



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE DE POST-CURE EN
PSYCHIATRIE ROUTE
NOUVELLE**

**3 port saint etienne
31000 TOULOUSE**

MAI 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	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
3. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
4. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	18
DOSSIER PATIENT	22

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE DE POST-CURE EN PSYCHIATRIE - ROUTE NOUVELLE	
Adresse	3 port saint etienne 31000 TOULOUSE
Département / région	HAUTE-GARONNE / MIDI-PYRENEES/LANGUEDOC-ROUSSILLON
Statut	
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	310788906	ASSOCIATION ROUTE NOUVELLE	3 port saint etienne 31000 Toulouse
Etablissement de santé	310781430	CENTRE DE POST-CURE EN PSYCHIATRIE - ROUTE NOUVELLE	3 port saint etienne 31000 TOULOUSE

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	55

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<p>Fondation Bon Sauveur d'Alby promouvoir la coopération en santé mentale et le suivi de soins des malades dans le réseau de soins et la réinsertion sociale sous toutes ses formes</p> <p>Clinique de Montberon promouvoir la coopération en santé mentale et le suivi de soins des malades dans le réseau de soins et la réinsertion sociale sous toutes ses formes</p> <p>Centre Hospitalier Gérard Marchant Mise à disposition de compétences nécessaires à la coordination des projets individualisés et d'accompagnement des personnes adultes handicapées.</p> <p>CHU Toulouse : participation du CPC aux missions de service public et santé mentale confiées au CHU de Toulouse</p>

Hôpital Joseph Ducuing
promouvoir la coopération en santé mentale et le suivi de soins des malades dans le réseau de soins et la réinsertion sociale sous toutes ses formes

Clinique Aufréry
promouvoir la coopération en santé mentale et le suivi de soins des malades dans le réseau de soins et la réinsertion sociale sous toutes ses formes

Clinique de Castelviel
promouvoir la coopération en santé mentale et le suivi de soins des malades dans le réseau de soins et la réinsertion sociale sous toutes ses formes

Centre de soins et capitole Daurade
promouvoir la coopération en santé mentale et le suivi de soins des malades dans le réseau de soins et la réinsertion sociale sous toutes ses formes

Clinique Marigny
promouvoir la coopération en santé mentale et le suivi de soins des malades dans le réseau de soins et la réinsertion sociale sous toutes ses formes

ESAT Elisa 31

MJC Roguet : disposition d'une salle pour un atelier théâtre

Les échiquiers toulousains : mise à disposition d'un moniteur

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. 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.

3. 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.

4. 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
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 (jeune)	HDJ	/	Programmée	Simple	Santé mentale
2	Adulte	HDJ	/	Programmée	Complexe (plusieurs réhospitalisations)	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

