploitées pour identifier les actions correctives nécessaires.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont regroupées au niveau du plan d'action annuel intégré au PAQSS général et actualisé en fonction de l'avancement dans la démarche. On retrouve de nombreux documents supports qui permettent l'organisation et le suivi des actions d'amélioration : la fiche synthèse revue de processus regroupant les étapes évaluation et actions d'améliorations ; deux revues de processus destinées aux équipes : sur le processus parcours patient général et le parcours patient spécifique ECT. La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels et des usagers : par les commissions (CME, CSIMRT, CQGRD, CRU), par la base de gestion documentaire, par affichage, par transmission orale...

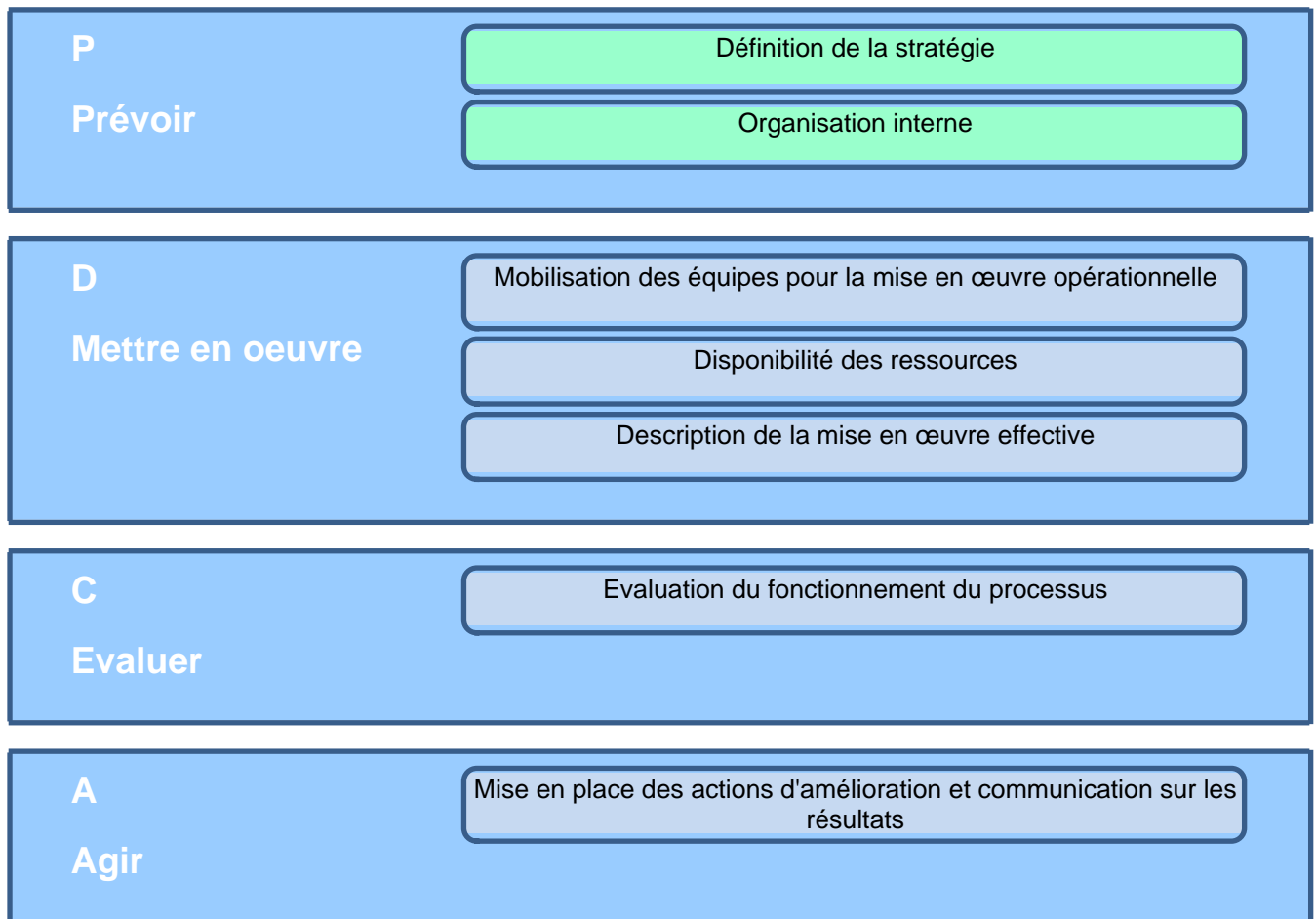
DOSSIER PATIENT

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le dossier du patient est informatisé sur l'ensemble des structures de la clinique depuis 2006. Le projet d'établissement 2016-2020 intègre plusieurs objectifs concernant le dossier patient, par exemple la sécurisation de sa gestion, l'amélioration de l'outil, l'amélioration de sa tenue, l'harmonisation des pratiques et l'amélioration du projet de soins personnalisé ainsi que sa traçabilité. Un état des lieux du processus et des interfaces s'appuyant sur l'organisation interne, les IQSS, la V2010, les évaluations internes et externes, a été réalisé en avril 2015 et formalisé un document intitulé "carte d'identité du processus dossier patient". La clinique a utilisé cet état des lieux et sa cartographie des risques a priori pour retenir et inscrire ses principaux risques dans son compte qualité notamment sur les questions de la traçabilité du risque suicidaire, du défaut d'organisation et de sécurisation du dossier en HJ, du défaut de constitution du dossier de pré admission. Cette analyse des risques a été réalisée avec les professionnels. Des actions d'amélioration ont été formalisées et intégrées dans le PAQSS global de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes du processus sont la responsable du système d'information et un médecin généraliste salarié. Leur fiche de mission est formalisée. Les règles de tenue, de constitution et d'accessibilité au dossier pour l'ensemble des services et des professionnels concernées ont été actualisées (version 5) en janvier 2016. Ce dossier comprend une partie spécifique "dossier ECT", utilisée selon la prise en charge du patient mise en place. La procédure de prise en charge du patient, actualisée en janvier 2016, précise les modalités de communication des données lors des consultations externes ou d'un transfert ainsi que l'utilisation de la fiche de liaison infirmière. En complément, un guide technique d'utilisation du logiciel dossier patient est constitué. Une procédure dégradée est définie en cas de panne du réseau. L'entrée du patient se fait le plus souvent dans un processus d'admission programmée. Un dossier de pré admission papier actualisé en juillet 2015 est prévu à cet effet. Les règles d'archivage du dossier