



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER BON  
SAUVEUR**

1 rue bon sauveur  
22140 Begard  
AVRIL 2016

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
DROITS DES PATIENTS	17
PARCOURS DU PATIENT	22
DOSSIER PATIENT	28
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	34
<b>ANNEXE</b>	39

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

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

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

**2.2 Les résultats de l'établissement :**

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

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER BON SAUVEUR - CMP/CATTP HJ BEGARD - HJ ADDICTOLOGIE	
Adresse	1 rue bon sauveur 22140 Begard
Département / région	COTES-D'ARMOR / BRETAGNE
Statut	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	220000001	GCS EN SANTE MENTALE DES CH DE BEGARD, LEHON ET CHG DE SAINT-BRIEUC	8 rue charles pradal 22000 ST BRIEUC
Entité juridique	220000210	FONDATION BON SAUVEUR	Bp 1 22140 Begard
Etablissement de santé	220018394	CMP/CATTP DE QUINTIN	22 rue du maréchal leclerc 22800 Quintin
Etablissement de santé	220005672	CMP/CATTP/HJ ADULTES DE GUINGAMP	17 bis rue armor 22200 Guingamp
Etablissement de santé	220013056	HJ ENFANTS GUINGAMP	7 rue anatole le bras 22200 GUINGAMP
Etablissement de santé	220020663	CATTP DE CAVAN	36 rue charles et henri avril 22140 CAVAN
Etablissement de santé	220022586	HJ CATTP ENFANTS DE PAIMPOL	39 rue du general leclerc 22500 PAIMPOL
Etablissement de santé	220018279	CMP/CATTP DE SAINT-QUAY- PORTRIEUX	35 boulevard marechal foch 22410 Saint-Quay-Portrieux

Etablissement de santé	220018188	CMP/CATTP/HJ ADULTES DE LANNION	7 rue de kerampont 22303 Lannion
Etablissement de santé	220018329	CMP/CATTP DE CALLAC	5 rue des martyrs de la resistance 22160 Callac
Etablissement de santé	220018238	CMP/CATTP/HJ ADULTES PAIMPOL & CMPEA	11 rue du 18 juin 22500 Paimpol
Etablissement de santé	220000608	CENTRE HOSPITALIER BON SAUVEUR - CMP/CATTP HJ BEGARD - HJ ADDICTOLOGIE	1 rue bon sauveur 22140 Begard
Etablissement de santé	220018527	CMPEA CATTP ENFANTS DE GUINGAMP	Zi de bellevue - 8 impasse des ajoncs 22200 ST AGATHON
Etablissement de santé	220018550	CMP/CATTP TREDARZEC	Pont canada 22220 Tredarzec
Etablissement de santé	220020903	CMPEA/CATTP/HJ FRANCOISE DOLTO	3 rue charles gerhardt 22300 LANNION

### Activités

Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	183	70
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	/	30

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

Agrément européen cuisine centrale (FR22.0004.035CE) en juillet 2013

### Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements

\* GCSMS, groupement de coopération sociale et médico-sociale « Bretagne solidarité » (Fondation Bon Sauveur, Bégard ; Association de gestion centre hospitalier St Jean de Dieu, Léhon; Association hospitalière de Bretagne, Plouguernevel et Hospitalité St Thomas de Villeneuve, Lamballe)

\* GCS, groupement de coopération sanitaire en santé mentale (Ch Bon Sauveur, Bégard ; CH St Jean de Dieu , Léhon et CH Yves Le Foll,

St Brieuc)

\* 116 conventions actualisées en continu avec partenaires du réseau : Urgences, consultation chirurgie, examens de laboratoire, filière de soins gériatriques, CSAPA ...

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	* HJ Addictologie, ouvert le 02 septembre 2013 (10 places) * HJ enfants Paimpol, ouvert le 11 mars 2013 (8 places)

# 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	Saint Bernard (intra hospitalier)	Psychose chronique	Programmé	Complexe	Santé mentale
2	Adulte	"Ker Avel : Unité d'Admission (intra hospitalier)	patient suicidaire	Non Programmé	Complexe	Santé mentale
3	Adulte	Clinique d'addictologie : unité de cure intra	dépendance addictive	Programmé	Complexe	Santé mentale
4	Personne âgée	Les Glycines : Unité de gérontopsychiatrie)	Alzheimer	Programmé	Complexe	Santé mentale
5	Adulte	Sainte Camille SDT	Schizophrène	Programmé	Complexe	Santé mentale
6	Jeune adulte	HDJ Guingamp	Schizophrène	Programmé	Complexe	Santé mentale
7	Enfant	HDJ Enfants de Guingamp	Trouble envahissant du	Programmé	Simple	Santé mentale