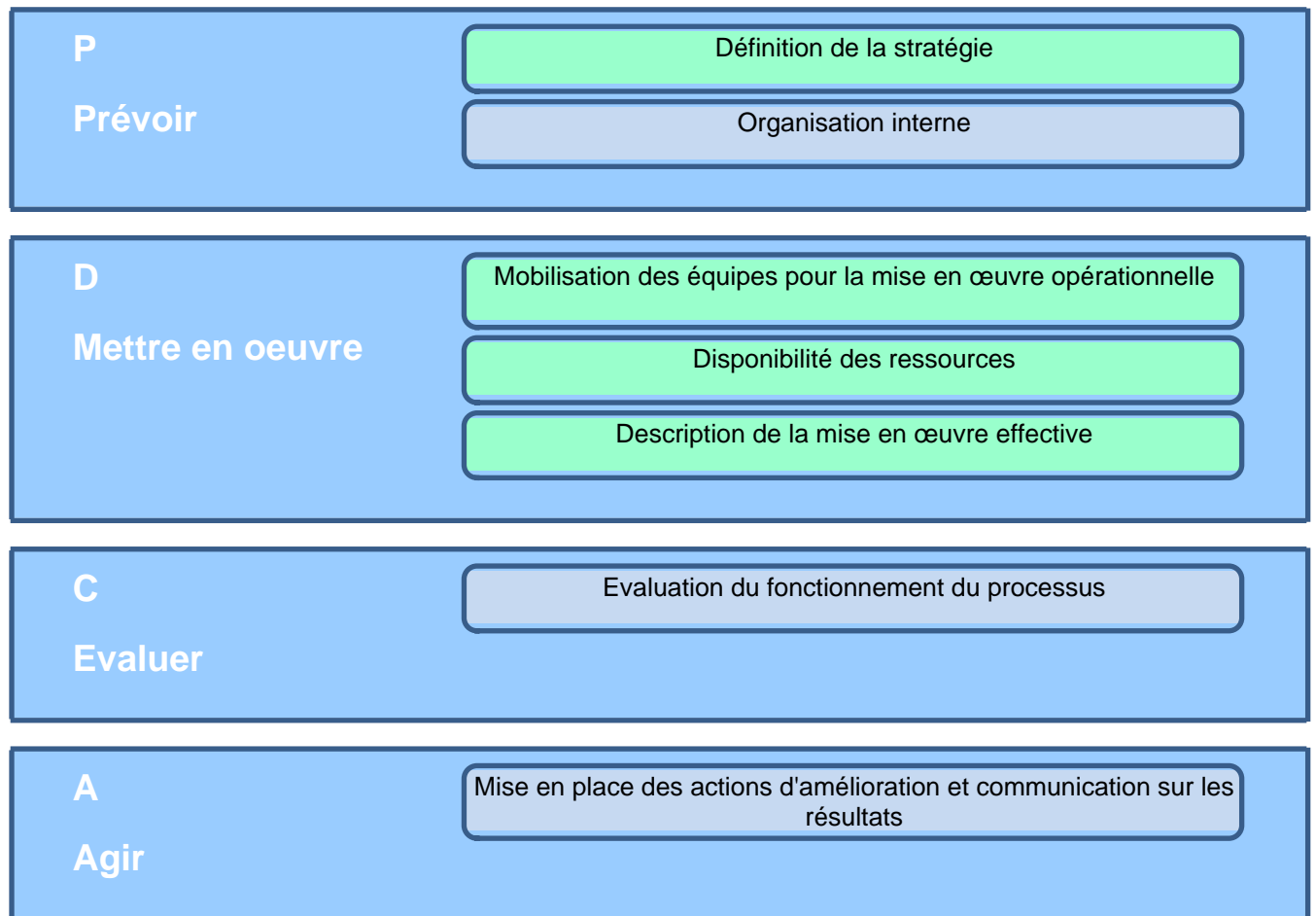
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Depuis 2000, l'établissement développe une politique qualité et gestion des risques intégrée à son projet d'établissement. L'établissement a élaboré et formalisé une politique qualité 2015-2020, elle définit les objectifs stratégiques et engagement de la direction et du président de la CME. Elle reprend la politique globale et les objectifs d'amélioration fixés pour l'établissement par les données issues des analyses des risques, par les contrôles externes et/ou par le CPOM, la prise en compte des fiches d'évènements indésirables et les précédentes itérations de la certification de l'établissement. La politique qualité se décline en douze grands axes, qui comprennent notamment l'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques répondant aux exigences réglementaires, la promotion des évaluations des pratiques professionnelles, la formation du personnel, le développement de la culture de la bientraitance et le développement de soins personnalisés, le suivi des mesures d'hygiène, le respect des droits du patient, offrir une qualité et des conditions de travail concourant à l'expression au mieux des compétences des professionnels. La politique qualité-gestion des risques au sein du projet d'établissement, a été présentée à la CRU. La cartographie des risques figure au sein du manuel qualité avec une qualification et une hiérarchisation définie. Elle est mise en œuvre au travers d'un Programme d'amélioration qualité (10 plans d'actions élaborés) suivi par le comité de pilotage qualité. Les programmes d'amélioration sont déclinés par processus avec pilote identifié et échéancier défini. Les indicateurs sont définis dès la mise en œuvre du plan d'action concerné. Les programmes par processus, portés par la responsable qualité gestion des risques, la direction et les pilotes de processus sont présentés annuellement aux instances. L'alimentation du compte qualité est issue de la cartographie des risques réalisée par groupe de travail par processus incluant les professionnels de terrain, la hiérarchisation a été finalisée par le groupe concerné.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation formalisée pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés. Un comité de pilotage est identifié au sein de la structure, il comprend le président, le directeur, le directeur-adjoint, le président de CME, le chef de service, la responsable qualité, l'assistante sociale et une infirmière. Le Comité de pilotage veille à la définition, la mise en œuvre, la coordination et le suivi du projet qualité et gestion des risques du Centre de post cure "route nouvelle". Les missions des pilotes et notamment des personnes de la cellule qualité sont décrites au sein de la gestion documentaire à disposition des professionnels. Un règlement intérieur de ce comité initié en 2000, il a été régulièrement réactualisée (8 fois) , la dernière date de février 2015. La composition pluridisciplinaire permet une coordination de toutes les composantes de la prise en charge. Les professionnels bénéficient d'information sur la démarche lors des journées destinées aux nouveaux arrivants et pendant les réunions institutionnelles mensuelles, les responsables sont formés soit par leur formation initiale et/ou par des formations spécifiques identifiées selon les besoins de l'établissement. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'adéquation des ressources humaines et des compétences au périmètre des missions et actions retenues en terme d'effectif et de formation (processus de VAE aboutit à 80% de la responsable qualité, la formation patient traceur qui a concerné 100 % des professionnels de la prise en charge). De plus, le plan de formation intègre un plan d'action de formation EPP/DPC. Le centre Route Nouvelle a obtenu l'enregistrement auprès de l'OGDPC notamment pour les catégories professionnelles suivantes : infirmiers, médecins généralistes, psychiatres en avril 2015. Le dispositif de gestion documentaire est intégré au Système d'information de l'établissement et concerne les différentes composantes concernées en matière de qualité, gestion des risques et vigilances sanitaires. Les procédures et protocoles y sont recensés. L'établissement a organisé le déploiement des évaluations des pratiques professionnelles et mis en œuvre des démarches de RMM. Le système de gestion des plaintes et réclamations est organisé, géré au sein de l'établissement. L'établissement a organisé ses équipements, ses locaux et fait développer un module informatique, annexé au logiciel du dossier patient, qui est utilisé par tous et permet la déclaration, le suivi et le retour au déclarant de chaque évènement indésirable. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation. Les responsables qualité siègent dans toutes les commissions afin d'assurer un recensement et une cohérence dans les actions mises en œuvre au sein de l'établissement. La déclinaison des projets qualité au sein de l'activité est portée par le pilote du processus en collaboration avec ses collègues de travail. Les interfaces permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés.

