

Projet des Usagers 2018-2022

Psychiatrie et Santé Mentale 93 Ville-Évrard

Ville-Evrard
Psychiatrie publique 93

ÉTABLISSEMENT
PUBLIC
DE SANTÉ



Table des matières

Edito.....	3
LE PROJET DES USAGERS 2018 - 2022	5
SCHEMA SYNOPTIQUE	6
AXES ET OBJECTIFS SYNTHETIQUES	7
AXE 1 - Renforcer la place de l'utilisateur au cœur du parcours de soins.....	7
Objectif 1 : Renforcer l'accueil, l'information et l'accompagnement des usagers et des familles dans le parcours de soins.....	7
Objectif 2 : Favoriser l'exercice des droits des usagers.....	11
Objectif 3 : Promouvoir les droits des patients auprès des professionnels.....	13
Objectif 4 : Développer des partenariats pour favoriser les parcours de soins sans rupture de prise en charge.....	15
AXE 2 : Développer le management par la qualité et la gestion des risques par pôle et par processus	18
Objectif 1 : Mettre en œuvre la gouvernance intégrée « qualité / risques / évaluation	18
Objectif 2 : former, communiquer, veille, outils & méthodes	21
Objectif 3 : Maintenir une dynamique de développement de la culture de la qualité et de la sécurité pour offrir un parcours de prise en charge optimale aux usagers.....	24
Objectif 4 : Inscrire l'évaluation dans la démarche d'amélioration continue de l'établissement	27
CONCLUSION	32
Fiches ACTIONS	33
Fiche 1.1 : Renforcer le droit des patients – développement des outils d'information papier.....	33
Fiche 1.2 : Renforcer le droit des patients – développement des outils d'information numérique	34
Fiche 1.3 : Créer un lieu d'échange, d'écoute, d'expression et d'information des usagers à travers la création d'une maison des usagers.....	35
Fiche 1.4 : Renforcer la place de la CDU et des représentants des usagers	36
Fiche 1.5 : Respect des libertés individuelles et de gestion des mesures de restrictions de liberté.....	37
Fiche 1.6 : Promouvoir les droits des patients à la lumière des recommandations des autorités extérieures.....	38
Fiche 1.7 : Développer les partenariats.....	39
Fiche 2.1 : Mettre en œuvre la gouvernance intégrée "Qualité / Risque / Evaluation"	40
Fiche 2.2 : Poursuivre et renforcer le système de gestion des risques au niveau managérial et au niveau opérationnel.....	41
Fiche 2.3 : Poursuivre et renforcer le système de gestion documentaire	42
Fiche 2.4 : Inscrire l'évaluation dans la démarche d'amélioration de la sécurité des soins	43

Edito

Le projet d'établissement 2018-2022 de Ville Evrard propose, à côté du projet médical et du projet de soin piliers essentiels et incontournables de la prise en charge des patients, un volet novateur « Projet des Usagers » mettant au cœur de ses engagements et de ses préoccupations pour les cinq années à venir, la prise en charge du bien-être et du bien-vivre des patients au sein de l'établissement et de ses structures. Il s'agit d'un axe majeur de la politique de l'Etablissement Public de Santé mentale (EPS) de Ville Evrard.

La Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) et la Loi de Modernisation du système de santé renforcent le positionnement de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et de la Commission Des Usagers (CDU) en termes de la qualité de prise en charge des usagers, de la sécurité des soins et des conditions d'accueil. Il existe donc une forte volonté d'implication de la communauté médicale dans la qualité de prise en charge des usagers afin de développer celle-ci comme un outil d'amélioration des pratiques et non comme une charge de travail supplémentaire imposée aux acteurs.

C'est cette même volonté qui anime l'EPS de Ville Evrard : Intégrer un volet usagers au projet d'établissement en faisant de cette démarche un appui, un outil méthodologique à la réalisation du projet médical et également, plus globalement, des autres volets du projet d'établissement.

La volonté affirmée de l'institution de prendre en compte, par un projet clairement identifié, « *l'environnement du soin* » c'est-à-dire, ce qui ne relève ni du domaine médical, ni du domaine paramédical, donne toute son importance à l'accompagnement éthique, humaniste, social et matériel du soin hospitalier afin de garantir pleinement la qualité de la prise en charge des patients.

Tout patient pris en charge est transporté de son univers habituel vers un lieu à la fois de soins (univers technique) et de vie, où il effectuera un passage plus ou moins long. Le parcours de chaque patient se présentera donc autant comme un parcours de soins qu'un parcours de vie où il apportera avec lui non seulement sa pathologie mais aussi tout ce qu'il est, en tant qu'individu : sa psychologie, ses croyances, ses craintes, son mode de vie, son expérience de la maladie et son environnement familial...Reconnaitre cette globalité, c'est prendre en compte le besoin pour le patient d'être accueilli tel qu'il est, écouté, encouragé et soutenu ainsi que le besoin quasi vital qui est le sien, de s'appuyer sur des personnes avec lesquelles il pourra nouer cette relation si particulière de patient à médecin, de soigné à soignant, où il puisera son désir et sa volonté de vivre et donc de se battre contre la maladie.

Le projet des usagers 2018-2022 fixant les orientations stratégiques de l'établissement en termes de la politique d'accueil, de la qualité, de la sécurité de la prise en charge, ainsi que du respect des droits des usagers et à partir des valeurs, des principes, des définitions posées et concertées dans le Projet Médical Psychiatrie Santé Mentale (PMPsySM 93) qui ont guidé nos réflexions.

Il a pour ambition de décliner les grandes orientations du projet médical du projet d'établissement 2018-2022.

Les orientations choisies sont en adéquation aussi avec la réglementation, les objectifs nationaux de santé publique, les attendus de la Haute Autorité de Santé (HAS) en termes de qualité et de sécurité des soins, ainsi que la prise en compte continue de toutes les évolutions techniques, réglementaires, organisationnelles et notre nécessaire adaptation à celles-ci.

Pour Ville Evrard, plusieurs grands défis seront à relever. Ils s'inscrivent dans la continuité des actions du précédent projet d'établissement 2013-2017, dans son projet sur l'Organisation et l'Evaluation du Parcours de Prise en Charge (OEPPC).

L'efficacité du projet des usagers et ses programmes sont fortement liées à l'importance de :

- l'engagement de la Direction Générale et de la CME. Conscients des enjeux stratégiques, ils demandent le développement d'une politique exigeante. Leur engagement se traduit notamment par leur participation régulière et fréquente à la CDU et au Comité de Pilotage Qualité/Gestion des risques liés aux soins (COFIL Qualité et Risques) ;
- L'engagement des directions opérationnelles et fonctionnelles : Dans leurs divers secteurs de responsabilité, les directeurs sont également fortement impliqués dans la recherche de la satisfaction des patients directement ou indirectement. Ils s'efforcent de concrétiser au mieux les projets d'amélioration des performances, tant sur le plan de l'organisation des processus que de la nature des prestations fournies par l'établissement et de la qualité relationnelle ;
- L'engagement des services de soins : La grande majorité des professionnels sont convaincus de l'importance de la qualité des services, de l'organisation et du fonctionnement collectif pour contribuer à une satisfaction optimale des patients. De nombreux professionnels s'investissent dans divers « Groupes d'Amélioration des Performances » afin de participer de manière plus active à l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement d'ensemble.

LE PROJET DES USAGERS 2018 - 2022

Ce projet est une continuité du projet Organisation et Evaluation du Parcours de Prise en Charge (OEPPC) du projet d'établissement 2013-2017.

Il s'articule avec le projet médical et le projet de soins.

Il est porté par la CDU, dont les missions sont de « *formaliser un projet des usagers qui exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité/de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers* ».

Ce projet est décliné en deux axes qui font la synthèse et le tour des exigences et évolutions auxquelles sera confronté l'établissement au cours des prochaines années 2018 – 2022 :

- **Axe n°1 : Renforcer la place de l'utilisateur au cœur du parcours de soins.**

Cet axe exprime les attentes des usagers et de leur implication dans la vie de l'institution dans les différents domaines qui les concernent. Il est porté par la CDU, en lien avec la CME.

- **Axe n°2 : Développer le management par la qualité et la gestion des risques par pôle et par processus**