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
		(extra hospitalier)	développement			
8	Adulte ou Personne âgée	HDJ de Lannion (extra hospitalier)	Schizophrène	Programmé	Complexe	Santé mentale

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

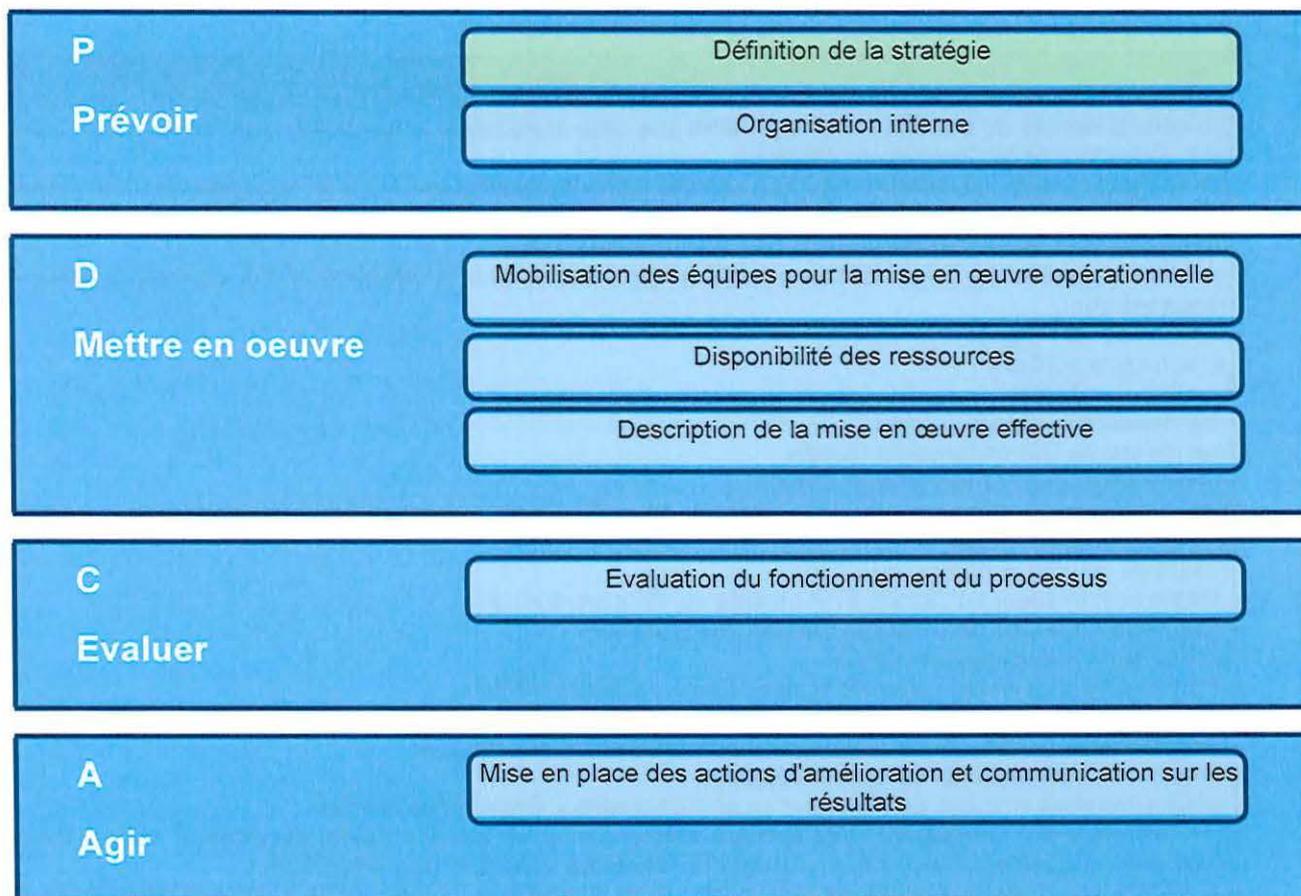
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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
<p>Le politique stratégique institutionnelle « Gestion de la Qualité et management » est inscrite au projet d'établissement 2012-2016, validée par les instances compétentes.</p> <p>Co-portée par le Directeur et le Président de la CME, elle repose sur un engagement formalisé et détaillé de la Direction et des instances intervenant dans le processus décisionnaire.</p> <p>Contexte, missions et analyse des risques propres à l'établissement sont pris en compte. Elle intègre par ailleurs différents éléments dont la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise.</p> <p>Cette politique a stratégiquement été actualisée en trois principaux temps :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-réalisation en 2014 d'une auto-évaluation à blanc (modèle V2010) qui a mobilisé 20 % de l'effectif au sein de 12 groupes de travail.</li><li>-mise en place au 1er trimestre 2015 de 6 groupes d'amélioration permettant l'actualisation d'un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, prenant en compte l'ensemble des éléments attendus.</li><li>-après validation et large diffusion de celui-ci, l'établissement s'est engagé au second semestre 2015 dans la préparation d'un compte qualité identifiant les priorités du PAQSS sur la thématique.</li></ul> <p>Celui-ci est présentée selon un modèle de type PDCA. Le plan d'action qui lui est associé comporte 10 actions dont à la date de la visite trois étaient finalisées, 6 en cours et une seule non engagée.</p>
ORGANISATION INTERNE
<p>La carte d'identité du processus fait apparaître que celui-ci est piloté conjointement par le Directeur d'établissement et le Président de la Commission Médicale.</p> <p>L'Ingénieur Qualité, par ailleurs Gestionnaire des risques associés aux soins et Coordonnateur du management de la prise en charge médicamenteuse selon des dispositifs formalisés, co-pilote le processus.</p> <p>Des fiches de mission ont été établies pour les trois intéressés.</p> <p>Un organigramme de l'organisation qualité /gestion des risques a été établi. Il fait apparaître une structuration reposant sur</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-un Comité de Pilotage</li><li>-une Cellule qualité</li><li>-un Service Qualité</li><li>-un réseau d'Auditeurs Qualité</li><li>-un réseau de Correspondants Qualité</li><li>-différents groupes : EPP, CREX, RMM...