D / METTRE EN OEUVRE

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. Chaque membre du personnel est impliqué dans la démarche comme pilote d'un processus ou d'un thème transversal. Le déploiement des actions s'organise au travers de son implication en incitant la participation des collègues, la mise en œuvre des actions d'amélioration est organisée, des groupes de travail ont permis la réalisation des axes d'amélioration du compte qualité, déclinée en fonction des processus concernés. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Les réunions institutionnelles mensuelles sont l'occasion pour la direction, d'informer les équipes de l'évolution des démarches au sein du service, et du suivi des plans d'amélioration par processus. Les responsables 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.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. La gestion documentaire informatique assure la mise à disposition des procédures et documents établissement aux professionnels sur leur lieu d'exercice. Des formations à l'utilisation de l'outil de gestion documentaire ont été dispensées lors de sa mise en œuvre. Toutefois, le système de mise à jour des documents n'est pas toujours opérationnel. En effet, bien qu'organisée par la cellule qualité, la révision régulière des procédures n'est pas tracée et ne permet pas d'assurer la mise à disposition des versions opérationnelles. Certaines procédures demeurent dans d'anciennes versions, d'autres n'ont pas été révisées depuis plusieurs années. Un bilan met en évidence que 74% des documents de la GED ont été actualisés il y a moins de 3 ans. La gestion documentaire a fait l'objet de plusieurs ré-actualisations depuis sa création. La mise à jour des documents est réalisée en fonction des besoins et priorités de l'établissement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La démarche d'évaluation des risques a priori, associés aux soins, est effective, ceux-ci sont répertoriés, analysés et hiérarchisés et intègrent pour certains les démarches institutionnelles. Le dispositif des gestions des événements indésirables et événements indésirables graves est opérationnel et connu des professionnels. Les déclarations, intégralement informatisées, sont analysées par la directrice adjointe éventuellement si besoin avec implication des professionnels concernés, les événements indésirables graves font l'objet d'un passage en RMM. Les actions d'amélioration nécessaires sont mises en œuvre et le suivi est disponible sur l'intranet pour tous les professionnels. Chaque signalement fait l'objet d'une réponse après enquête et étude de la réclamation. Dans le cas de mise en cause de professionnel, ceux-ci sont contactés afin de participer à l'analyse de la situation et de fournir les éléments de réponse à la personne. Des médiations médicales et non médicales sont possibles au sein de l'établissement. Chaque déclaration fait l'objet d'un suivi au sein de la CRUQ. Chaque réunion de comité de pilotage, de CRUQ ou de comité de vigilance fait l'objet de compte-rendu, tracé dans le logiciel établissement et disponible sur Intranet.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du dispositif qualité et gestion des risques sont assurés régulièrement par la direction sur la base d'indicateurs et tableaux de bord par le biais de rencontres régulières. Ce suivi régulier permet, en continu, une exploitation des résultats et des indicateurs et la mise en œuvre, au fil de l'eau, des actions correctives nécessaires. Bien que non concerné par les indicateurs IQSS, l'établissement met en œuvre une stratégie d'évaluation avec notamment élaboration d'indicateurs spécifiques établissement. Les indicateurs définis lors de l'élaboration des plans d'action par processus font l'objet d'un suivi et d'une traçabilité au sein du tableau de synthèse établissement. Le suivi des démarches EPP ou RMM est transmis aux professionnels lors des réunions mensuelles. L'établissement a organisé une enquête de satisfaction annuelle adressée aux patients pris en charge, le taux de réponse s'est très nettement amélioré. L'évaluation du programme qualité et gestion des risques est réalisé tous les 2 ans et analysé en Comité de Pilotage. Le plan blanc fait l'objet d'une évaluation annuelle et plus si nécessaire (notamment 2 fois en 2015 suite aux alertes). Les événements indésirables, les plaintes et réclamation, la satisfaction des usagers, les bilans des instances, CLIN, CLUD, CRUQPEC, le suivi des indicateurs et les RMM donnent lieu, à minima, à une analyse annuelle.

A / AGIR

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

L'évaluation du dispositif qualité et gestion des risques dans toutes ses composantes (notamment, évaluation de l'efficacité des programmes d'amélioration, évaluation de l'activité qualité – réunions, formations etc ...-, évaluation de l'impact des actions sur la satisfaction des patients en lien avec les délégués des patients, évaluation des risques professionnels annuelles, évaluation du plan blanc ...) permet à l'établissement d'intégrer les mesures de réduction des risques et d'amélioration de la qualité. Le suivi des actions et résultats d'amélioration des programmes d'améliorations de la qualité et de la sécurité des soins, assuré par la responsable qualité, fait l'objet d'une revue tous les deux ans, en fonction des résultats obtenus, il est envisagé l'arrêt ou la reconduction des actions menées. Les actions d'améliorations mises en œuvre suite à l'analyse des événements indésirables sont suivies au sein du logiciel de l'établissement. La communication sur les résultats des démarches propres au service est effectuée lors des réunions mensuelles, ils sont également accessibles sur la gestion documentaire établissement. La CRUQ est régulièrement informée du suivi des plaintes et réclamations, et des déclarations et suivis des événements indésirables. L'établissement adhère au réseau REQUAMIP (Réseau Qualité Midi-Pyrénées) depuis 2008.