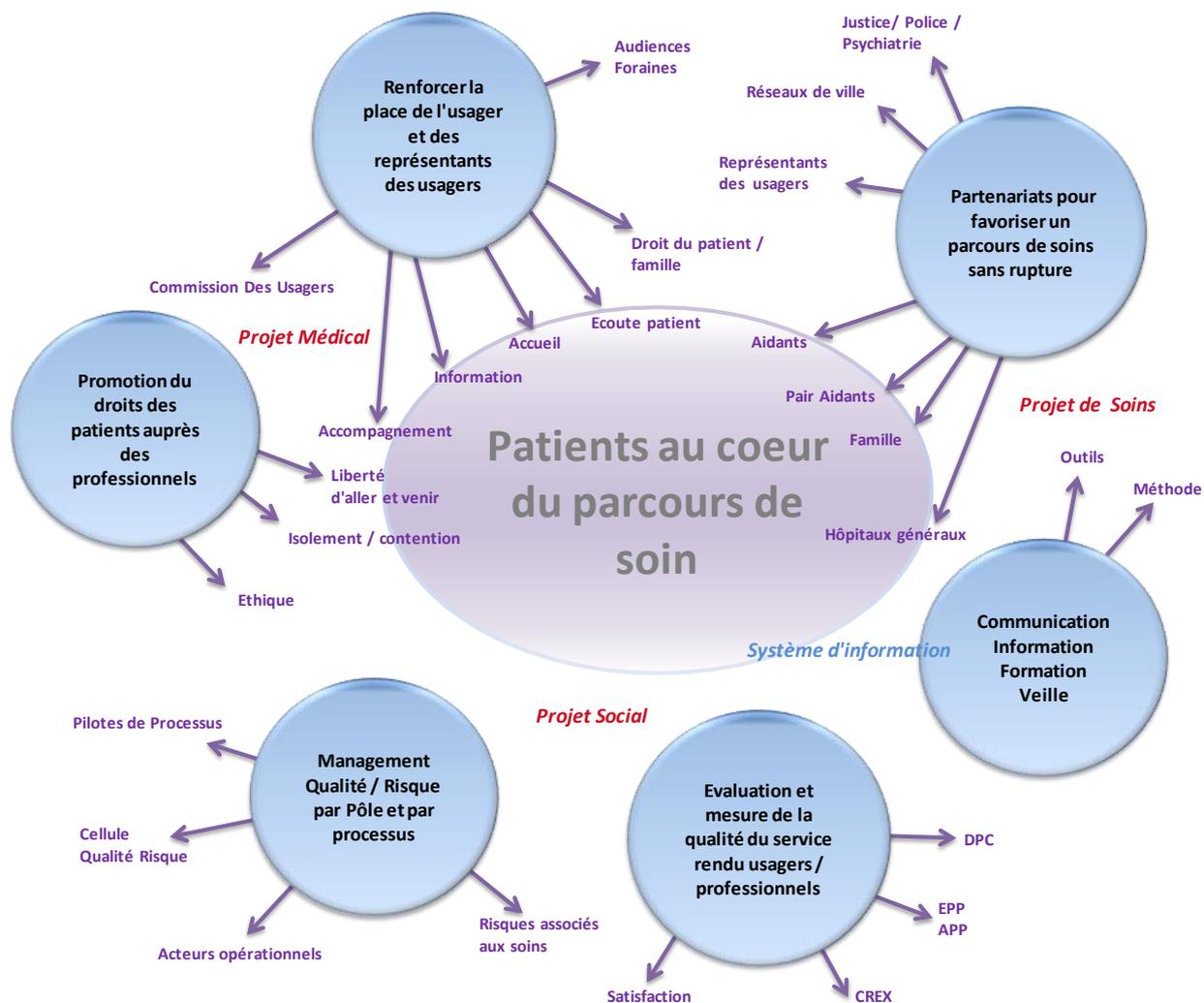
Cet axe définit l'amélioration du dispositif global de management de la qualité et de la sécurité des soins. Il est porté par la CME et la Direction de la Qualité et Gestion des Risques, des Affaires Juridiques et des Usagers (DQRJU) avec la contribution de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) et la CDU.

Ces deux thématiques, ou axes, répondent à une volonté unique : Placer l'utilisateur au cœur de nos pratiques et donner aux professionnels les moyens d'assurer une prise en charge des usagers en instaurant la qualité et la gestion des risques comme socle de valeurs.

Il s'agit non seulement de permettre aux usagers de faire valoir leurs droits, mais également de soutenir les professionnels dans des démarches parfois complexes et leur permettre ainsi de se consacrer au cœur de leur métier: le soin.

SCHEMA SYNOPTIQUE

Le projet des usagers 2018-2022 vise à maintenir le positionnement de l'utilisateur au cœur des projets et secteurs de l'Établissement dans le cadre d'une dynamique d'amélioration continue.



AXES ET OBJECTIFS SYNTHETIQUES

AXE 1 - Renforcer la place de l'usager au cœur du parcours de soins

Mots clés : Droits du patient, Soins sans consentement, Information du patient, Satisfaction du patient, Patient-traceur, Plaintes et réclamations/Contentieux patients, Communication avec les Partenaires Extérieures, Audiences foraines, Restriction de liberté, Commission des usagers (CDU), Union Nationale des Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées (UNAFa)

Depuis la loi du 4 mars 2002, la volonté du législateur n'a pas été simplement de renforcer les droits des patients mais de modifier profondément les mentalités en faisant du patient un acteur à part entière de sa prise en charge et des décisions qui le concerne.

Il a fallu pour cela passer d'une conception passive à une véritable expression de la volonté du patient.

Cette notion encadre également les dispositions prévues dans loi du 5 juillet 2011, modifiée, relative aux soins sans consentement. En effet, le consentement du patient et le recueil de ses observations doivent être sans cesse recherchés dans le cadre des soins sous contrainte.

L'établissement de Ville-Evrard a placé le patient au cœur de sa démarche d'accueil et de soins depuis plusieurs années déjà en renforçant l'expression des droits des usagers, mais aussi en sensibilisant ses professionnels.

Cette participation des usagers est consolidée par la mise en œuvre des patients traceurs au sein de l'établissement qui a pour objectif d'évaluer, au travers de l'expérience de soins d'un patient et/ou de son entourage, les modalités de sa prise en charge ainsi que les organisations qui s'y rattachent.

Ainsi, pour renforcer l'implication du « **patient co-acteur** » de sa prise en charge, quatre objectifs ont été déterminés dans le cadre du projet des usagers 2018-2022 :

- Renforcer l'accueil, l'information et l'accompagnement des usagers et des familles dans le parcours de soins ;
- Favoriser l'exercice des droits des usagers ;
- Promouvoir les droits des patients auprès des professionnels ;
- Développer des partenariats pour favoriser les parcours de soins sans rupture de prise en charge.

Objectif 1 : Renforcer l'accueil, l'information et l'accompagnement des usagers et des familles dans le parcours de soins

L'hôpital accueille et prend en charge les patients, et accompagne parfois les familles dans leur rôle/fonction d'accompagnant.

A travers l'accueil, les missions de notre établissement consistent à recevoir les personnes et à les guider tout au long de leur prise en charge. Elles s'évaluent via :

- La qualité d'accueil ;
- La définition d'une organisation ;
- Le respect d'un cadre juridique.

La qualité de l'accueil et de l'orientation des usagers sont essentielles car il s'agit du premier contact avec l'hôpital. Ils supposent :

- La mise à disposition d'outils d'information ;
- Une organisation adaptée et connue ;
- L'information et la formation des professionnels ;

- Des partenariats et une collaboration active avec les associations d'usagers.

1. Développement d'outils d'information et amélioration de la qualité de l'écoute des usagers

(Source [En lien avec Axe 5 du PMP](#))

Le niveau d'information est différent selon s'il s'agit du patient ou de la famille, et du moment où le besoin se présente.

L'EPS de Ville-Evrard, soucieux de la qualité de l'accueil et garant de l'information sur les droits des usagers, formalise et met à la disposition des professionnels et des usagers des outils d'information tels que les procédures, affiches, autres documents d'informations (cf. optimiser l'information sur les droits). Certains documents doivent être réactualisés, d'autres à créer au regard de l'évolution de la législation.

1.1 Développement des outils existants, version papier

- o Le livret d'accueil et l'évaluation de la satisfaction :

Différents outils sont à la disposition des usagers en matière d'information et de recueil de la satisfaction :

- le livret d'accueil dans lequel sont définies les modalités d'accueil des patients/usagers ;
- Le questionnaire de satisfaction.

Les modalités de remise de ces outils ont été définies dans le cadre d'une procédure. Toutefois, leur distribution auprès des patients et familles reste insuffisante. Une réflexion est à prévoir sur ces outils et leur destination, en associant les services de soins.

Par ailleurs, une déclinaison du livret d'accueil pourra être envisagée (en plusieurs langues, ambulatoire, spécifique à la pédopsychiatrie, création d'une affiche spécifique reprenant les principaux points du livret d'accueil).

Afin d'améliorer l'écoute des usagers, l'établissement peut aussi réaliser des évaluations ciblées de la satisfaction des usagers en privilégiant certaines thématiques spécifiques (accueil, information sur les droits, organisation de la sortie...).

- o Information renforcée des patients en soins sans consentement :

Les patients pris en charge en soins sans consentement doivent bénéficier, dans un contexte de privation de libertés, d'une information renforcée et d'un accompagnement quant aux dispositions de la loi du 5 juillet 2011, modifiée. En effet, l'introduction d'un magistrat dans le cadre de cette procédure est parfois mal comprise et mal vécue par les usagers.

Actions : Des documents d'informations spécifiques viendront compléter ceux existants afin de privilégier l'accès au droit et son effectivité : Fascicules sur les soins sans consentement. Fascicule sur le rôle et les demandes des tiers et Fascicule sur les Soins à la Demande de Tiers (SDT) et les Soins à la Décision du Représentant de l'Etat (SDRE...).

- o Personne de confiance et Directives anticipées :

L'item de la personne de confiance est un indicateur qui fait souvent défaut dans le dossier du patient. Au-delà d'un travail d'information des usagers sur cette notion en psychiatrie, un travail de sensibilisation auprès des équipes de soins est indispensable pour informer et éviter les amalgames avec la personne à prévenir.

En parallèle, compte-tenu des évolutions réglementaires sur le recueil des directives anticipées, l'établissement se doit de pouvoir informer et répondre aux sollicitations des patients sur ce sujet mais, compte-tenu de la sensibilité de cette thématique, un travail de réflexion institutionnel et éthique sur le recueil des directives anticipées en psychiatrie sera également nécessaire, ces notions, bien que réglementaires, étant parfois délicates à mettre en œuvre en psychiatrie.

1.2 Développement des outils informatiques

En parallèle des documents d'informations classiques « support papier », l'établissement souhaite s'inscrire dans une démarche de dématérialisation de ces outils afin de les rendre plus accessibles.

L'exemple le plus significatif serait celui du recueil et de la **mesure de la satisfaction des patients**. Ce recueil prévu par la réglementation, et organisé par l'établissement, doit permettre de mieux connaître les patients et pouvoir répondre à leurs besoins et à leurs attentes.

Le questionnaire de satisfaction a été réactualisé afin de tenir compte des exigences de la HAS sur le recueil de la satisfaction des familles mais très peu de questionnaires sont retournés. Un effort doit être réalisé dans ce domaine afin

d'améliorer l'écoute des accompagnants, des familles de patients, qui sont des alliés dans le parcours de prise en charge des patients. La mise en ligne du questionnaire de satisfaction pourrait y contribuer. D'autres pistes pourront être explorées afin d'étudier la faisabilité d'un accès à des outils d'information et de communication avec l'amélioration du confort au quotidien par une offre de service étendue.