sont actualisées dans une procédure de janvier 2016. Le dispositif relatif à l'accès du patient à son dossier et des ayants droits est organisé (procédure de juin de 2012). L'information est présente dans le livret d'accueil de la clinique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement de proximité conduit auprès des équipes les pratiques attendues et les actions d'améliorations prévues puis contrôle leur effectivité. Les professionnels des services ont été associés à l'identification des risques sur le dossier patient lors de l'actualisation de la cartographie des risques a priori et de l'élaboration du compte qualité. Ils sont informés des résultats des évaluations ainsi que du suivi des indicateurs. En fonction du sujet et de leur niveau de participation, leur avis est pris en compte pour les mesures correctives et les actions d'amélioration.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

En lien avec le projet du système d'information, tous les services sont équipés de postes informatiques fixes et portables, en réseau et avec équipement de bornes wifi. Les personnels utilisent aisément le logiciel dossier patient installé depuis plusieurs années. Dix agents ont bénéficié d'une formation par l'éditeur du logiciel dossier patient sur les exercices 2014 et 2015. Le nouvel arrivant est reçu par le directeur des soins qui l'informe des règles de gestion du dossier patient puis il est tutoré pour l'utilisation par l'IDE responsable du service. En cas de besoin, la responsable du système d'information est la personne ressource en interne pour toute situation. La grande majorité des soignants a bénéficié en interne en 2015 et 2016 d'une formation/sensibilisation au dossier informatisé et au projet personnalisé de soins.

La gestion documentaire relative au dossier patient, accessible sur la session de chaque professionnel, est actualisée et connue. Le guide d'utilisation du logiciel est également disponible en version papier dans chaque bureau soignant. Les matériels mis à disposition sont adaptés sur les plans quantitatifs et qualitatifs aux besoins des services. Ces matériels font l'objet d'une maintenance.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels appliquent les règles relatives à la gestion du dossier patient dans tous les services (hospitalisation complète et hôpital de jour) et pour les situations particulières comme les consultations externes ou les transferts. Les interfaces en interne sont facilitées par la proximité et l'outil informatique. Chaque métier de la prise en charge a son espace dédié pour inscrire ses données, le paramétrage du

logiciel opère ensuite le partage des informations. La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge est réalisée quotidiennement par l'ensemble des professionnels en hospitalisation complète et à chaque venue en hospitalisation de jour. Cette régularité donne une bonne lisibilité des soins apportés au patient et du suivi de son projet. Cette appréciation va dans le même sens que le très bon résultat obtenu par l'établissement aux IQSS sur la tenue du dossier patient.