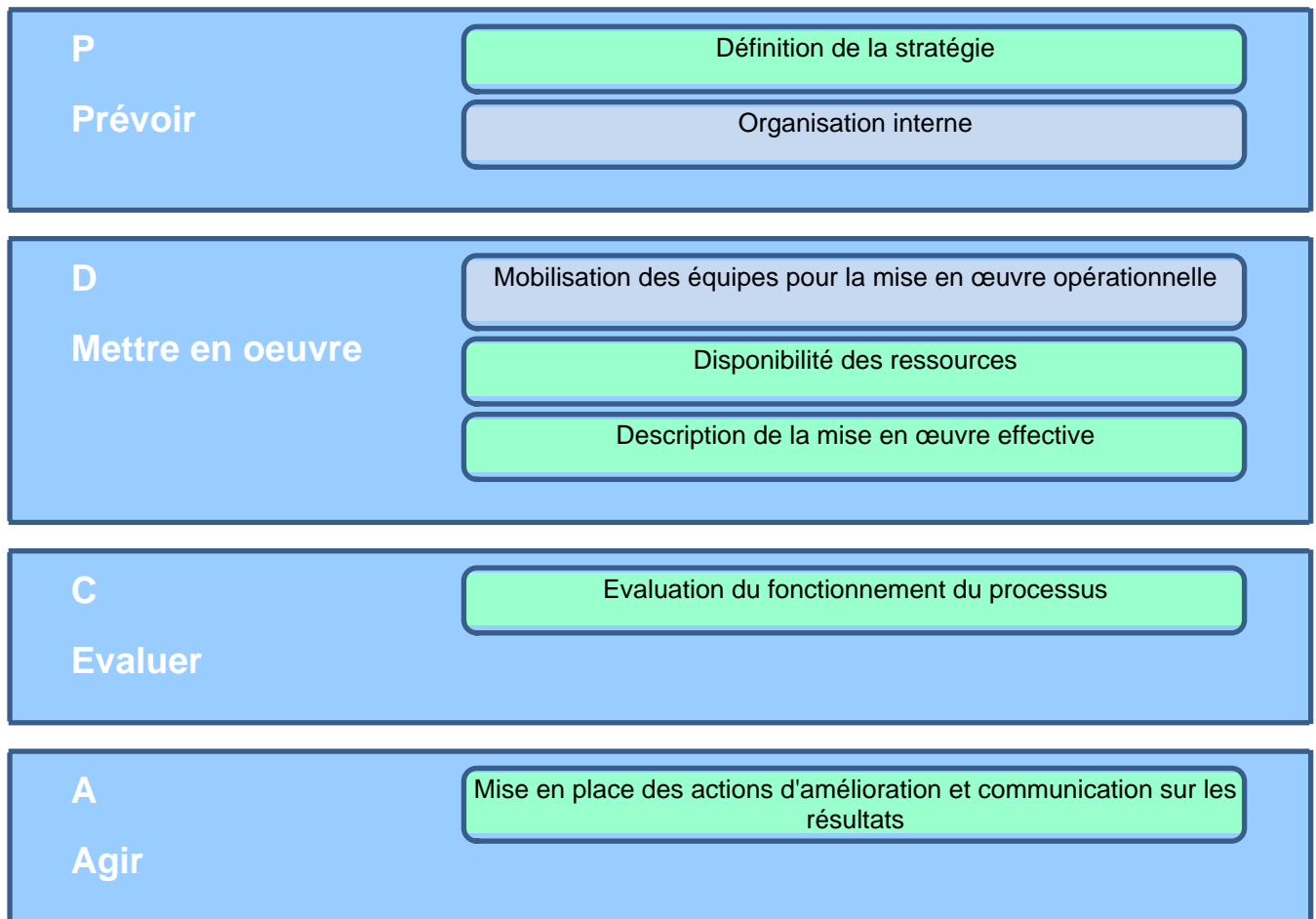
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. L'identification des risques, recensés au sein du compte qualité, prend en compte le recueil des événements indésirables, les résultats de la certification précédente, les éléments mis à disposition de la CRUQPC. La politique des droits des patients est intégrée dans le projet qualité gestion des risques du projet d'établissement au travers de la déclinaison de la politique médicale et de la politique soignante avec notamment un rappel de l'importance de la déclinaison d'un projet personnalisé et la promotion de la réhabilitation sociale. Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions par processus, formalisé et priorisé. Ces projets sont à la disposition des professionnels dans le système documentaire, et ont fait l'objet d'une présentation aux instances et notamment à la CRUQPC.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation formalisée pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés. L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus en lien la CRUQPC. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Le plan de formation prévoit des actions en rapport avec ses thématiques à destination des professionnels de l'établissement, les compétences recrutées correspondent aux besoins identifiés pour les prises en charge spécifiques. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. L'établissement a initié une démarche de prise en compte des demandes des patients accueillis dans la structure par leur représentation par l'intermédiaire de stagiaires (patients) élus par leurs pairs depuis 2007. Un grand forum est organisé tous les deux mois, hors présence des professionnels de la structure, pour recueillir les doléances et remarques des stagiaires, les stagiaires élus sont ensuite invités par la direction pour échanger sur ces remarques et proposer des suggestions d'amélioration. Les représentants élus siègent au début de chaque commission CRU depuis 2009.