Compte-tenu de l'accroissement et de l'intérêt grandissant pour les nouvelles technologies, il est indispensable de revoir notre position sur ce sujet. Ex : accès Internet patient et des services associés.

Différentes pistes peuvent être envisagées :

- Accès Internet patient (espace wifi dédié) ;
- Accès aux services associés (Vidéo à la Demande (VOD), livres numériques, jeux, réseaux sociaux spécifiques, de l'information, etc.) ;
- Prise de rendez-vous sur internet (Centre Médico Psychologique (CMP) ;
- Confirmation et rappel des rendez-vous par sms ou mails.
- Dans le cadre de l'informatisation du dossier, la demande d'accès au dossier reste inchangée. L'établissement devra être en mesure de proposer un format informatique au regard du dossier patient informatisé.
- Projet « sur les bornes d'accès internet » proposé par la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) en 2014 : ce projet permet l'accès à internet pour les patients hospitalisés via la cafeteria qui est un lieu ouvert. L'élaboration d'une charte d'encadrement de cette activité est préconisée pour la sécurité des patients avec la définition des règles de bonnes pratiques. Les bornes servent de lien avec l'extérieur. Il s'agit de connaître les activités de sa commune de résidence ou d'organiser une information ciblée sur un thème.

Exemple: demi-journée d'information organisée par le comité sida...

D'autres alternatives peuvent être envisagées afin d'améliorer le bien-être et le confort au quotidien par une offre de services étendue.

1.3 Améliorer le délai des réponses aux demandes des patients : dossier patient et réclamations

L'EPS de Ville Evrard peut entreprendre un vaste plan d'action destiné à réduire les temps de réponse dans le cadre du traitement des plaintes et des réclamations, permettant aux différents services de soins de revenir dans la borne réglementaire. Cet objectif est maintenu avec une production statistique plus régulière à l'intention des pôles.

L'objectif est également de réduire les délais de transmission des copies des dossiers des patients lorsque ces derniers en font la demande. L'objectif d'atteindre les huit jours réglementaires pour les dossiers de moins de cinq ans est une priorité forte vers laquelle l'établissement s'est engagé depuis plusieurs années.

Depuis le mois d'octobre 2017, les demandes de dossiers patients sont transmises aux services par courriel, au chef de pôle et aux secrétariats concernés afin de réduire les délais d'acheminement. Une sensibilisation et un effort de chaque service seront nécessaires afin de se conformer aux exigences réglementaires.

2. Maison / espace des usagers

(Source : volonté de la CDU et en lien avec Axe 5 du PMP)

Un lieu dédié aux usagers est un espace convivial pour les patients, leurs familles, des associations partenaires, et peut inclure la mise à disposition de services dans le sens du prendre soins « prestation coiffure, soins de la personne... » quand cela est possible et du loisir- détente (cafétéria, bibliothèque, jeux et point presse).

Cette structure devra également constituer un lieu d'écoute, de soutien et d'échange, notamment afin de mieux appréhender les problèmes liés à la maladie psychique et accompagner le patient et son entourage dans les différentes étapes du parcours de soins.

Un tel espace pourra être dans un premier temps créé dans le cadre de la reconversion du site de Neuilly sur Marne. A terme, une déclinaison au sein des autres sites d'hospitalisation temps plein pourra être envisagée.

En parallèle, une version numérique de la Maison des usagers peut être envisagée.

La perception des usagers se construit sur la base de leur vécu et parfois en décalage par rapport aux préoccupations des professionnels. Elle offre la possibilité de répondre à la «problématique» de Ville Evrard au regard du nombre de structures de l'établissement.

L'idée de cet espace est de favoriser l'expression individuelle des usagers sans interférence de l'établissement et donc accessible via le site internet de l'établissement.

Cet espace pourrait prévoir notamment un blog ou un forum.

Une maison des usagers itinérante pourra également être envisagée, par exemple sous la forme d'un bus itinérant.

La cafétéria peut servir aussi de lieu d'information des usagers sur un thème spécifique sur les droits des usagers et autres.

3. Accueils spécifiques

L'EPS de Ville Evrard prend en charge des personnes présentant une vulnérabilité et nécessitant une adaptation de l'organisation, répondant à des besoins spécifiques : mineurs, personnes sous protection juridique, patients dits « hors secteurs » qui ne relèvent pas d'un secteur spécifique, détenus, patients déclarés pénalement irresponsables.

Il s'agit notamment d'organiser une prise en charge adaptée pour les publics précaires (Sans Domicile Fixe, migrants...) par le développement de partenariats formalisés avec les opérateurs du terrain.

Une réflexion doit être mise en œuvre afin d'établir un parcours de soins coordonné pour une prise en charge adaptée à la personne et à son environnement.

3.1 Les enfants et adolescents

(Source : En lien avec Axe 4 du PMP)

La prise en charge des enfants et des adolescents se caractérise par une relation triangulaire parents-enfant-soignant. Elle se doit d'être respectueuse des droits en s'appuyant sur les principes énoncés dans la convention internationale des droits de l'enfant et la circulaire du 1^{er} août 1983, circulaire du 16 mars 1988 :

- Des outils ont été créés par certaines unités de pédopsychiatrie et pourraient être déclinés sur l'ensemble des unités accueillant des mineurs y compris les services adultes.
- La charte de l'enfant hospitalisé pourra être adaptée à l'établissement.

3.2 Les détenus

Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) complètent le dispositif de soins psychiatriques pour les détenus déjà existant au sein des lieux de détentions avec les Services Médico-Psychologiques Régionaux (S.M.P.R).

Mais, en l'absence de places disponibles dans l'UHSA régionale (C.H. Paul Guiraud à Villejuif) et, la plupart du temps, devant l'urgence de la nécessité de soins, les détenus sont orientés soit vers l'EPS de Ville-Evrard, soit vers le C.H. Robert Ballanger (selon une forte proportion pour l'EPS de Ville-Evrard). L'établissement est régulièrement confronté à des difficultés de prise en charge et des absences d'informations sur l'état du patient à accueillir.

De ce fait, l'établissement met tout en œuvre pour maintenir/améliorer les relations avec les centres pénitentiaires sous forme de contact systématique avec les psychiatres des pôles concernés par ces prises en charge, pour transmission des précautions et mesures particulières qui s'imposent du fait de l'état de santé du patient/détenu.

Pour les autres versants, le projet d'ouverture d'une Unité Psychiatrique Intersectorielle Départementale (UPID) devrait apporter la solution aux difficultés d'organisation et de prise en charge des patients concernés.

L'accès aux droits et l'exercice des droits des personnes détenues doit faire l'objet d'une attention permanente, du fait des difficultés d'accès aux dispositifs de droit commun.

3.3 Les irresponsabilités pénales

En amont, la préparation de cet accueil est importante. Il engage la responsabilité de l'établissement dès lors que le juge rend sa décision.

Aujourd'hui, les conditions d'organisation ne sont pas optimales du fait de l'information transmise tardivement à l'établissement.

L'établissement met tout en œuvre de façon régulière pour renforcer le lien avec le tribunal de grande instance qui permettra un transfert dans des conditions fluides pour les équipes soignantes (temps d'adaptation des plannings) et le patient, sans omettre le temps d'organisation pour le service des transports. A cet effet, des rencontres régulières avec la justice (Juge et Parquet) sont et restent à organiser.

Le recensement des accueils et de leurs conditions apportera l'argumentation nécessaire et légitimera la démarche de l'établissement.

3.4 Les hors secteurs

La définition des règles d'admissions des patients dits « hors secteur » par les pôles de psychiatrie générale ayant été arrêtée pour l'établissement, il s'agit de maintenir une qualité d'accueil des patients concernés en prenant en compte plusieurs critères essentiels.

Il s'agit donc de prioriser l'intérêt du patient pour définir son orientation, en garantissant l'accès et la continuité des soins au plus près de son lieu de vie ou habitudes de vie (suivant les cas, de son souhait).

Par ailleurs, il est important de garantir une équité par rapport au nombre de patients reçus à ce titre pour chaque pôle.

Il s'agit d'une des missions de réflexion et de concertation du groupe de travail « hors secteur » dans la continuité des principes déjà inscrits dans le précédent projet.

Objectif 2 : Favoriser l'exercice des droits des usagers

La question des droits se pose pour l'ensemble des personnes souffrant de troubles psychiatriques, quelle que soit leur mode de soin (consenti ou pas) et d'accompagnement.

Les dispositifs mis en place par l'établissement, qu'ils soient réglementaires ou non, sont les garants de l'effectivité des droits des patients.

1. Audiences foraines

Les droits des patients doivent être une priorité, chaque patient relevant de soins sans consentement doit pouvoir être auditionné par le juge sur l'ensemble du territoire, dans un lieu apaisant, proche de son lieu de soins, compatible avec son état de santé et dans une préservation de son intimité.

L'article L. 3211-12-2.1 du Code de la Santé Publique prévoit la mise à disposition d'une salle d'audience attribuée au Ministère de la Justice dans le cadre de l'instauration d'audiences foraines.

L'établissement a mis en place ce dispositif qui comprend également une salle d'entretiens patients/avocats et une salle d'attente.

Le principe a pris effet, après une période transitoire, le 3 octobre 2016.

En ce qui concerne les patients admis sans consentement sur le site de Neuilly sur Marne, l'objectif est atteint puisqu'il s'agissait d'éviter tant le transport que le temps d'attente.

Le développement de ce principe est souhaité avec la création d'une salle non spécifique au Tribunal sur les sites d'AUBERVILLIERS, SAINT -DENIS et BONDY, la configuration actuelle de ses sites ne permettant pas l'octroi d'un espace exclusivement dédié.

Dans ce cadre également, un soin tout particulier doit être apporté à l'information, la préparation et l'accompagnement des patients relevant de la loi du 5 juillet 2011 modifiée. En effet, il est nécessaire de préparer les patients aux contacts avec le monde judiciaire et de les informer de leurs droits afin d'éviter qu'ils vivent ces étapes de la prise en charge comme une déstabilisation supplémentaire.