Sur la question de l'accès du patient à son dossier, le directeur reçoit les demandes et les transmet au secrétariat médical pour traitement. Chaque demande est suivie sur un tableau de bord. Sur les derniers exercices, toutes les remises de dossiers ont respecté les délais réglementaires.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes suivent, en lien avec la cellule qualité, les différentes évaluations organisées. Des audits ciblés sont programmés selon une fréquence établie et suivis sur un tableau de bord, par exemple sur la conformité du projet personnalisé de soins, la réévaluation du risque suicidaire, la pertinence des admissions, le dossier anesthésique, le dossier de pré admission. D'autres audits suivent les actions d'améliorations mises en place (fin 2015, audit sur les macros cibles IDE, le bilan médical somatique d'entrée, le bilan psychiatrique d'entrée). La méthode du patient traceur a également été mise en place avec 5 séquences en 2015 et 2 séquences en 2016. La clinique suit un tableau d'indicateurs depuis 2013 avec notamment des cibles sur la formation au dossier patient, le dossier de pré admission, des traçabilités, l'accès du patient à son dossier. Les campagnes IPAQSS sont suivies, un contrôle de l'ARS a confirmé le recueil et les résultats obtenus.

Ces différents recueils sont analysés et centralisés par les pilotes et la cellule qualité. Un document "revue de processus : dossier patient" synthétise l'ensemble des données récentes. Toutes ces évaluations sont exploitées pour identifier les actions correctives nécessaires.

A / AGIR

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

Des actions d'améliorations sont repérées puis mise en œuvre permettant ainsi une évolution des documents, des pratiques et du logiciel dossier patient. Ces actions sont intégrées dans le PAQSS global de la clinique. Les risques identifiés au préalable sont réajustés une fois que les actions sont réalisées. En ce sens, la cartographie a priori et les fiches de risques ont été actualisées en février 2016. La communication des résultats est structurée que ce soit au niveau des commissions ou des services. Des supports et modes de communications sont prévus et utilisés. Les résultats concernant les délais d'accès du patient à son dossier sont communiqués aux représentants des usagers lors des réunions de la CRU.