D / METTRE EN OEUVRE

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. Les risques identifiés dans le processus droits des patients font l'objet de plans d'action au sein du programme identifié de ce processus. Le respect du droit des patients est une valeur fondamentale partagée par tous les professionnels de l'établissement. Les résultats d'enquêtes de satisfaction annuelle démontrent la prise en compte par les professionnels de cette thématique dans leur activité quotidienne. La stratégie de prise en compte des droits du patient lors de l'accompagnement dans la structure, sous le pilotage du président de CME est portée par tous les professionnels intervenant dans la prise en charge. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives (identifiées avec le concours des professionnels et des représentants d'usagers), sont réalisées en cas de besoin, de dysfonctionnements, de modification des résultats ou de baisse des indicateurs (notamment la méthodologie de l'enquête de satisfaction, la mise en place de menus sans porc, sans viande).. Le suivi est organisé au sein des réunions mensuelles institutionnelles.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Une Planification des activités permet aux professionnels d'avoir accès à un bureau disponible pour les rencontres entre le référent et le stagiaire (patient) garantissant ainsi l'intimité du patient et la confidentialité des propos tenus notamment lors des colloques singuliers. Les effectifs sont en adéquation dans la structure, concourant au respect des droits des patients (accueil dans le service, accompagnement tout au long de la présence dans la structure, identification d'un professionnel référent, préparation à la sortie...). Des formations sont proposées aux professionnels en lien avec le processus. Les professionnels de la structure bénéficient régulièrement de formations et d'informations en lien avec les droits des patients, ils intègrent dans leur pratiques professionnelles les spécificités découlant de cette thématique. De nombreuses procédures ont été mises en œuvre avec les professionnels concernés, et sont accessibles sur la gestion documentaire informatique (dommage associé aux soins, procédure plainte et réclamation, maltraitance, convictions et nourriture, etc.). Le Livret d'accueil informe les patients sur leurs droits et devoirs au sein de l'établissement. La charte du patient et d'autres documents

(rôle et représentant de la Cru, charte de bienveillance spécifique au service, associations d'aide présentes dans le secteur, stagiaires délégués, etc.) réalisés par les professionnels sur ce domaine, sont affichés dans les circulations. Des locaux de repos et d'activité sont à disposition des patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Lors de sa première journée dans la structure, le patient bénéficie d'un accompagnement spécifique par son infirmier référent qui lui présente la structure, l'organisation et valide avec lui la planification hebdomadaire de ses activités. Son projet personnalisé de soins est élaboré durant le premier mois, est discuté en équipe pluridisciplinaire en accord avec le patient qui le signe pour valider son acceptation. Ce PPS est réactualisé tous les 6 mois et adressé au médecin psychiatre référent et au médecin traitant désigné par le stagiaire. L'établissement n'accueille pas de patient en hospitalisation sous contrainte, néanmoins des patients sous obligation de soins peuvent être intégrés avec un projet personnalisé de soins adéquat. Des journées réservées aux familles des patients avec leur accord sur la participation, sont organisées de façon annuelle, leur permettant ainsi de partager des moments de convivialité et de connaître l'organisation. Le signalement des cas de maltraitance est assuré, le dispositif d'annonce en cas de dommage liés aux soins est mis en œuvre. Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance. Celle-ci est désignée à 96%. L'accès de l'entourage est facilité : 1 à 2 rencontres « portes ouvertes aux familles » sont organisées chaque année. Un accompagnement familial est proposé aux patients. Il s'agit de consultations et rencontres avec l'assistante sociale et la psychologue (Diplômée du DU de systémie familiale). Les différents acteurs sont associés : équipe, instances, représentants des usagers et patients..

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. Des quick-audits du dossier patient permettent d'assurer le suivi des indicateurs concernés par le droit des patients (PPS, réactualisation du PPS, Risque suicidaire, évaluation Douleur, remise du livret d'accueil, etc.). On notera en particulier l'effectivité du dispositif d'information des usagers (affichages divers, réunions délégués des patients/professionnels, participation des délégués à une partie de la CRU, informations lors du temps du forum) et l'alliance thérapeutique globale entre le patient, les professionnels et sa famille avec son accord."

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des actions d'amélioration sont menées au niveau institutionnel soit par adaptation des pratiques et procédures, soit par mise en place de formations dédiées, des évaluations sont prévues pour valoriser la progression enregistrée. Les résultats des évaluations sont communiqués aux professionnels lors des réunions institutionnelles mensuelles, elles font également l'objet d'une transmission à la CRU.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