2. L'information délivrée au patient

Les professionnels de l'établissement doivent une information claire au patient en prenant en compte son état de santé au moment où elle est délivrée :

Pour cela, les étapes suivantes sont recommandées :

- Donner une information complète et compréhensive, de façon personnalisée, éventuellement à plusieurs reprises et avec des interlocuteurs différents ;
- S'assurer de son consentement éclairé ;
- Conserver la **traçabilité** de l'information donnée.

Lors de la survenue d'un dommage (graves) liés aux soins, l'établissement a une obligation particulière d'information vis-à-vis du patient ou de ses ayants-droits. La crainte du contentieux est parfois un frein à cette information. Dans le cadre du précédent projet, l'établissement a mis en œuvre une démarche de réflexion et de formation sur cette question. Toutefois, une sensibilisation des professionnels sur ce thème est à renforcer afin que les professionnels s'approprient les outils leur permettant d'adopter l'attitude la plus adaptée possible.

3. La Commission des usagers

Il s'agit de promouvoir et de s'assurer de l'effectivité de la participation des usagers (patients et aidants), tant aux instances décisionnelles locales, aux groupes de travail, qu'aux projets de l'institution.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, puis le décret du 1^{er} juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé, sont venus renforcer les missions de la commission jusque-là dénommée CRUQPC.

La commission des usagers a pour missions fondamentales de :

- veiller au respect des droits des usagers;
- contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches, et de la prise en charge;
- faciliter les démarches de ces personnes et veiller à ce qu'elles puissent exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement.

L'orientation principale de ces cinq prochaines années est d'affirmer le rôle de la commission au sein de l'établissement en la plaçant au centre des débats concernant la politique d'accueil et de prise en charge de personnes malades et de leurs proches. Il est important que la commission soit consultée et donne un avis sur ces sujets conformément aux dispositions légales.

En effet, les missions de la commission ont été renforcées via :

- L'élaboration d'un projet des usagers qui exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, et du respect des droits des usagers. Le projet est proposé par la commission à la Directrice en vue de l'élaboration du projet d'établissement.
- un accès à la liste des Evènements Indésirables Graves (EIG) et aux actions correctives mises en place par l'établissement pour y remédier ;
- un droit d'auto-saisine sur les sujets se rapportant à la politique de qualité et sécurité des soins traités par la CME. La CDU fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données.

La commission veillera à la réalisation d'initiatives et projets en faveur de l'exercice et de l'effectivité des droits des usagers.

Il est important que la CDU soit connue des professionnels et ancrée dans la culture institutionnelle et pour cela, il faut associer régulièrement en séance les responsables des secteurs sur les thèmes abordés en commission ou encore développer des outils spécifiques (ex : plaquette médiateur...).

4. Le renforcement de la place des Représentants des usagers, Vers une nouvelle collaboration :

(Source : recommandation HAS)

L'établissement, et plus particulièrement la CDU, s'appuient sur les usagers et leurs représentants afin de dynamiser le dialogue de l'institution avec les usagers et les familles. Différentes actions destinées à ce renforcement sont proposées :

- Recenser les attentes des représentants des usagers en termes de formation et les traduire en programme de formation à leur intention ;
- Favoriser la participation des représentants des usagers aux événements importants de la vie de l'hôpital. Exemples : accueil des internes, journées portes ouvertes, semaines sécurité... ;
- Associer les représentants des usagers aux différents groupes de travail menés dans l'hôpital (bienveillance, accueil aux urgences, projets de réorganisation et/ou de restructuration...).
- Continuer à associer les représentants des usagers aux démarches d'amélioration de la qualité, aux revues qualité et à la préparation des certifications ;
- Faire participer les représentants des usagers, des familles et des associations à l'élaboration, puis au suivi régulier du présent projet des usagers.

Objectif 3 : Promouvoir les droits des patients auprès des professionnels

1. La liberté d'aller et venir et respect des libertés individuelles

(Source : HAS, processus droits et informations du patient, CGLPL)

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réaffirme l'obligation de respect des libertés individuelles.

La recommandation de bonne pratique portant sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et l'obligation de soins et de sécurité (2004) fait de la liberté d'aller et venir une composante de la liberté individuelle, inhérente à la personne humaine.

Cette position est également affirmée dans la circulaire dite « Simone Veil » qui précise que « les patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans les services fermés à clefs, ni a fortiori dans des chambres verrouillées », et que « l'atteinte à la liberté d'aller et venir librement ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du malade et sur indications médicales ».

L'EPS de Ville Evrard se caractérise par la diversité de ses pratiques, toutefois, il est difficile de passer outre ce principe fondamental y compris pour répondre à des objectifs de soins et de protection des personnes.

L'institution doit réaliser un état des lieux des pratiques avant d'engager une réflexion pluri professionnelle sur la liberté d'aller et venir.

Cela fait partie des priorités dégagées par le processus Droits et Information du Patient (DIP). La thématique de « la liberté d'aller et venir » a été identifiée comme un risque majeur et un plan d'action a été formalisé et validé par la CDU en novembre 2017.

Il s'agit de garantir le respect des droits des patients en soins libres dans le cadre d'une restriction d'aller et venir. Plusieurs acteurs institutionnels sont identifiés pour mener ce plan d'action qui sera inscrit dans le compte qualité.

2. L'isolement et la contention

(Source : dispositions légales, HAS)

L'article 72 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit au sein du code de la santé publique, l'article L.3222-5-1 qui dispose que l'isolement et la contention sont des pratiques devant être utilisées en dernier recours, et énonce clairement un objectif d'encadrement et de réduction de ces pratiques.

La HAS a publié le 20 mars 2017 ses recommandations sur l'isolement et la contention :

« Cette recommandation de bonne pratique vise à déterminer la place de l'isolement et de la contention en psychiatrie générale. Son objectif est de permettre aux professionnels de santé, amenés à recourir éventuellement à ces mesures de dernier recours, d'améliorer et d'harmoniser leurs pratiques, en répondant aux exigences cliniques, éthiques, légales et organisationnelles. La finalité est la sécurité et l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. »

L'Instruction n°DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017, relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour assurer des soins psychiatriques sans consentement, est venue compléter le dispositif en avril 2017.

L'établissement de Ville-Evrard a depuis plusieurs années pris en compte la question de l'isolement et la contention en publiant deux guides de bonnes pratiques en interne, et en instaurant un registre de traçabilité avant même qu'il soit imposé par la loi.

Le groupe d'évaluation des pratiques professionnelles, à l'origine de ce travail, continue de se saisir de cette problématique et apporte son soutien à la CME qui intègre la limitation des mesures de restriction de liberté au sein du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins qu'elle définit, et au sein du projet médical de l'établissement et, le cas échéant, au sein du projet médical partagé.

La CME est informée chaque trimestre de la situation quantitative des mesures et organise le suivi qualitatif.

La CDU est associée à la politique définie pour limiter le recours à la contention et à l'isolement.

La mise en œuvre d'une politique et d'une organisation au sein de l'établissement doit permettre d'atteindre le niveau d'exigence désormais attendu par les recommandations de bonnes pratiques.

3. Renforcer la démarche et la réflexion éthique :

En articulation avec la CDU, il s'agit d'améliorer l'information sur ce qu'est l'éthique et sur la saisine du Comité Local d'Éthique (CLE).

Faire connaître le comité qui explore et propose des actions d'amélioration en tenant compte :

- du refus de soins ;
- de la réflexion bénéfique/risque ;
- des droits et attentes des usagers ;
- de la dimension relationnelle et humaine ;
- de la place de la famille et des aidants ;
- du respect de la confidentialité ;
- de l'hospitalité.

4. Promouvoir les droits des patients à la lumière des recommandations des autorités extérieures

La HAS, le Contrôleur Général des Lieux de Privations de Liberté (CGLPL) et le Médiateur de la République ont à cœur de défendre et de promouvoir les droits des usagers, notamment par le biais de leurs rapports et recommandations.

La DQRJU répond aux nouvelles recommandations et exigences en mettant en lumière et en abordant ces thématiques, en collaboration avec les professionnels de terrain et les instances concernés, afin de dégager des axes d'amélioration et de nouvelles actions à mettre en œuvre.

Les rapports définitifs des visites de l'établissement par le CGLPL ont été publiés en décembre 2016.

Une analyse de ses quatre rapports (correspondants aux cinq UHTP visitées) a permis de dégager des thématiques :

- Le respect des droits des patients notamment dans le cadre des soins sans consentement ;
- Le livret d'accueil ;
- Les activités des patients ;
- La contention et l'isolement ;
- L'intimité / la dignité ;
- Des problématiques logistiques et architecturales.

Ces thématiques sont abordées au long de ce projet afin d'apporter des réponses aux observations soulevées.

5. Promouvoir la participation au Label Droits des Usagers

Depuis 2011 est reconduit chaque année par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Direction Générale de la Santé (DGS) le dispositif du label et concours « droits des usagers de la santé » afin de valoriser les expériences et les projets innovants.

Quatre projets ont été primés depuis l'existence de ce dispositif. Il est important de veiller à la valorisation des projets menés à l'échelle des services et en faveur des droits des patients et de leurs familles.

L'appel à candidature sera reconduit chaque année et les services candidats accompagnés dans leur démarche.

Dans le cadre de la promotion de la culture auprès des patients, en lien avec l'axe 1 du Projet Médical Psychiatrie (PMP), la CDU peut travailler à l'obtention du label « *culture et santé* » en engageant une réflexion sur la notion de « *soin culturel* » dans la prise en charge médico-soignante et en travaillant sur la promotion des actions culturelles mises en place.

6. La veille législative : une source d'information et de promotion des droits des usagers

Le milieu hospitalier est sans cesse confronté à de nouvelles dispositions. Nos pratiques doivent donc évoluer constamment.