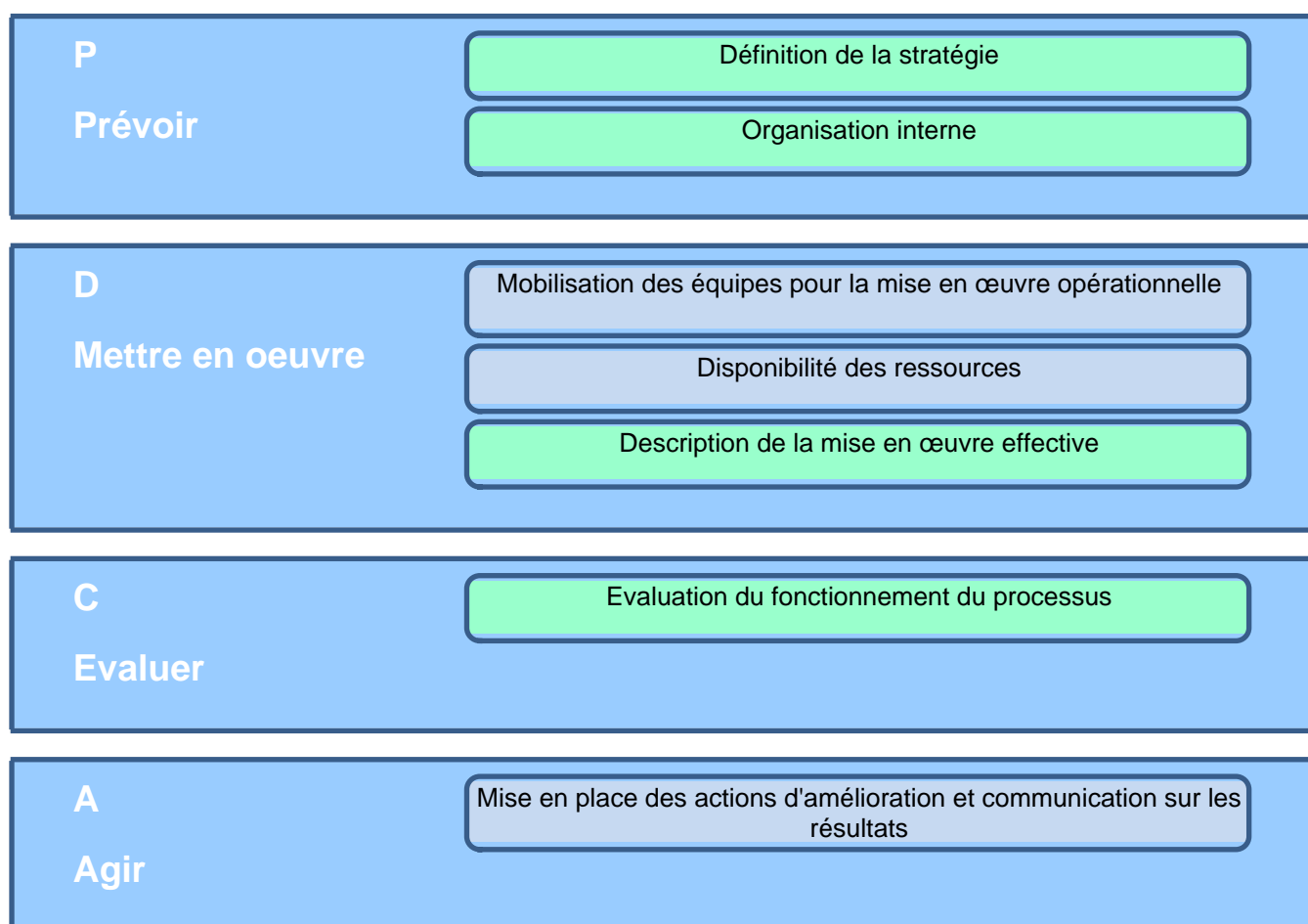
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Il existe une politique du management de la prise en charge médicamenteuse, qui s'appuie sur les exigences de la V2014 (dont les éléments d'investigation obligatoires), les conclusions de la V2010 et sur l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. La Direction s'est positionnée dans une volonté de sécurisation du circuit du médicament. Un document intitulé "carte d'identité du processus management de la prise en charge médicamenteuse" récapitule l'ensemble de la démarche sur le processus.

Cette politique, validée par la CME et la Commission Qualité Gestion Des Risques (CQGDR), décline 6 objectifs stratégiques :

- Optimiser la sécurisation du circuit du médicament à toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse du patient et ceci pour l'ensemble des populations prises en charge à la clinique (dont la personne âgée qui fait l'objet d'un volet spécifique) ;
- Développer la gestion des risques a priori et a posteriori associés à la prise en charge médicamenteuse du patient ;
- Gérer les interfaces entre les différents processus ;
- Assurer l'information, l'éducation, l'implication du patient dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament ;
- Améliorer les pratiques des professionnels liées au management de la prise en charge médicamenteuse du patient ;
- Assurer les exigences relatives à la pharmacovigilance.

Pour sécuriser le circuit du médicament, il existe une informatisation complète de la prescription à l'administration. La cartographie des risques a priori a été réalisée de façon participative et a abouti à une hiérarchisation des risques. Cette cartographie a permis d'alimenter le compte qualité et a servi de base à l'élaboration du plan d'action ; ce dernier est intégré au Programme d'Action Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) global de la clinique.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation sur le processus : le pilote est la pharmacienne et travaille avec un copilote (le Coordonnateur de la gestion des Risques Associés aux Soins ou CRAS). Il existe des fiches de missions pour chacun. La pharmacienne est Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse (ou RSMQPECM). Il existe un COMEDIMS avec une sous commission antibiotique (règlement intérieur, programme et plan d'action). La permanence pharmaceutique est organisée : le remplacement de la pharmacienne est systématique et en cas de besoin urgent, le médecin résident vient prendre les traitements nécessaires dans un stock d'urgence. Les formations concernant le circuit du médicament sont organisées, notamment concernant l'erreur médicamenteuse.

La clinique prévoit les ressources matérielles : les locaux (PUI et salles de soins infirmiers) ; le parc informatique est prévu à la PUI et dans les unités avec également des bornes wifi. La maintenance des locaux et des équipements est également organisée.