</li></ul> <p>Les fonctions de chacune des composantes de ce système d'organisation sont écrites et précisées par des documents spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Fiche du 5/10/2015 relative au COPIL</li><li>-Règlement Intérieur du Comité EPP en date du 19 octobre 2015</li><li>-Règlement Intérieur de la Cellule Gestion des Risques</li><li>-Procédure Fonctionnement CREX</li><li>-Procédure d'organisation des réunions mortalité-morbidité (RMM).</li></ul> <p>Les professionnels du Service qualité bénéficient de fiches de postes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-emploi-missions-activités de l'ingénieur Qualité et Gestion des Risques</li><li>-emploi-missions-activités de technicien qualité</li><li>-emploi-missions-activités de rédacteur au service qualité – Gestion des risques</li></ul> <p>Les missions des Correspondants qualités (relais sur le terrain des pôles, services et unités, de la politique institutionnelle) sont aussi l'objet d'une fiche de poste élaborée en mars 2012.</p> <p>La coordination des dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques est assurée selon un dispositif formalisé depuis octobre 2010 et affiché dans les services. Il est complété par une procédure du 1er décembre 2015 relative à l'organisation de la veille à la fondation. Tous les vigilants sont en place et couvrent la totalité des domaines attendus.</p> <p>La démarche d'évaluation des risques a priori est décrite dans un document à dimension à la fois statistique et méthodologique dénommé PPR (Programme de Prévention des Risques). Elle apparaît appropriée, opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement.</p> <p>L'établissement dispose d'un document unique d'évaluation des risques professionnels, des documents spécifiques en vue de la gestion de crise, ainsi que de multiples procédures ou supports spécialisés :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-procédure des procédures</li><li>-codification et gestion documentaire</li><li>-fiche de demande de modification d'un document qualité</li><li>-fiche de lecture d'un document qualité</li></ul>

- actualisation annuelle PAQSS et compte qualité.
- diffusion et continuité de l'information sur le logiciel de gestion documentaire (intranet)
- modalités de publication des documents sur l'intranet
- modalités de consultation de la gestion documentaire et veille réglementaire sur l'intranet

Les représentants des usagers, relativement nombreux et très impliqués, participent à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité / sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRU, mais aussi des Conseils d'Administration et de Surveillance, du COPIL et de groupes de travail spécialisés.