La DQRJU s'applique donc à les diffuser au sein de l'établissement et à contribuer à leur application. Cela passe par une veille constante de l'évolution des textes législatifs, réglementaires et des recommandations de bonnes pratiques.

Le rôle de la DQRJU est donc central dans l'application et l'accompagnement des professionnels à la mise en place des lois actuelles, nouvelles et à venir.

Cette veille juridique comporte deux aspects : un bulletin de veille juridique mensuel réalisé par le service de la documentation en collaboration avec le service des affaires juridiques, diffusé sur intranet, et des alertes ciblées spécifiques (mails).

La DQRJU assure une mission d'analyse et de conseil auprès des professionnels de manière courante ou de manière plus ciblée dans le cadre de situations exceptionnelles ou de crise.

Cela peut être :

- pour la mise en œuvre d'évolutions légales et réglementaires impactant les services ;
- pour apporter un éclairage juridique sur une situation donnée ;
- dans le cadre d'une analyse de risques suite à un EIG...

Chaque professionnel de la DQRJU, dans son domaine de compétence, accompagne les agents et les services dans leurs projets ou leurs questionnements en fournissant une expertise et une aide à la décision.

Objectif 4 : Développer des partenariats pour favoriser les parcours de soins sans rupture de prise en charge.

(Source : Thème proposé par la CDU)

Dans la perspective de la mise en place d'un projet territorial de santé mentale et en adéquation avec le projet médical partagé, proposé par la CME, le développement et le renforcement des partenariats favorisent la prise en charge et l'accompagnement du patient dans son milieu de vie ordinaire tout en permettant une structuration du parcours de proximité et une coordination de cette offre de prise en charge.

1. Développement des réseaux de ville

(Source : En lien avec Axes 2 et 3 du PMP)

La loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients » (article L.4130-1 du CSP).

La collaboration ville-hôpital devient un enjeu incontournable pour nos patients. Il faut une filière de soins structurée s'appuyant sur un réel réseau, regroupant l'ensemble des intervenants médicaux et sociaux.

Dans le cadre de ses réflexions pour le projet d'établissement, la CDU a identifié la problématique d'un manque de coordination de l'établissement avec la médecine de ville. Les représentants des usagers ont fait part de leurs inquiétudes sur ce sujet. Bien que des efforts aient été faits, des difficultés subsistent à la sortie du patient notamment.

La CDU a choisi de s'associer à l'axe 3 du PMP (Prévention, coordination de l'accès aux soins somatiques et à la prise en charge globale, éducation thérapeutique et processus sur la prise en charge médicamenteuse) et aux actions qui y seront menées afin d'améliorer les soins et le suivi de l'utilisateur en santé mentale.

2. Développer le partenariat avec les aidants

(Source : en lien avec l'axe 5 du PMP)

L'aidant, peut être un membre de la famille, un ami, une personne de confiance que le patient désigne. Il peut être aussi une personne pair-aidant qui a vécu et surmonté un problème de santé mentale et qui peut apporter un soutien à certains patients dans leur rétablissement.

L'aidant est lié et impliqué dans le vécu de la pathologie du patient.

La famille et les proches sont des partenaires clés de la mise en œuvre des dispositifs de soin et d'accompagnement. Ils apportent un soutien moral, sont présents pour aider le patient. Par leur accompagnement et leur observation, ils sont parfois prompts à anticiper les moments de crise.

Ces tiers doivent bénéficier d'une information adaptée et doivent être soutenus en tant que veilleurs au quotidien, souvent confrontés à des situations difficiles.

Cet aidant peut être associé - sous réserve de l'accord du patient - à toutes les étapes du parcours de soins et d'accompagnement (évaluation, réévaluation des besoins, orientation, Programme de soins).

Les actions d'accompagnement, d'information et de soutien des aidants, doivent être encouragées par des dispositifs d'écoute. Ex : traçabilité des signalements, organisation d'une journée des aidants.

La mise en place de l'éducation thérapeutique au sein de Ville Evrard a pour objectif de placer le patient au cœur des actions éducatives en renforçant le concept du patient « partenaire de soins ». Elle permet au patient et à la famille de mieux comprendre la maladie et le traitement, et d'acquérir ainsi les compétences nécessaires pour gérer au mieux la maladie au quotidien.

En choisissant de mettre en place le programme PROFAMILLE (axe 3 du PMP), l'établissement permet aux familles de participer activement à la réhabilitation de leur proche en devenant partenaire à part entière d'un programme visant la connaissance de la maladie et participant à une meilleure qualité de vie du groupe familial.

3. Développement et renforcement des partenariats avec les hôpitaux généraux

(Source : en lien avec l'axe 2 et axe 3 du PMP)

Afin d'améliorer l'offre de soins et sa visibilité, l'accueil, en cas d'urgence et de crise, doit être identifié comme l'un des composants du dispositif.

L'organisation et la coordination de l'Urgence, Accueil, Crise, thèmes de l'axe 2 du projet médical partagé passe notamment par la redéfinition des conventions avec les hôpitaux généraux. Ceci dans un souci d'harmonisation de l'offre de soins au niveau territorial.

Cette coopération s'intègre également dans l'axe 3 du projet médical partagé qui a pour objectif le renforcement des partenariats pour un parcours coordonné, adapté et individualisé à l'utilisateur en santé mentale, et notamment la prise en charge somatique des patients aux urgences.

Enfin, le renforcement de ces coopérations pourra servir de prémices à la mise en place d'une future communauté psychiatrique de territoire.

Il s'agit de structurer et d'articuler les offres de soins entre les établissements. Les conventions posent le cadre de travail entre les acteurs institutionnels. Dans l'axe 4 de ce projet, nous nous proposons de mettre en œuvre des outils méthodologiques, de l'**Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP)**, d'évaluation des pratiques professionnelles sur le parcours de santé en psychiatrie et santé mentale, conformément à l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé.

4. Renforcement du partenariat et du dialogue entre la psychiatrie, la Justice et la Police en redonnant sa juste place à la psychiatrie et faire connaître la santé mentale

Il s'agit de prévoir des espaces et des temps de dialogue et de réflexion avec ces partenaires afin d'encourager la construction de dispositifs formatifs croisés et de favoriser une acculturation réciproque (psychiatrie, justice et élus) ainsi que de renforcer le dialogue entre plusieurs compétences et logiques.

Trois logiques qui se confrontent pour une seule et même personne : le patient pour le psychiatre, le justiciable pour le Juge et le client pour l'avocat. Le dialogue devant être renoué entre ces acteurs et des réflexions déontologiques entre les trois professions.

Des actions sont à maintenir et à pérenniser :

- Formations mutuelles à pérenniser. Des premières sessions de formation des magistrats, du barreau et du Parquet par des psychiatres de l'établissement ont vues le jour depuis plusieurs années dans le cadre des liens tissés avec le Tribunal de Grande Instance de BOBIGNY lors de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 ;
- Amélioration de la gestion des audiences ;
- Meilleure communication ;
- Mise en place des outils : vade-mecum médecin pour la justice sur la maladie mentale ;
- Charte sur la conversion matérielle de l'application et comment s'entretenir avec le patient : recueil de bonnes pratiques ;
- Confiance mutuelle ;
- Un groupe de travail opérationnel à mettre en place.

La formalisation du partenariat Hôpital, Police, Justice viendra renforcer ces liens. Ce partenariat existe de fait, mais son encadrement par une convention signée par les différentes parties permettra de sécuriser ces échanges, notamment avec les forces de police.

Enfin, la participation aux rencontres et réunions d'informations des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), qui ont été créés, est à renforcer. En effet, une présentation des soins sans consentement et des obligations qui en découlent a été fort appréciée par les partenaires locaux très demandeurs en la matière.

AXE 2 : Développer le management par la qualité et la gestion des risques par pôle et par processus

Mots clés : Gouvernance qualité/ risques (politique, stratégie et mode opérationnel), management par processus, PAQSS, audit de processus, revue de processus, compte qualité, contrat de pôle, plan de formation, démarche de certification, V2014, gestion documentaire, usagers, fonction supports, formation, sensibilisation, communication.

L'établissement souhaite renforcer et structurer sa démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge et des soins prodigués, ainsi que la maîtrise de l'ensemble des risques.

La volonté de la communauté hospitalière est que cette démarche soit globale, collective, organisée et que le suivi de la qualité et des risques soit décliné à tous les pôles et dans tous les secteurs d'activités.

La V2014 est une opportunité pour passer à un mode de management par processus. Pour cela, l'établissement souhaite mettre en œuvre une gouvernance stratégique qui s'appuie sur les pôles comme relais fondamentaux, par la définition de leurs objectifs propres dans le cadre de cette politique.

Objectif 1 : Mettre en œuvre la gouvernance intégrée « qualité / risques / évaluation

L'EPS de Ville Evrard, a mis en place une politique globale qualité et gestion des risques dynamique en la positionnant au cœur de son projet médical grâce à la mobilisation de la communauté hospitalière et ses instances.

Pour qu'un système de management de la qualité et de la sécurité des soins soit performant, il doit s'appuyer sur :

- un engagement fort de la direction et de la communauté médicale ;
- une forte implication de l'ensemble des professionnels ;
- une responsabilisation des acteurs sur leur périmètre de responsabilité ;
- un organigramme définissant clairement les rôles de chacun ;
- une direction de la qualité, des risques et des relations avec les usagers coordonnée et intégrée ;
- un accompagnement méthodologique.

Le pilotage qualité et gestion des risques est décliné au niveau d'un schéma de gouvernance clair permettant d'instituer le management par la qualité et la gestion des risques par pôle et par processus.

Il doit être renforcé, décliné par pôle et mis en œuvre au plus près du terrain en responsabilisant chaque professionnel dans son domaine de compétence y compris l'équipe du service qualité et de gestion des risques.