L'établissement prévoit les ressources documentaires nécessaires et réglementaires : il existe une liste des prescripteurs avec signatures actualisées. Les règles et les supports de prescription ont été validés par tous les prescripteurs. Il existe un Manuel qualité du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, un livret du médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles. Les protocoles et procédures concernant tout le circuit du médicament : de la prescription (y compris la gestion du traitement personnel du patient à l'admission et la prescription de sortie) à la dispensation et l'approvisionnement, la détention et le stockage, le transport jusqu'à l'administration et la surveillance du patient. Il n'y a pas de préparation au sein de la pharmacie. Il existe un document spécifique de prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Des outils d'aide à la prescription et des fiches pratiques viennent compléter la base documentaire. Des documents d'information sont prévus à destination des patients.

Il existe une organisation de la transmission d'information par différentes voies afin de la rendre plus efficace :

- Réunion mensuelle entre la pharmacie, le directeur des soins, les IDE responsables de service et les cadres sur le sujet du médicament ;
- Par voie orale, par l'équipe encadrante et la pharmacienne dans les services ;
- Par rapport à la diffusion d'informations directement aux médecins (la pharmacienne participe à la CME et aux réunions mensuelles Direction/CME) ;
- Par la base documentaire informatique et l'intranet du dossier patient informatisé (double diffusion décidée pour diffuser de façon plus certaine aux professionnels).

Un travail de sensibilisation sur les fiches d'évènements indésirables liés au médicament est prévu avec la tenue de CREX en cas d'évènement indésirable grave ou potentiellement grave.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse a organisé et mis en œuvre plusieurs voies de mobilisation des équipes. Chaque IDE responsable de service de soin est en responsabilité de transmission de l'information concernant le management de la PECM en ce qui concerne les objectifs et les plans d'action en cours (fiches risque par rapport aux risques prioritaires et aux risques à surveiller). Afin que les liens entre la pharmacie et les services soient faciles et efficaces, la pharmacienne se rend dans les différents services plusieurs fois par semaine avec un rôle d'accompagnement, d'information, de transmission des résultats d'audits. La permanence de l'IDE responsable de service et la fréquence des passages de la pharmacienne en service veulent poser des regards croisés de vérification sur les pratiques des professionnels afin d'adapter le mode de mobilisation si nécessaire. Les infirmières rencontrées sont sensibilisées au risque d'erreur médicamenteuse, elles connaissent la démarche à suivre en cas d'incident ou de presque incident et plusieurs l'ont déjà utilisée. Le signalement des erreurs médicamenteuses par le biais des fiches d'événements indésirables est encouragé avec réalisation de réunions de la Commission de Retour d'Expérience (CREX) si nécessaire. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin : en cas de mauvais résultat à un audit/indicateur ou secondairement à une fiche d'événement indésirable concernant le médicament, les actions correctrices sont mises en place de façon priorisée (par exemple, sur-étiquetage rapidement mis en place pour repérage d'un médicament à haut risque).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le poste de pharmacien à temps partiel a été renforcé en 2015 par l'arrivée d'une préparatrice en pharmacie qui travaille sur les mêmes horaires. Les IDE sont en nombre suffisant et organisées pour limiter les risques liés au circuit du médicaments (travail en binôme sur 12 heures et sur 2 équipes avec chevauchement des présences permettant d'avoir un professionnel de la veille toujours présent). Les nouveaux arrivants reçoivent le livret du médicament avant leur prise de fonction afin de recevoir les informations principales sur le circuit du médicament de façon anticipée. Ils sont formés à l'utilisation du logiciel par la pharmacienne. Les autres formations se font en très grande majorité sous forme de formations internes, notamment par la pharmacienne (interventions flash au sein des services) concernant : la conciliation médicamenteuse, les médicaments à risque, la sécurisation du stockage et du transport des médicaments, la sécurisation de l'administration.

La Pharmacie à Usage Interne comporte un sas accessible uniquement aux soignants (accès à la banque de délivrance des traitements et à l'armoire de stockage des médicaments d'urgence, accessible uniquement au médecin généraliste de garde) et un local d'accès aux livraisons en cas d'absence de la pharmacienne. Elle est dotée de 2 réfrigérateurs dont 1 de secours + armoire pour stock d'urgence avec accès limité et sécurisé + coffre de toxiques + logiciel spécifique permettant un ré étiquetage sécurisé des médicaments non assez identifiables à l'unité. Les services ont des armoires de stockage et des chariots de distribution sécurisés, un rideau installé pour isoler visuellement l'IDE qui prépare les piluliers et éviter la diversion source d'erreur, des containers de transports sécurisés, un accès sécurisé à l'infirmerie pour l'unité fermée. Sur le plan informatique, deux logiciels coexistent actuellement : le dossier patient informatisé pour la prescription, le suivi administration et un logiciel pharmacie spécifique pour les commandes. Le matériel est en bon état et entretenu.