En résumé, au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines (les plans de formation font apparaître les programmes permettant à chacun d'acquérir ou de développer les compétences nécessaires à son action) et documentaires (mise en place d'un outil de gestion électronique documentaire de type intranet et pour préserver une continuité en cas de panne informatique système de classeurs dans les unités) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

Il s'organise pour assurer la gestion des interfaces et des circuits afin de faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La déclinaison opérationnelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est de la responsabilité du Cadre Supérieur de Santé (CSS) affecté au sein de chaque pôle. Elle est inscrite aux ordres du jour des Conseils de Pôles. Un suivi semestriel est réalisé.

Le travail des CSS est relayé par celui des cadres de santé. Il est également favorisé par les multiples réunions organisées au sein de la Fondation (réunions de fonctionnement dans les unités toutes les six semaines, mobilisation de la CME, accueil des nouveaux arrivants chaque mois sur les thématiques Qualité et Gestion des Risques), par la venue régulière de membres du Service Qualité et des Auditeurs dans les unités, par le réseau-relais des correspondants régulièrement réunis au niveau central et chargés de déployer les orientations et actions choisies.

Une publication mensuelle Quali-Risk, diffusée et commentée dans les unités, contribue aussi à mobiliser les équipes.

Un projet de mise en place d'un réseau de Référents-Qualité qui serait placé sous la responsabilité des CSS et Médecins- Chefs de Pôle. Ces référents seraient membres de droit du Comité EPP de Pôle, du Conseil de Pôle et du COPIL et ayant un accès au compte qualité. Ils seraient dans une dimension hiérarchique (à la différence des correspondants qui ont un rôle fonctionnel) co-garants et co-gérants de la politique institutionnelle.

La cohérence et la synergie de ces vecteurs permettent aux responsables de sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus, de s'assurer de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, d'informer les professionnels de leurs résultats et d'identifier et mettre en place des actions correctives en cas de besoin.

La mobilisation de l'établissement dans l'élaboration du compte qualité a été assurée par la réalisation en 2014 d'une auto-évaluation générale et par les actions qui s'en sont suivies sous l'impulsion du COPIL.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'analyse des plans de formation réalisés révèle la volonté de l'établissement d'accorder aux professionnels les ressources en compétences nécessaires à leur action (formation aux CREX, formation Qualité, Sécurité et Gestion des Risques ...). Le dispositif est administrativement structuré (convocations, feuilles d'émargement, processus d'évaluation). Des didacticiels sont préparés et remis aux participants (Méthodes et outils de la Qualité et de la Gestion des risques, Formation à la Gestion des risques et vigilances réglementaire, etc.). Dans ce domaine, on note le travail ciblé réalisé en direction des nouveaux arrivants et des auditeurs de processus.

D'une façon générale l'institution prévoit les temps de travail nécessaires au développement des démarches et les équipements indispensables (ordinateurs nombreux).

Le système de gestion documentaire est accessible, actualisé et performant. Il comprend un intranet que les professionnels savent utiliser ainsi qu'un système de classeurs, bien tenus à jour, et objets d'une récente démarche de simplification. L'établissement a réalisé plusieurs audits sur la tenue de ces classeurs.

### 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. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

Concernant la gestion des événements indésirables, l'établissement a mis en place en 2013, dans l'attente de l'acquisition d'un logiciel ad-hoc dont le CCTP est rédigé, un système de signalement sur support papier. Il est bien utilisé (plus de 500 signalements par an) et témoigne, au travers des événements signalés, de l'appropriation par les professionnels d'une véritable « culture » du risque. Les

déclarants sont informés des suites données à leur signalement. Le processus est approprié et opérationnel permettant une analyse des causes notamment profondes, selon une méthodologie adaptée et associant les acteurs concernés.

Le déploiement des démarches EPP s'effectue avec une ligne politique favorisant la transversalité et la pluridisciplinarité afin de permettre l'engagement effectif des professionnels. Une dizaine de programmes (inter-pôles ou ciblés infanto-juvénile) sont en cours à la date de la visite. Il faut y rajouter deux programmes spécifiques au Pôle Trégor Goélo.

Le choix des thématiques est en adéquation avec les priorités institutionnelles résultant du suivi de certains indicateurs ou conclusions d'audit. Des RMM et RCP sont réalisées.