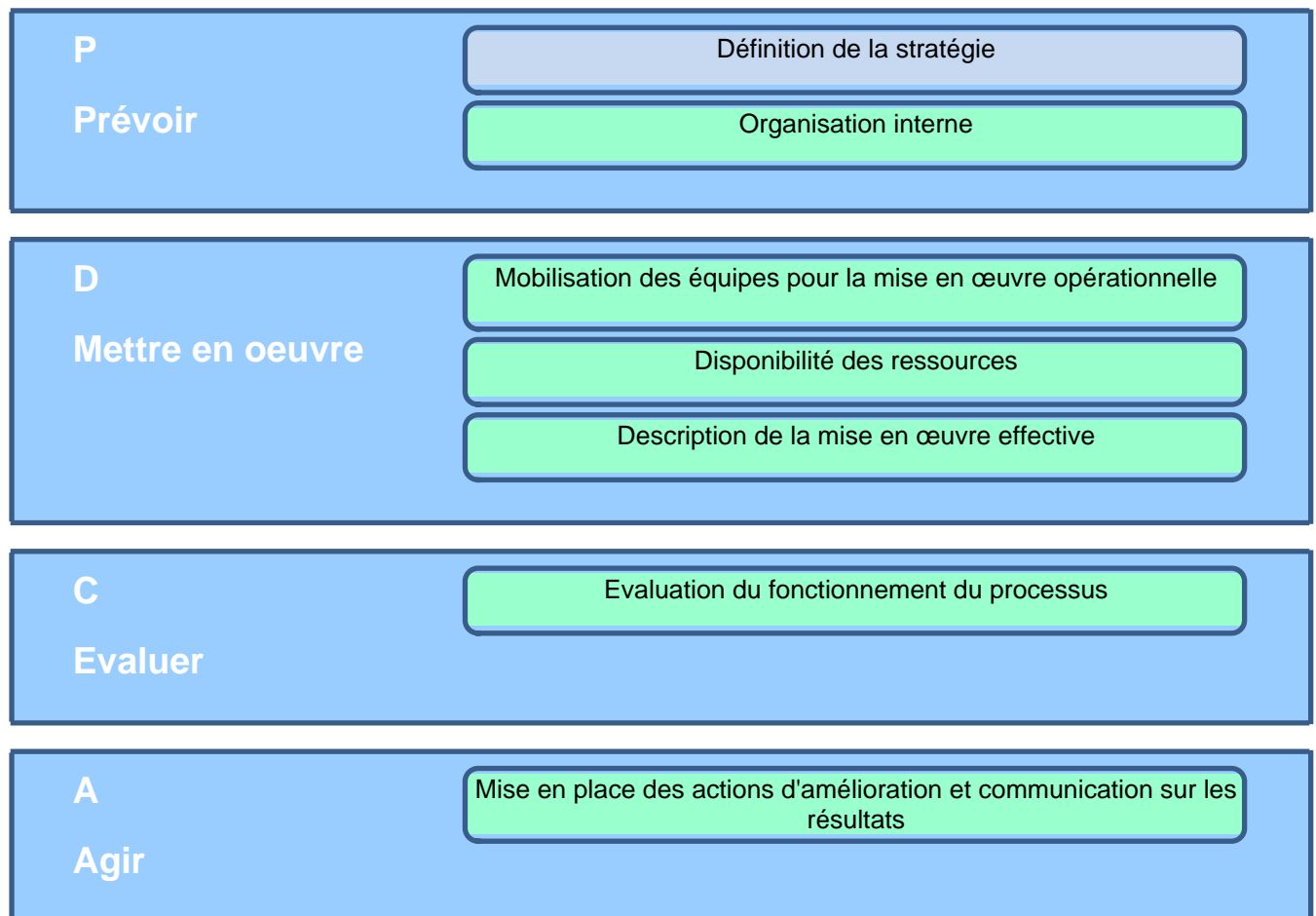
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La stratégie du parcours patient a été élaborée en conformité avec le Plan Régional Santé et le SROSS et le CPOM. Le projet d'établissement dont le projet médical, cohérent avec les besoins du territoire, a été réactualisé. Il a été validé par les instances CME, CA, CRU. L'analyse des risques à priori a été élaborée aux différentes étapes de la prise en charge, enrichie des événements indésirables. Toutes les commissions CLUD, CLAN, EPP, etc. ont identifié leurs risques et les ont hiérarchisés en présence de la responsable qualité. L'établissement a élaboré et mis en œuvre un PAQ PEC (Prise en charge en Réhabilitation Psychosociale). La politique comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation formalisée pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés. Le processus parcours patient est piloté par les deux médecins psychiatres, le Directeur et la Directrice adjointe. Les rôles et responsabilités sont identifiés. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. L'établissement a élaboré un plan de formation en cohérence avec ses orientations stratégiques notamment le Diplôme Universitaire de réhabilitation psychosociale. Des formations à l'éducation thérapeutique sont inscrites au plan de formation pour 3 personnes. La gestion documentaire réactualisée, en lien avec le processus, est à disposition des professionnels. La prise en charge de populations spécifiques est organisée notamment la prise en charge de personnes démunies, en difficultés d'intégration culturelle et porteuses d'un handicap physique. Un système de présence infirmière sur le groupe est formalisé sur un planning hebdomadaire et permet d'assurer la permanence des soins de 9h à 17h. L'interface avec les professionnels externes à l'établissement est assurée par les référents infirmier ou éducateur.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mise en œuvre opérationnelle est assurée par le cadre de la structure et l'équipe pluridisciplinaire. Les professionnels sont sensibilisés sur les risques identifiés du parcours patient au travers des réunions hebdomadaires et des réunions institutionnelles mensuelles. Les événements indésirables sont abordés lors de ces réunions. Les équipes participent aux Évaluations de Pratique Professionnelle. Les responsables 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.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le centre de post cure, grâce à un nouveau financement, vient d'embaucher une IDE supplémentaire, au vu de la file active. La file active est de 75 "stagiaires" pour 55 places. L'encadrement est de 6 infirmières et 2 éducateurs spécialisés. Un dispositif d'urgence vitale est en place : défibrillateur et trousse d'urgence. La traçabilité des dispositifs est assurée. Les professionnels sont formés aux gestes d'urgence AFGSU pour les infirmières et Sauveteur Secouriste du Travail pour les non soignants. Un tableau de suivi des dites formation est tenu à jour. Toutefois, le matériel d'urgence disponible dans l'établissement n'est pas conforme. En effet, les trousses d'urgence ne sont pas conformes puisqu'il n'existe aucun dispositif permettant de les sceller et donc d'assurer l'intégralité de leur contenu.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accueil du "stagiaire" est réalisé en plusieurs étapes : 2 entretiens de pré-admission menés par l'assistante sociale, une visite des locaux, puis une commission se réunit en présence du patient. A l'issue, le patient est informé de son éventuelle admission et de sa date d'entrée effective dans le centre. Les infirmières réalisent à l'entrée un bilan. Celui-ci comprend les allergies, les vaccinations, les différents risques (chute, fausse route), le calcul de l'IMC, l'évaluation de la douleur physique et psychique à l'aide d'une EVS, l'évaluation du risque suicidaire, etc. Ce bilan est effectué au moins une fois par an. Un projet de soins PPS établi avec le patient est élaboré, validé et signé par le patient, il sera réévalué régulièrement au cours de la prise en charge. Cette réévaluation est effectuée en réunions pluridisciplinaires et de manière concertée avec le patient. La procédure d'accueil du patient est connue et appliquée dans l'établissement. Elle prévoit notamment la remise du livret d'accueil au patient. Une