Cette politique dynamique en termes de gouvernance de la qualité et de la gestion du risque s'est traduite par quatre niveaux sur la base de la méthode Plan Do Check Act (Planifier, Faire ou Agir, Vérifier, Réagir et Décider, PDCA) (Schéma de gouvernance) :

1. Instances décisionnaires : politique et orientations stratégiques (planifier)

Les instances comme le Directoire et la Commission médicale d'établissement (CME) :

- Définissent les orientations stratégiques en termes de qualité et risques ;
- Valident et consolident le schéma de gouvernance en termes de qualité et risques ;
- Analysent les données produites par les groupes processus¹ ;

¹ Processus (norme ISO 9001:2008) « ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie ». C'est un outil de modélisation des activités. Un processus est une succession d'activités, d'étapes parfois nommées sous-processus, qui concourent à la satisfaction des besoins, attentes des usagers.

Pilote : garant du fonctionnement d'un ou de plusieurs processus qui dispose de l'autorité, de la compétence et des moyens nécessaires pour :

- Recueillent l'avis et l'aide des instances spécialisées : la CSIRMT, la CDU, Comité d'Hygiène, Sécurité, et des Conditions de Travail (CHSCT)...
- Priorisent ces orientations au regard de trois types de critères :
 - Enjeux en termes de sécurité des patients, non-respect de leurs droits, suites à donner aux décisions de la HAS, suites aux rapports d'inspection...;
 - Orientations stratégiques de l'établissement : Cohérence avec le projet d'établissement et le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) ;
 - Moyens financiers, techniques et humains à déployer.
- Valident les objectifs (chiffrés) à atteindre pour une période donnée (1 an) pour chaque pôle ou secteur d'activité (contrats qualité de pôle).

Les actions sont mises en œuvre avec l'aide méthodologique et technique de la direction DQRJU qui coordonne, planifie, synthétise les travaux du COPIL qualité et risques, et éclaire les instances sur les attentes de la HAS dans le cadre de la démarche qualité et des procédures de certifications notamment.

2. Management par processus : pilotes de processus (vérifier / contrôler / agir / améliorer)

L'évaluation des démarches de la qualité et de certification met bien en évidence le passage d'une vision fonctionnelle à une vision systémique, c'est-à-dire pluri fonctionnelle et transversale. Il s'agit de passer des procédures aux processus dans le cadre d'organisation complexe dans un environnement contraint.

L'établissement souhaite poursuivre sa dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en impliquant chaque pilote de processus dans le suivi et l'évaluation de leur processus et en mettant en place les cellules qualité et risques au sein de chaque pôle.

Afin d'accompagner les différents professionnels dans cette nouvelle organisation, l'institution a favorisé une montée en charge des compétences de chacun.

Par ailleurs, le schéma de gouvernance par processus va s'inscrire dans le fonctionnement des pôles et sa déclinaison au moyen de l'élaboration et la mise en œuvre de contrat de pôle ou contrat qualité. Il se traduira par des actions concrètes définies par les pilotes de processus et mises en place par les cellules qualité/risques de chaque pôle en lien avec le service qualité et gestion des risques.

Ce mode de management par processus qui consiste à :

- Etablir une cartographie des processus (élémentaires et opérationnels) : définition, description et analyse ;
- Identifier les pilotes stratégiques : Experts par processus qui informent régulièrement le Directoire et la CME, leur propose des solutions pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et la maîtrise des risques :
 - Identifient et analysent les risques liés à leur processus :
 - risques *a priori* issus de la cartographie a priori, des non conformités réglementaires, des rapports d'inspection, des décisions de la HAS, des indicateurs internes et externes ;
 - risques *a posteriori* issus des signalements d'Événement Indésirable (EI), des plaintes et réclamations, des données du Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie (RIMP)...
 - Surveillent leur processus : évaluation des pratiques organisationnelles et opérationnelles (les organisations et règles de bonnes pratiques sont-elles connues ? Appliquées ? Efficaces ?)
 - Rendent compte régulièrement au COPIL qualité et risques (1 fois par trimestre) et identifient les points à soumettre à l'arbitrage des instances décisionnaires (chaque fois que nécessaire).

-
- recueillir et exploiter en permanence l'ensemble des informations relatives au processus et à son fonctionnement,
 - décider des actions à mener visant à corriger les dysfonctionnements du processus ou améliorer le processus.

- Identifier les responsables opérationnels de chaque processus ;
- Définir et valider les rôles et missions (fiches de missions des pilotes de processus et responsables opérationnels) ;
- Mettre en place un tableau de bord de chaque processus à partir des données qu'il produit (EI, enquêtes, plaintes, indicateurs ...) et organiser au moins une rencontre trimestrielle des groupes processus avec le service qualité et risques ;
- Définir des objectifs dans un contrat de pôle ou inter pôles : trois types d'objectifs liés à : l'activité, aux finances et à la qualité et sécurité des soins.

Chaque processus a été :

- Décrit (documenté) : procédure, protocoles...
- Caractérisé : cartographie des risques
- Evalué : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS), Evaluation des pratiques professionnelles (EPP), Audits...

La direction DQRJU instaure un dialogue périodique de gestion en termes d'efficacité qualité risques avec les pilotes des processus en cohérence avec la démarche institutionnelle de suivi des indicateurs.

3. Mise en œuvre des programmes qualité et gestion des risques par secteurs/pôles d'activité (Réaliser)

Les pôles mobilisent leurs équipes pour atteindre les objectifs fixés par les pilotes de processus, mettent en œuvre et suivent les programmes d'actions.

Chaque pôle et secteur d'activité :

- Met en place l'organisation validée par les instances décisionnaires et veille à l'effectivité des rôles et missions des intervenants par la mise en place d'une cellule qualité de pôle :
 - pilotée par un référent médical et un référent paramédical (hiérarchie médecin/cadre soignant) : missions définies dans une fiche de missions ;
 - constituée des référents/correspondants des différents processus (référent hygiène, référent douleur, référent dossier patient...);
 - Formée à la démarche continue de la qualité et gestion des risques.
- Organise les réunions de suivi avec les chefs de service et cadres de proximité (directement ou via la cellule qualité de pôle) ;
- S'assure régulièrement de l'avancée des programmes d'actions et de l'atteinte des objectifs fixés, du traitement des EI,... et communique auprès des équipes concernées.

Avec l'aide méthodologique et technique de l'équipe qualité et risques qui rencontre une fois par trimestre les cellules qualité/risques de pôle avant ses rencontres avec les pilotes de processus. Elle rend compte des difficultés rencontrées et travaux réalisés aux pilotes de processus une fois par trimestre et chaque fois que nécessaire.

Il est nécessaire de créer un dispositif de retour d'expérience, de supervision et de dialogue de gestion.

- Un pilotage coordonné :

Sur le plan stratégique, le projet de gouvernance de la de gestion de la qualité et de la sécurité des soins est porté par les instances et comités :

- le Directoire et la CME, avec un rôle d'arbitrage et de décision ;
la CDU et la CSIRMT avec un rôle de participation et d'avis. Présidée par un représentant des usagers depuis 2014. Elle exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité, de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. Elle se réunit une fois par trimestre et plus selon le besoin ;
- La Direction dédiée à la qualité, gestion des risques et relations usagers (DQRJU) qui anime et met en œuvre la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques déclinée dans un programme d'actions

réajusté en fonction des résultats des évaluations et validé annuellement par le comité de pilotage qualité et risques.

La DQRJU coordonne, planifie, synthétise les travaux du Comité de pilotage qualité et risques liés aux soins et éclaire les instances sur les attentes de la HAS dans le cadre de la démarche qualité et des procédures de certifications notamment.

L'équipe qualité et risques assume l'accompagnement, l'aide méthodologique et technique auprès des professionnels ;

- le COPIL Qualité et Risques, qui regroupe les pilotes de processus, les professionnels de la cellule qualité/risques, co-présidé par le Président de la CME et la Directrice Générale, impulse la politique qualité, propose les orientations prioritaires aux instances (CME/Directoire/CSIRMT...), valide les bilans et programmes d'actions par processus et prépare la certification. Il se réunit quatre fois par an ;
- Le Comité de Coordination des Vigilances et des Risques Sanitaires (COVIRIS), qui regroupe le Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins (CGDRAS), les coordonnateurs de vigilance, l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH). Ce comité coordonne les actions de prévention et de maîtrise des risques. Il définit et oriente la politique de gestion des risques, valide les bilans et programmes d'actions par processus ;
- Une Commission des évaluations des pratiques professionnelles et du patient traceur (CEPP/PT) : organe pilote de la démarche EPP/PT. Présidée par un médecin chef (pédopsychiatre), membre de la CME et Président de la formation médicale continue. La commission est en charge de la définition et de la mise en œuvre de la politique EEP/PT ;
- Les comités qualité sous-commissions de la CME : CLIN, CLUD, CLAN, COMEDIMS, CLAN ;
- Les pilotes de processus : Professionnels du terrain, garants du bon fonctionnement d'un processus.

L'enjeu est de s'appuyer sur les comités ou groupes de travail, composés de responsables médicaux et de cadres, qui assurent des fonctions de pilotage des démarches qualité (impulsion, validation, suivi, correction) en lien direct avec les thématiques/processus énoncés par la HAS.

Avec une place centrale des représentants des usagers associés aux différents groupes processus et projets institutionnels. Ils ont été sollicités pour participer aux groupes processus « Droits des patientes » le co-pilotage a été confié à un représentant des usagers qui est également Président de la CDU, « Parcours patients » et au copil qualité et risques qui a en charge l'analyse du processus « Management de la qualité et gestion des risques ».