L'exploitation des plaintes et réclamations avec implication des professionnels et des représentants des usagers est assurée. Le Secrétariat Général assure un rôle central dans le dispositif. On note une quinzaine de plaintes chaque année objets d'une présentation et analyse détaillée au sein de la commission des usagers (CDU).

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le système de management de qualité/gestion des risques, en tant que processus spécifique, est régulièrement évalué en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés. On peut citer :

- le nombre et la qualité des fiches de signalement des événements indésirables (FSEI)
- le nombre de CREX, de RMM ou de programmes EPP mis en place
- le nombre d'interventions de l'équipe qualité et gestion des risques
- les évaluations réalisées au terme des formations qualité et gestion des risques
- les bilans de revue de processus
- les enquêtes « connaissance des procédures » et application des procédures
- une enquête téléphonique d'évaluation du fonctionnement des FSEI et de la satisfaction des professionnels à ce sujet
- des évaluations sur le soutien du service qualité dans la mise en œuvre de certaines actions (lutte contre la douleur)

Il est à noter l'existence d'une programmation et d'un suivi des audits.

L'évaluation de la satisfaction des usagers en lien avec la CDU s'opère au travers de différents outils : questionnaires de sortie (dont les taux de retour sont particulièrement satisfaisants) et d'autres outils (enquête à distance « hospitalisés », enquête repas, CMP, hôpitaux de jour, enfant...).

Les résultats des différentes évaluations sont exploités et donnent lieu à la définition d'actions d'amélioration.

## A / AGIR

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

Les programmes et de la politique qualité / gestion des risques peuvent être réajustés en fonction des évaluations menées et résultats obtenus. On peut citer à titre d'exemple :

- la mise en place d'un accueil mensuel des nouveaux arrivants sur ces thématiques
- la simplification de la gestion documentaire (en particulier quant au déploiement des classeurs papiers)
- la diffusion large du programme de prévention des risques

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Différents outils sont utilisés à cet effet :

- Lettre Quali-Risk
- Affichage public des indicateurs de santé
- Site Internet
- Intranet
- Canaux des réunions institutionnelles
- Interventions programmées du service qualité dans les unités.

Le programme et la politique sont révisés au regard de l'évaluation de l'efficacité des actions.