évaluation initiale est réalisée sur le plan somatique, psychiatrique, psychologique et infirmier. Différents outils d'évaluation sont mises en œuvres par les professionnels de santé afin d'évaluer la clinique des patients. Le projet personnalisé de soins est réévalué de façon régulière selon un rythme propre à la prise en charge proposée. Des objectifs de soins sont ainsi identifiés, tracés et suivis participant à la déclinaison du parcours de soins. Les éléments relatifs au rapport bénéfices risques sont tracés dans le dossier patient. Les activités de soins de suite et de réadaptation sont au centre du projet de la structure. Avant son admission, le stagiaire doit fournir un document signé de son médecin traitant avec notamment le carnet de vaccinations. Ce document permettra de se mettre en lien avec celui-ci en cas de problème somatique. Des courriers lui sont adressés à chaque réévaluation de PPS. De nombreuses actions d'éducation à la santé sont en place notamment l'atelier santé nutrition. Les patients en surpoids ou obèses peuvent bénéficier d'éducation thérapeutique dans une clinique proche qui a passé convention avec le centre. La sortie des patients est au cœur du projet de soins du patient et préparée en amont. En cas d'hospitalisations intercurrentes, une fiche de transfert est élaborée et un lien téléphonique est effectué avec l'équipe de prise en charge. Le patient tout au long de sa prise en charge conserve son psychiatre référent adresseur, celui-ci est régulièrement informé du déroulé de la prise en soins. Les interfaces avec les équipes d'amont et d'aval sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement effectue au moins deux fois par an un audit du parcours. Les indicateurs retracent le parcours patient au sein du centre : le nombre d'entretiens infirmiers, les différentes évaluations de la douleur, du risque suicidaire, le nombre d'évaluation pluridisciplinaire, les échanges avec les partenaires, la qualité des sorties (pour projet adapté, pour hospitalisation). Le suivi des indicateurs est assuré en comité restreint de direction puis communiqué à l'ensemble des professionnels via les réunions institutionnelles mensuelles. Des EPP sont menées : violence, sortie, risque suicidaire, réhabilitation psychosociale avec des indicateurs de suivi.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Les axes de progrès dégagés des différents suivis d'indicateurs sont partagés lors des réunions.