Objectif 2 : former, communiquer, veille, outils & méthodes

1. La formation

(Source : En lien avec Axe 1, fiche action n°1 du PMP)

De nouvelles missions en matière de démarche qualité et gestion des risques seront attribuées à des professionnels impliqués : pilotes de processus, acteurs opérationnels, cellule qualité et risques en lien avec la formation continue :

- Promouvoir la formation et l'implication des professionnels sur la qualité et la gestion des risques, notamment des nouveaux arrivants et des internes ;
- Former les référents de la cellule qualité et risques et les membres des groupes processus ;
- Développer les compétences des professionnels sur les thématiques qualités & sécurité des soins et évaluation au travers de programme de Développement Professionnel Continu (DPC);
- Contribuer aux actions de formation institutionnelle ;
- Intégrer la dimension qualité et risques dans la liste des compétences des professionnels et la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) :
 - Dispositif d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels ;
 - Dispositif d'évaluation annuelle des professionnels ;
 - Plans de formation.
- Valoriser le rôle et les missions des référents (à intégrer dans la cartographie des compétences) ;
 - Liens avec les autres composantes de la gouvernance globale :

- Impact de l'activité et de la qualité / quantité de ressources sur la qualité et la sécurité des soins ? Sur le niveau de maîtrise des risques ?
- Conception du tableau de bord global de « performance » d'un secteur d'activité
- Lien avec le Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS)

2. La communication

(Source : En lien avec Axe 1, fiche action n°2 du PMP)

La communication est une préoccupation de l'établissement, qui diffuse un nombre important d'informations sur différents types de supports (sites internet, livret d'accueil, affiches, journal...).

Pour informer les professionnels sur la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la DQRJU met à disposition des lettres d'information, des actualités ponctuelles sur sa page intranet, un accès au système documentaire informatisé, procède à des présentations au sein des instances et à des rencontres des professionnels dans les services. Pour pérenniser cette dynamique, la DQRJU s'est fixée comme objectif de mener de nouvelles actions de communication et d'en décliner certaines sur le terrain :

- Pérenniser la semaine sécurité du patient, accompagnement pour la certification,... ;
- Poursuivre la rédaction et la diffusion semestrielle la lettre de la DQRJU ;
- Accompagner les professionnels de l'institution pour la valorisation des travaux internes (intervention, poster, articles,...) ;
- Coordonner un programme de communication des travaux des groupes processus dans le cadre des semaines de la sécurité des patients.

3. La veille

Compte tenu de l'importance particulière du respect de la réglementation dans un établissement de santé, l'organisation d'une veille réglementaire fait partie intégrante du management de l'établissement.

La veille concerne l'ensemble des activités de l'établissement : droits des patients, sécurité des soins, réglementation relative aux médicaments et aux dispositifs médicaux, autorisation d'exercice professionnel, droit du travail, sécurité des locaux, etc...

Son organisation inclut les pilotes de processus pour mener les actions dans le périmètre de leur compétence :

- de la recherche des textes et de leur diffusion aux destinataires concernés ;
- de la coordination et la centralisation du suivi des actions de mise en conformité avec la réglementation ;
- du retour d'information vers la direction et les instances sur le traitement des non-conformités.

La mise en place de ce système (ressources techniques et organisationnelles) doit permettre de faire connaître aux responsables les obligations réglementaires qui les concernent et de s'assurer de leur suivi par :

- la contribution et collaboration avec les pilotes des processus à la veille réglementaire et normative ;
- La contribution à des groupes de travaux des instances (HAS, DGOS, Agence Régionale Santé (ARS), communautés de pairs, ...) pour anticiper les réglementations et normes en devenir.

4. Outils & méthodes

Le service qualité et risques a pour objectif de développer et améliorer les outils et méthodes existants afin de répondre aux nouvelles exigences des démarches de certification en prenant en compte les spécificités de l'établissement à la fois sur le plan clinique et médico-soignant. Une réflexion est en cours sur la mise en place de nouveaux outils tels que traceur système² dans le cadre de prochaine itération (certification V2020³).

² Evaluation par traceur système, démarche qui consiste à suivre un événement, un service ou un produit, depuis son entrée dans le processus jusqu'à sa sortie. Le traceur système permet d'évaluer le travail réel.

³ Certification V2020 : 5ème version de la certification, qui s'appliquera à partir de 2020

4.1 Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins unique (qu'est ce qui est unique ? – Question du Dr TACHON) avec une déclinaison par pôle et par processus (PAQSS) :

La démarche de certification V2014 a permis d'élaborer une analyse de risques et de proposer un ensemble d'actions d'améliorations par processus pour l'institution. Une hiérarchisation des plans d'action des processus a permis de construire le compte qualité, enjeu de contractualisation avec la HAS sur une période de deux ans.

Ces actions se situent soit au niveau institutionnel, soit au sein des pôles et des unités.

Ainsi, la construction et la mise en œuvre d'un tableau de bord par processus et par pôle permettra de réaliser le suivi des actions d'amélioration en distinguant les objectifs génériques pour l'ensemble des unités et les objectifs spécifiques par pôle, et le cas échéant par unité.

Cet outil permettra aux pôles d'assurer le suivi des actions d'amélioration de leurs secteurs et d'évaluer l'impact sur l'amélioration de leurs résultats. Parallèlement, ils devront également évaluer le niveau d'adhésion des équipes aux démarches d'évaluation (EPP, patients traceurs....) et s'assurer de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles...) :

- Suivre le PAQSS décliné par processus identifiant les actions du compte qualité ;
- Mettre en place et accompagner des cellules qualité et risques par pôle ;
- Mettre en œuvre des contrats qualité de pôles (engagement des professionnels dans la démarche qualité et sécurité des soins avec objectifs révisés chaque année assortis d'indicateurs) ;
- Mettre en place des revues de processus annuelles afin d'alimenter la réflexion institutionnelle et la mise à jour du compte qualité.

4.2 Gestion documentaire : des documents utiles, utilisés et utilisables...

La gestion documentaire est définie dans la procédure des procédures. Les documents qualité permettent la diffusion des bonnes pratiques opposables dans l'établissement.

Toutefois, il convient d'évaluer périodiquement ce système pour garantir sa maîtrise, et de former régulièrement les professionnels, notamment les nouveaux arrivants.

L'établissement est engagé dans une démarche de développement durable, c'est pourquoi un arbitrage entre impression et dématérialisation sera réalisé. Il s'agira de repenser la gestion documentaire dans les services, consommatrice de ressources et difficile à maîtriser.

La recherche des documents sur le site de gestion documentaire intranet ne permet pas actuellement de réaliser une requête par mots clés, efficace et efficiente. Une amélioration du dispositif pourrait intégrer la mise en place d'un sommaire décliné selon les processus définis par la HAS :

- Poursuivre la mise à jour de la gestion documentaire sous format électronique ;
- Evaluer la gestion documentaire auprès des utilisateurs ;
- Etablir un état des lieux des documents existants sur la base actuelle ;
- Elaborer une liste des documents relatifs aux procédures d'urgence sous format papier ;
- Informatiser la gestion documentaire en cohérence avec la démarche processus et la gestion des risques.

4.3 Méthodes adaptées et pertinentes

Les domaines de la qualité, de la gestion des risques et de l'évaluation foisonnent de méthodes et d'outils, dont les dénominations varient. Tous concourent aux mêmes buts : rendre l'organisation plus performante, éviter la dispersion de chacun pour atteindre les objectifs fixés par l'établissement.

Certains permettent de s'assurer du bon fonctionnement, d'autres de résoudre ou prévenir un problème, d'autres enfin sont nécessaires au pilotage efficace. Ces méthodes peuvent être classées selon la typologie suivante :

- Les outils de maîtrise : méthode de résolution des problèmes, animation d'un groupe de travail, ALARM, déclencheurs d'analyse ou « trigger tools⁴ », ... ;
- Les outils d'évaluation : enquête de satisfaction, évaluation des fournisseurs, audit qualité, benchmarking, analyse de la valeur, évaluation & analyse des pratiques professionnelles (EPP/Analyse des Pratiques Professionnelles (APP) ;
- Les outils de pilotage : plan d'action qualité sécurité des soins, tableau de bord, valorisation des réussites, management de projet ;
- Les référentiels de management : V2014, V2020, Lean⁵, modèle d'excellence European Foundation for Quality Management (EFQM)⁶.
- La DQRJU est une ressource en termes de veille, de proposition et de formation auprès des professionnels de l'institution : Accompagner les professionnels à la veille et l'adaptation sur les méthodes émergentes adaptées et pertinentes ;
- Former les équipes à de nouvelles méthodes ;
- Mettre en place des traceurs système ;
- Mettre en ligne une plateforme informatique dématérialisée dédiée, référençant les outils utiles (outils de gestion de projet, outils de management qualité tant internes qu'externes).

Objectif 3 : Maintenir une dynamique de développement de la culture de la qualité et de la sécurité pour offrir un parcours de prise en charge optimale aux usagers

Mots clés : Culture sécurité, Evènements Indésirables Associés aux Soins (EIAS), cartographie des risques, risques professionnels, risques psychosociaux, Vigipirate, Observatoire Local des Violences(OLV), Plan de Sécurité de l'Etablissement (PSE), document unique, radicalisation, évènements sentinelles, vigilances, gestion de crise, plaintes, réclamations, parcours de vie, parcours de prise en charge.

1. Considérer la culture de signalement comme un enjeu professionnel et développer l'analyse a priori dans tous les secteurs

Dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et depuis la mise en place des fiches de déclaration d'évènements indésirables en 2013, les professionnels se sont approprié cette démarche. Les signalements concernent majoritairement les dysfonctionnements techniques, logistiques et informatiques. Toutefois, il est à souligner une augmentation des signalements des évènements indésirables associés aux soins depuis 2016 (20% d'augmentation).

⁴ Méthode des trigger tools (déclencheurs d'analyse) : Un trigger tool, littéralement « outil déclencheur », est un ensemble d'éléments caractéristiques qui permet d'identifier et de quantifier les évènements indésirables EI à partir du dossier médical du patient. La détection de départ porte sur la recherche de signaux et/ou d'une liste de valeurs en dehors des normes définies par l'équipe médicale que l'on pense pouvoir être en relation avec l'occurrence d'un EI. Ces signes d'alerte comprennent notamment des signes cliniques, biologiques et médicamenteux.

⁵ Lean, approche d'amélioration des processus métiers mise au point dans les années 90 par les chercheurs du Massachusetts Institute of Technology, consiste à optimiser la valeur pour le patient tout en minimisant les gaspillages et en recherchant l'excellence opérationnelle à travers l'amélioration continue.