**c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**

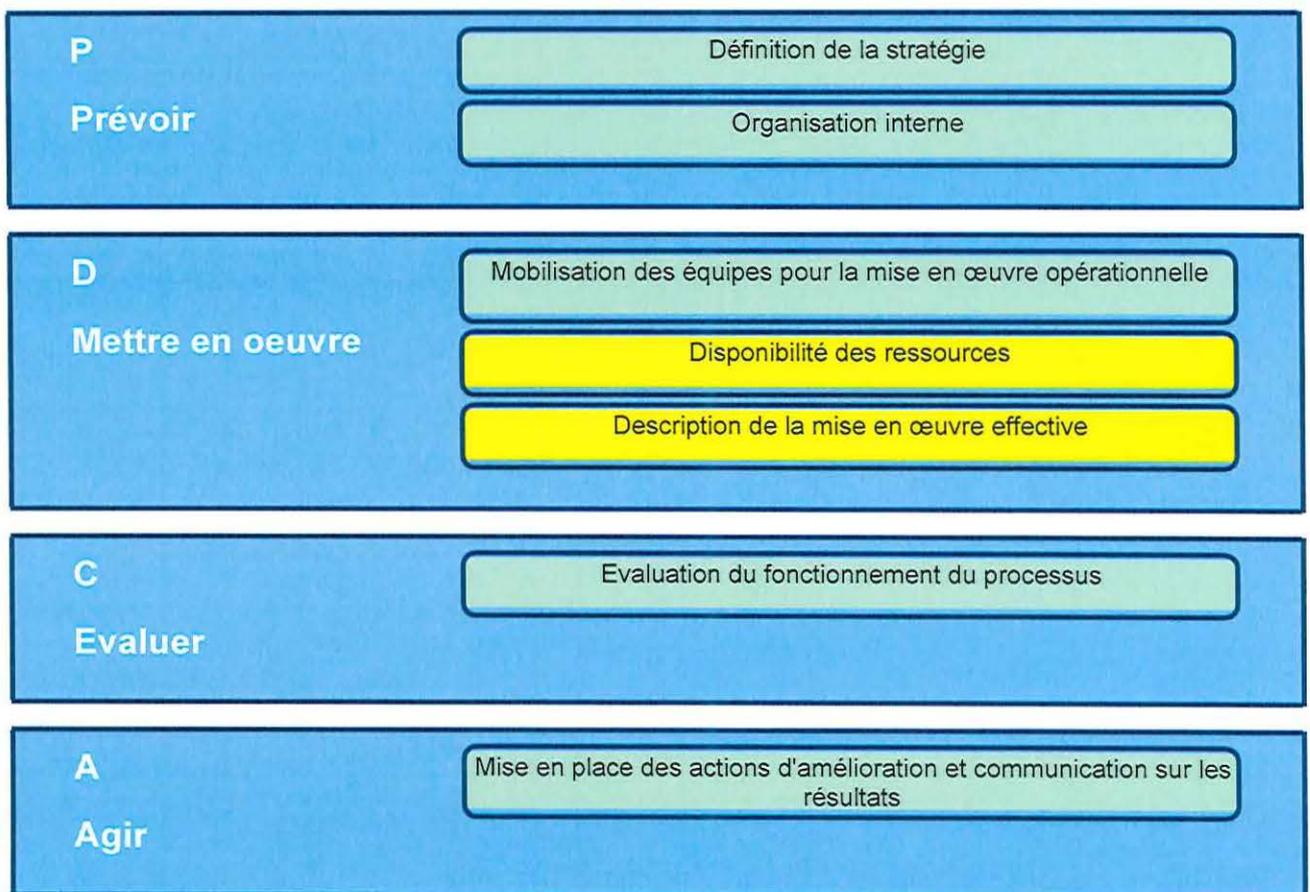
# DROITS DES PATIENTS

## 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

La politique stratégique institutionnelle « Droit et place des patients/usagers » inscrite au projet d'établissement 2012-2016, validée par les instances compétentes a été l'objet d'un avenant institutionnel 2015, établi en liaison avec la commission des usagers (CDU) et lui-même validé. Il préfigure les orientations stratégiques à inscrire dans ce domaine au futur projet d'établissement 2017 et années suivantes.

Cet avenant, à partir d'un état des lieux de l'existant, précise les concepts de droits et de bientraitance, la réglementation applicable, les contenus attendus, les modalités de conduite du projet. Il comporte un « plan d'action » actualisé.

Contexte, missions et analyse des risques propres à l'établissement sont pris en compte.

L'analyse des risques a été actualisée lors de la préparation du compte qualité. Elle est présentée selon un modèle de type PDCA. Six risques ont été identifiés par l'établissement dont ceux du non-respect de certaines conditions relatives à l'isolement thérapeutique et à la contention, la non-harmonisation des mesures de restriction de libertés, la non-information du patient quant à son traitement...).

Le Plan d'action comporte douze actions dont couvrant les différents domaines relatifs au thème (bientraitance, dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles, etc.).

#### ORGANISATION INTERNE

La carte d'identité du processus fait apparaître que celui-ci est piloté par la Secrétaire Générale- Présidente de La Commission des Usagers auquel sont associés en qualité de co-pilotes une représentante des Usagers et le Médecin Médiateur.

Une fiche de mission du pilote et des deux co-pilotes a été établie.

Une Commission des Usagers (CDU) est en place . Elle est dotée d'un règlement intérieur en date d'avril 2016 (actualisation suite à la publication de la Loi du 26 janvier 2016).

Il en fait mention dans le Livret d'Accueil. La Maison des Associations aménagée dans l'enceinte de l'établissement y est également mentionnée. Les missions et la composition de la Commission des Usagers sont également l'objet d'une affichette apposée dans les unités.

La Charte relative aux Droits des Patients est largement diffusée et insérée dans le Livret d'Accueil patient.

Sont également affichées et diffusées en direction des usagers :

-la Charte de l'Usager en Santé Mentale

-la Charte de l'Enfant accompagné en soins dans les Unités de Pédopsychiatrie (document interne rédigé par le Chef du Pôle spécialisé)

Par ailleurs, différents éléments relatifs aux droits des patients sont organisés de façon formelle par l'établissement de santé :

- Procédure d'accueil des familles (Hébergement et restauration) et procédure d'accompagnement de la famille en cas de décès qui visent à la mise en place d'un accueil personnalisé et au soutien de l'entourage des patients chaque fois que nécessaire

-Procédure de gestion des plaintes et réclamations

-Procédure d'annonce d'un dommage associé au soin établie à partir du dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés

-Procédure de non-divulgaration de la présence et de l'état de santé du patient.