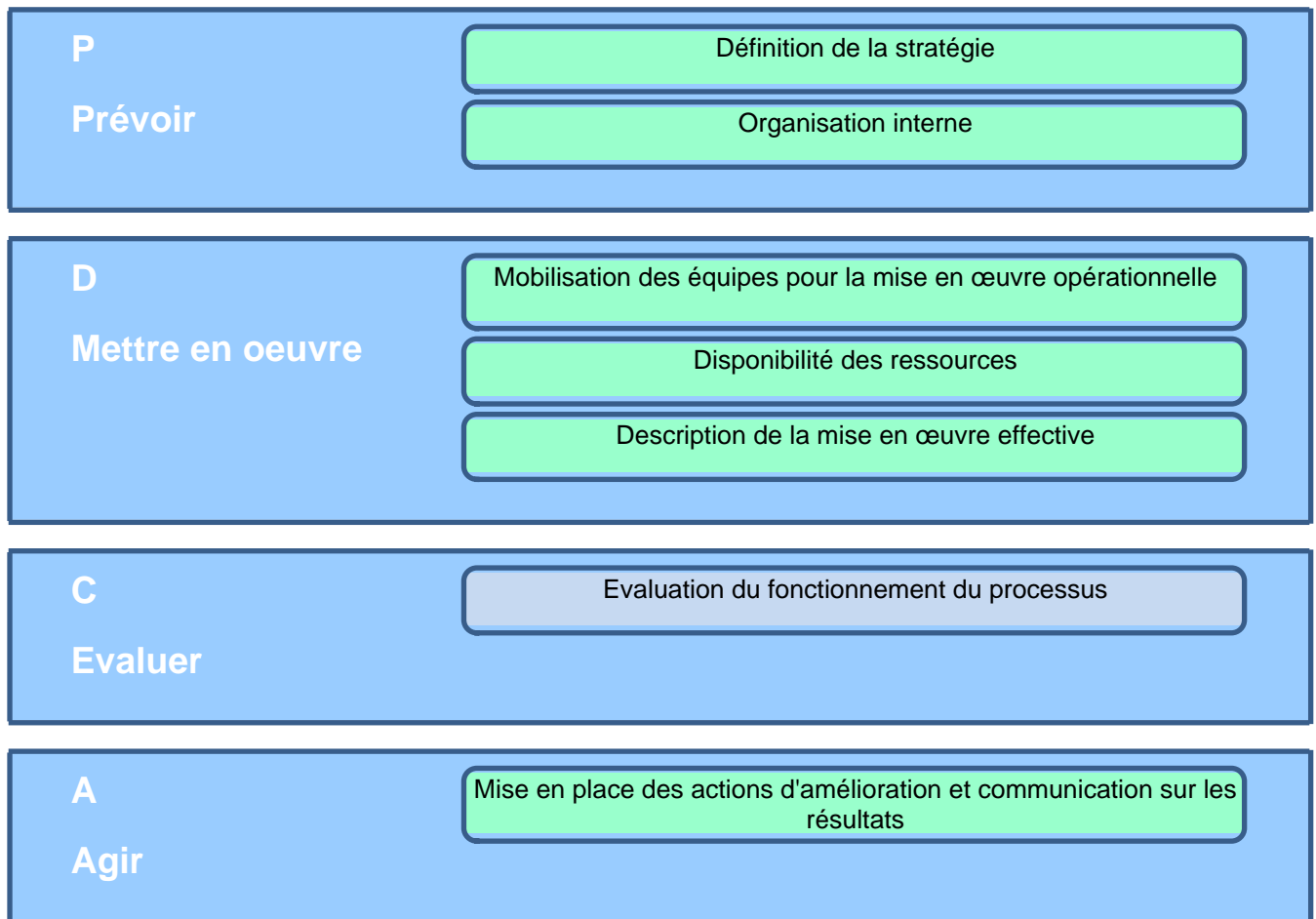
DOSSIER PATIENT

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 stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La politique de gestion du dossier patient est intégrée dans le projet médical et validée par les instances concernées. Elle a été établie en lien avec les besoins de l'établissement. La cartographie des risques a été élaborée et hiérarchisée lors des réunions composées des pilotes et de la responsable qualité. La stratégie est déclinée dans des actions formalisées et priorisées. Le suivi est assuré lors des réunions institutionnelles mensuelles.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation formalisée pour piloter le processus. Le processus est piloté par la présidente de CME, l'assistante sociale et une infirmière. Les rôles et responsabilités sont identifiés. Dans la fiche de poste de l'assistante sociale, son rôle de pilote du dossier patient est inscrit dans le cadre de ses missions transversales. Pour la présidente de CME, cette mission est inscrite dans le cadre du déploiement du système d'information et de sa fonction DIM. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. La formation au logiciel dossier patient est assurée par le pilote opérationnel, le cadre du service, et par un tutorat formalisé. Le circuit du dossier patient est défini ainsi que l'articulation dossier papier/dossier informatisé. Une procédure ainsi qu'un logigramme précisent les modalités de création, de classement et d'archivage du dossier. Les droits d'accès en lecture et en écriture sont formalisés pour les différentes catégories professionnelles. Les patients sont informés de leurs droits d'accès à leur dossier via le livret d'accueil et par voie d'affichage. Une procédure et un logigramme ont été élaborés, ainsi que les responsabilités (assistante sociale ou secrétaire).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'opérationnalité du plan d'actions est assurée par les réunions institutionnelles mensuelles et par la commission informatique qui se réunit 4 fois par an. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Les utilisateurs sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables en lien et associés aux mesures correctives. Celles-ci sont abordées lors des réunions institutionnelles. Les responsables 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.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. La formation au logiciel est assurée par un tutorat d'un mois. La documentation est accessible et actualisée sur l'ensemble des postes informatiques. Les procédures en lien sont disponibles sur le dossier partagé sur tous les postes de la structure. Un guide d'utilisation du logiciel dossier patient est à disposition des professionnels. Les matériels sont en nombre et en qualité. Toutefois, les locaux ne permettent pas de sécuriser l'archivage. En effet, les locaux de l'archivage ne sont pas équipés de détecteurs de fumée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. L'assistante sociale se charge de la constitution du dossier papier et de la création du dossier informatisé lors des rendez-vous de pré-admission. Les différentes étapes de la prise en charge sont tracés : entretiens, bilan IDE, bilan psychologique, projet personnalisé de soins, emploi du temps, etc. ce que confirme les démarches patients traceurs effectuées lors de la visite des experts-visiteurs. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Toutefois, la traçabilité n'est pas toujours assurée. En effet, les professionnels ne tracent pas les entrées et sorties de dossier.

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. Un audit annuel est réalisé à partir d'une liste d'indicateurs sur la traçabilité des éléments de la prise en charge : délai d'attente avant admission, remise du livret d'accueil, personne de confiance, évaluation de la douleur, délai d'envoi de courrier de fin de prise en charge, etc. L'établissement recueille de façon volontaire, et annuellement à minima, les indicateurs liés à la tenue du dossier patient et au courrier de fin d'hospitalisation. L'établissement recueille et suit également les indicateurs Hôpital Numérique relatifs au dossier patient. Les résultats sont exploités et donnent lieu à des actions correctives le cas échéant. Les résultats sont communiqués aux professionnels et accessibles dans la gestion documentaire partagée.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Les résultats des audits sont communiqués en réunions institutionnelles, au COPIL ainsi qu'à la CRU.