Les ressources en documentation sont disponibles dans les secteurs d'activité sous différentes formes dans la base documentaire informatique et par intranet (consultation systématique du DPI durant leur période de travail avec consultation nécessaire des documents pour pouvoir enlever le document du portail personnel du professionnel). On retrouve les différents protocoles et procédures : le manuel qualité version 3 du 11/12/2015 regroupe les différentes étapes du circuit et liste tous les procédures, dont par exemple l'organisation générale de la prise en charge médicamenteuse, l'administration du médicament, la dispensation des médicaments aux unités de soins ; des fiches pratiques concernant les MHR (stylos à insuline, HBPM, anticoagulants oraux, électrolytes concentrés...) ; des fiches d'aide pour l'écrasement des comprimés, la stabilité des buvables, les recommandations de bonnes pratiques ; un lien avec une banque de données reconnue est disponible sur le DPI. Une affiche mensuelle sur la qualité en général arrive dans les unités pour affichage, celle de février 2016 concernait les risques en lien avec la Prise en charge médicamenteuse de la personne âgée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Au sein de la PUI, il existe une analyse de toutes les ordonnances par la pharmacienne, avec accès au dossier patient et la possibilité d'émettre des avis. La préparation est nominative pour tous les traitements somatiques et globalisée pour les psychotropes avec délivrance hebdomadaire. Le transport des médicaments est sécurisé, par des malles scellées et du matériel adapté au transport des médicaments thermosensibles.

Dans les services, les pratiques harmonieuses, dans le déroulé du circuit du médicament, notamment concernant : le stockage (les armoires sont sécurisées et le rangement est similaire dans tous les services, avec coffre à toxique au normes. Les médicaments à haut risque sont repérés comme tels par

des étiquettes fluorescentes) ; les réfrigérateurs sont contrôlés tous les jours avec traçabilité ; les dates d'ouverture des buvables sont retrouvées et conformes. L'IDE reçoit un message d'alerte pour signaler au médecin la nécessité de réévaluer le traitement antibiotique à 48 heures. En cas de transfert dans un autre établissement, l'édition d'un dossier de liaison d'urgence permet de transmettre l'information concernant le médicament. Les règles de prescription sont respectées par les médecins et le généraliste effectue un travail de conciliation médicamenteuse avec l'IDE à l'entrée et sortie de chaque patient. L'administration se fait patient par patient, à la chambre, avec déblistération juste avant l'administration, vérification d'identité et du profil de traitement. L'administration est tracée en temps réel grâce à l'équipement de portables sur les chariots de distribution et wifi.

Il existe des documents d'information concernant le médicament à l'attention des patients : un flyer sur "Mes médicaments pendant mon séjour à la Clinique" ; une affiche dans les services "être acteur de votre traitement" ; un chapitre dans le livret d'accueil et des documents d'information patients concernant les différentes classes thérapeutiques (neuroleptiques, anxiolytiques, thymorégulateurs...) qui sont en cours de réactualisation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Les indicateurs sont nombreux : suivi du taux réévaluation des antibiotiques à 48/72 heures, suivi des consommations et des antibiotiques ciblés. Le suivi du tableau de bord des EPP (prescription et iatrogénie chez le sujet âgé, administration du médicament) est réalisé. Des audits multiples sont menés : gestion des armoires à pharmacie, préparation piluliers et administration, connaissance de la procédure de broyage, pertinence des antibiotiques dans les infections urinaires, prescription chez la personne âgée. Le suivi des des FEI avec CREX ou RMM est assuré. La méthode du patient traceur est réalisée en interne et il existe un suivi de la satisfaction des patients sur l'information médicamenteuse (questions du livret d'accueil du patient).

A / AGIR

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

Le plan d'action du COMEDIMS est réévalué annuellement et adapté à l'évolution des pratiques et du reste à faire, il est intégré au PAQSS global de l'établissement. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers, par l'intermédiaire des commissions (validation CME, CQGR, COMEDIMS, CRU) et par les cadres et IDE responsables de service. Il existe la revue de processus à destination des services exposant les éléments importants du processus, l'évolution de cotation des risques et les principaux indicateurs.