Le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, du refus de soin sont organisés tout comme la problématique de la sortie contre avis médical.

Il existe un dispositif structuré d'hospitalisation sans consentement (procédures, information et recherche d'adhésion des patients, formation des professionnels, etc.) construit au travers de 3 procédures de 2014.

Une organisation est en place pour permettre de satisfaire aux choix alimentaires.

La politique de promotion de la bientraitance est l'objet d'une attention particulière avec la diffusion d'une Charte de la bientraitance portant engagement des professionnels et une procédure de conduite à tenir en cas de suspicion ou de révélation de maltraitance. Le rôle de la psychologue du personnel bénéficie indirectement à la démarche institutionnelle.

Au regard de ses missions, de ses orientations 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. Il favorise ainsi le fonctionnement d'un Comité d'éthique qui a abordé notamment la question du refus de soin d'hygiène et se propose de questionner celle du vouvoiement-tutoiement eu égard à des particularismes culturels locaux.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Différents vecteurs de communication sont en place pour favoriser la circulation de l'information nécessaire (Intranet, réunions, formations...).

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La multiplicité des occasions de rencontres de travail et de réunions entre les professionnels et les responsables favorise la mise en place d'objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs en déclinaison de la démarche institutionnelle. Des règlements intérieurs d'unité favorisent ce travail. A la date de la visite, celui de l'unité Saint-Luc (Pôle Trégor) avait été soumis à la CDU et validé par la CME. Les autres sont rédigés.

La sensibilisation des professionnels sur le respect des bonnes pratiques dans le domaine du droit des patients est effectif.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues au travers d'un certain nombre d'audits réalisés par des professionnels formés dans le cadre de programmes pluriannuels (droits des patients, prise en charge de la douleur, pertinence de la mise en chambre d'isolement)

Les équipes sont informées de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

D'une façon générale, les ressources en compétences et matériel sont disponibles dans les secteurs afin de favoriser la mise en œuvre du processus.

Les professionnels bénéficient d'une documentation accessible et actualisée relative à ce thème sur l'intranet.

Des formations aux droits des patients (bienveillance, dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles, etc...) sont organisées à l'attention des professionnels :

-Relation d'aide

-Consolidation des savoirs en psychiatrie et prévention de la violence

-Développer la notion de "bienveillance auprès des professionnels"

Une attention est portée à l'information des nouveaux arrivants tant dans le programme de la journée d'accueil qui est organisée à leur attention que dans le contenu du Livret d'Accueil qui leur est remis.

L'établissement affecte des ressources pour promouvoir une politique socio-thérapeutique et culturelle favorables aux droits à l'expression et à un statut de pleine citoyenneté pour les malades.

Les locaux et l'organisation permettent généralement le respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité des informations relatives au patient. Cependant, certains locaux ne sont pas toujours de nature à garantir ce respect. Dans l'attente de la mise en œuvre du futur Plan Directeur, il subsiste de nombreuses chambres à deux lits qui ne sont pas toujours de nature à garantir le respect de la dignité, de l'intimité des patients lors des soins d'hygiène ni celui de la confidentialité des informations. A l'unité Sainte Camille en particulier, il n'y a pas de cabinet de toilette individuel avec douche mais un simple lavabo dans les chambres. Les locaux de cette unité sont défraîchis et de multiples marches et niveaux pénalisent les personnes à mobilité physique réduite.

### 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. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

Malgré les contraintes architecturales, le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène, et dans les conditions d'hébergement sont recherchés. Il en est de même pour la confidentialité des informations des patients.

On peut souligner que la participation du patient et, dans les cas où elle est nécessaire, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est recherchée. Lors des audits « parcours patient » et de l'analyse des dossiers « patients-traceurs » il a pu être constaté, qu'en dépit de l'absence d'une zone spécifique « projet de soin personnalisé » dans la partie informatisée du dossier patient, une attention était portée à cette question d'une part au travers de la traçabilité du suivi de la prise en charge, d'autre part de l'élaboration de contrats de soins. D'une façon générale on observe une structuration adéquate entre les différentes étapes de la prise en charge (entretiens médicaux initial et de sortie, bilans d'hospitalisation infirmier...).

Les projets de prise en charge, l'organisation et les pratiques permettent le respect des libertés individuelles. La CDSP assure des visites selon une périodicité régulière (14 mars 2014, 21 novembre 2014, 27 janvier 2016). Une attention est portée aux prescriptions éventuelles de contentions. Un effort, en partie de façon récente, a été réalisé pour la mise en parfaite conformité des 6 chambres d'isolement (système d'appel, horloges, sécurisation des équipements...). Il est à noter l'attention et la réflexion apportées aux modalités du respect de la liberté d'aller et venir dans des structures spécialisées dans la prise en charge de patients chroniques, déficitaires ou très vieillissants.

Toutefois, les bonnes pratiques ne sont pas toujours parfaitement respectées lors de certaines mises en chambre d'isolement.

Les bonnes pratiques ne sont pas toujours parfaitement respectées lors de certaines mises en chambre d'

isolement. Lors de leurs investigations dans le cadre du dispositif patient traceur, il a pu être constaté que lors d'une hospitalisation à l'unité Sainte Camille, une mise en isolement prescrite dans la partie informatisée du dossier, était suivie pour son renouvellement sur un autre support (document papier) ce qui ne constitue pas une pratique parfaitement rigoureuse et conforme.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation et de suivi du respect des droits des patients repose sur de multiples outils. Le suivi des plaintes et réclamations est assuré avec rigueur et des outils adaptés sont gérés par le secrétariat général. Une présentation détaillée est assurée chaque trimestre lors des réunions de la CDU. Des indicateurs sont suivis : les indicateurs de satisfaction sont publiés. L'évaluation périodique du respect des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage sont assurées par la CDU au travers des questionnaires de sortie retournés à près de 50 % ce qui constitue un score supérieur à celui observé habituellement dans de nombreux établissements analogues. On peut y lire de nombreux commentaires libres élogieux. L'établissement organise par ailleurs de nombreuses autres enquêtes de satisfaction selon un programme prévisionnel structuré (enquête à distance « hospitalisés », enquête repas, CMP, hôpitaux de jour, enfant...).

## A / AGIR

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

Des actions d'amélioration du dispositif « respect et promotion du droit des patients » au regard des résultats obtenus sont mises en place. On peut citer de nombreux exemples de réalisation :

- pose de masques ou de films sur les oculi des chambres
- modification d'horaires (ouverture cafétéria, petit déjeuner, dîner)
- accès aux salles de pratiques d'activités culturelles et d'expression
- accès à internet

Ces actions générales d'amélioration sont confortées par celles mises en œuvre au sein de telle ou telle unité (réflexions propres à l'Unité Saint Bernard par exemple sur les horaires et les activités). Les actions mises en œuvre sont articulées et intégrées dans le programme institutionnel. Des processus d'information et communication sont réalisés en direction de la CDU mais plus largement par des éditions de journaux internes et le site internet de l'établissement.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Source PT/AP	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	Les locaux ne sont pas toujours de nature à garantir la confidentialité des informations. Les locaux du site Sainte Camille ne permettent pas toujours le respect de la confidentialité en raison d'un grand nombre de chambres doubles.	AP	10c
	NC	Les locaux ne sont pas toujours de nature à garantir le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Lors de leurs investigations, les experts visiteurs ont pu constater, que dans l'attente de la mise en œuvre du futur Plan Directeur, il subsistait beaucoup de chambre à deux lits qui ne sont pas toujours de nature à garantir le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins d'hygiène. A l'unité Sainte Camille en particulier, il n'y a pas de cabinet de toilette individuel avec douche mais un simple lavabo dans les chambres. Les locaux de cette unité sont défraîchis. De plus, de multiples marches et niveaux sont présents, pénalisants pour les personnes à mobilité physique réduite.	AP	10b
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les bonnes pratiques ne sont pas toujours parfaitement respectées lors de certaines mises en chambre d'isolement.  Lors de leurs investigations dans le cadre du dispositif patient traceur, les experts visiteurs ont pu constater que lors d'une hospitalisation à l'unité Sainte Camille, une mise en isolement prescrite dans la partie informatisée du dossier, était suivie pour son renouvellement sur un autre support (document papier) ce qui ne constitue pas une pratique parfaitement rigoureuse et conforme.	AP	10e