⁶ Source : <http://www.qualiteperformance.org/comprendre-la-qualite/referentiels-de-management-l-efqmr> L'European Foundation for Quality Management ou EFQM[®], (en français Fondation européenne pour la gestion de la qualité) est une fondation européenne basée à Bruxelles. Le Modèle EFQM[®] d'Excellence s'appuie sur le principe selon lequel des résultats excellents dans les domaines de la performance, des clients, des collaborateurs et de la collectivité sont obtenus grâce au leadership, qui maîtrise la stratégie et la politique mise en oeuvre via le personnel, les partenaires, les ressources et les processus.

Le service qualité et risques a pour objectif de poursuivre une sensibilisation de l'ensemble des professionnels afin de déclarer tout évènement indésirable lié aux soins.

Par ailleurs, un nouveau dispositif de déclaration des Evénements Indésirables Graves (EIG), a été mis en place sur la plateforme nationale de signalement depuis mars 2017. Au sein de notre établissement, la gestion de ces déclarations est centralisée par le service qualité et risques. Cette procédure de déclaration des événements indésirables graves nécessite une mise à jour en regard du nouveau dispositif national (portail de déclaration).

1.1 Démarche a posteriori concernant les patients

Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables. Toutefois, la déclaration des évènements indésirables associés aux soins reste sous déclarée.

De nombreuses études⁷ montrent le caractère fréquent parfois grave, souvent évitable, des événements indésirables associés aux soins. Il est nécessaire que tous les professionnels maîtrisent les concepts clés (culture positive de l'erreur, facteurs humains,...). On s'attachera à permettre l'appropriation d'un vocabulaire (évènement porteur de risque, évènement indésirable, évènement sentinelle, dysfonctionnement, incident, accident, ...) et le sens d'une démarche vertueuse de gestion des risques (responsabilité, déculpabilisation, éthique).

Dans le cadre d'une culture positive de l'erreur, tout dysfonctionnement, défaillance, constitue une opportunité de progrès, individuellement et collectivement.

La déclaration des événements indésirables est un levier puissant pour s'inscrire dans cette dynamique. Pour cela, il est nécessaire d' :

- Evaluer la culture sécurité (outil HAS) ;
- Améliorer le suivi des fiches de signalement des évènements indésirables par l'évaluation des actions en termes de gestion des risques ;
- Améliorer le système d'information de la gestion des risques ;
- Organiser la convergence des bases de données institutionnelles ;

1.2 Démarche a priori concernant les évènements associés aux soins

L'analyse de risques des processus permet une synthèse des risques a posteriori et a priori afin d'établir une liste hiérarchisée des risques et ainsi des situations qui préoccupent l'ensemble des professionnels de l'institution.

La démarche de certification V2014 introduit une analyse des processus et permet d'identifier les risques principaux de l'institution et de disposer d'une cartographie des risques pertinente qui efface cette frontière artificielle entre l'a priori et l'a posteriori :

- Disposer d'une analyse des risques par processus en cohérence avec la mise à jour et le suivi du PAQSS ;
- Maintenir à jour la cartographie des risques à postérieur en lien avec l'analyse des processus et de tous les documents (rapports ARS, inspections...) ;
- Faire converger les données sources en temps réel (IPAQSS...).

1.3 Vigilances sanitaires

Cette notion recouvre la sécurisation des pratiques, avec une gestion efficace des vigilances sanitaires réglementées. Elles concourent toutes au même objectif : assurer la sécurité du produit pour renforcer la sécurité des personnes (patient, donneur ou utilisateur).

Certaines sont réglementées et comportent des obligations règlementaires d'échanges d'informations : la pharmacovigilance, l'addictovigilance, la réactovigilance, la cosmétovigilance, ...

Il faut associer l'infectiovigilance à l'identito-vigilance. L'infovigilance trouve aussi une place dans le cadre du déploiement du Dossier Patient Informatisé (DPI) et de sa place centrale dans l'organisation du soin.

⁷ (ENEIS 2015, ENEIS 2009)

Actions proposées :

- Poursuivre la coordination des vigilances ;
- Identifier les vigilances émergentes.

2. Contribuer à la qualité et a la sécurité des personnes, des biens et des installations

2.1 Préparer l'établissement à faire face aux menaces de crise

Le Plan Blanc est un dispositif réglementaire qui contient des mesures d'organisations destinées à faire face à une situation sanitaire exceptionnelle ou une activité accrue d'un hôpital. Il permet d'organiser l'accueil et la prise en charge d'un afflux massif de victimes d'un accident, d'une catastrophe, d'une épidémie, d'un événement climatique grave, meurtrier et durable ou d'une attaque terroriste (plan vigipirate).

Le plan blanc et ses annexes doivent être régulièrement mis à jour. Son évaluation sous forme d'exercices doit être réalisée à minima une fois par an.

Si un Plan Blanc a été élaboré, ce dispositif n'a été que très peu expérimenté. La gestion de situations de tension récentes (épisodes de neige, pénurie d'essence, vigipirate, ...) a mis en lumière la nécessité de mettre en pratique régulièrement des exercices des plans d'urgence, pour garantir leur opérationnalité face aux situations réelles. Les cas rencontrés au cours des dernières années ont démontré qu'elles pouvaient mettre en jeu la sécurité des personnes, des biens et des installations (incendie, agressions graves, panne majeure d'installations).

Actions proposées :

- Maintenir à jour le plan blanc et ses annexes ;
- Poursuivre la formation aux situations de crise ;
- Poursuivre la mise en œuvre d'exercice de mise en situation de crise ;
- Evaluer le plan blanc.

2.2 Sécurité des personnels

(Source : En lien avec projet social)

Les missions principales d'un établissement de santé, à savoir fournir à des patients en toute sécurité des soins de haute qualité, sont renforcées par une approche globale de la gestion des risques qui s'étend à toutes les activités de l'établissement.

A ce titre, l'évaluation des risques professionnels contribue à une meilleure analyse des risques et de fait des actions d'améliorations à mettre en œuvre.

Actions proposées :

- Maintenir à jour le document unique document unique d'évaluation des risques professionnels (DU)⁸ et ses annexes en lien avec la Direction des Ressources Humaines

2.3 Sécurité des installations

Une instruction ministérielle diffusée en novembre 2016, décline le rôle des ARS en matière de coordination de la politique de sécurité dans les territoires. Elle crée notamment l'obligation pour les établissements de santé publics et privés d'élaborer un plan de sécurisation de leur établissement ou PSE.

Ce plan a pour objectif de mettre en place une politique et une organisation pour assurer la sûreté des agents et des structures de santé.

La connaissance de ces vulnérabilités est une opportunité pour élaborer un programme d'action en cohérence avec les enjeux de la sécurité des patients et des professionnels.

Actions proposées :

⁸ Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail

- Contribuer à l'élaboration du plan de sécurisation.

Objectif 4 : Inscrire l'évaluation dans la démarche d'amélioration continue de l'établissement

Mots clés : Evaluation des pratiques professionnelles (EPP), Analyse des pratiques professionnelles (APP), Pertinence des actes, Indicateurs de Pratiques Cliniques (IPC), Audit interne (Patient traceur, Traceur système), Développement professionnel continu (DPC), Staff EPP, Comité de retour d'expérience (CREX), questionnaire de satisfaction, indicateur de qualité et sécurité des soins, baromètre social, risques psychosociaux (RPS), qualité de vie au travail (QVT), développement durable.

Aujourd'hui, la mesure de la qualité du service rendu doit faire partie intégrante de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement au service :

- de l'usager, en droit d'attendre une prise en charge adaptée à ses besoins et à ses attentes, dans des conditions optimales de sécurité ;
- du personnel, en droit d'aspirer à une valorisation de son implication professionnelle.

1 Améliorer la qualité des soins en développant en continu l'évaluation et l'analyse des pratiques professionnelles (EPP-APP)

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans la quatrième itération de la certification V2014 s'inscrit dans la continuité de la version V2010 et comporte des exigences renforcées sur :

- La mise en œuvre des démarches de pratiques professionnelles (critère 28a⁹) ;
- La pertinence des soins (critère 28b) ;
- Les démarches EPP liées aux indicateurs de pratiques cliniques (critère 28c).

L'établissement poursuit son engagement de mener des évaluations de pratiques professionnels qui est un élément clé de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques, et qui s'inscrit dans le projet médical et projet de soins 2018-2022.

La dynamique entamée depuis la certification V2010, pour les EPP se poursuit avec l'implication quotidienne des professionnels, ce qui traduit la qualité des démarches conduites et leur pérennité. Cette démarche renforce la culture qualité risques au sein des pôles et des unités et s'inscrit dans le DPC. Elle trouvera une continuité dans la cinquième itération (certification V2020) qui sera expérimentée à partir de septembre 2019.

La commission EPP en charge de toutes les évaluations et indicateurs de pratiques (sous-commission de la CME) en lien avec la CME, la DQRJU et CSIRMT, créée en décembre 2012, a vu son rôle renforcé et élargi aux patients traceurs dans le cadre du lancement de la démarche de certification V2014 en septembre 2015.

2. Pérenniser les démarches d'évaluation et d'analyse des pratiques professionnelles existantes et étendre la mise en œuvre de ces démarches à tous les secteurs d'activité

(Source : En lien avec Axe2, fiche action 2-1 du PMP et Axe2 du projet de soins)

L'évaluation des pratiques est une démarche pluri professionnelle consistant à analyser régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus par rapport aux recommandations professionnelles. Elle implique l'analyse des données cliniques, permet la confrontation et le suivi des résultats, et conduit à actualiser les modalités de prise en charge pour une amélioration continue de la qualité des soins.

Il s'agit d'une démarche volontaire qui s'appuie sur la nécessité d'ancrer au cœur de l'établissement une véritable culture de la qualité et de la sécurité, au sein de tous les secteurs d'activités, valorisant à la fois les efforts de chacun et le travail en équipe.

Cette volonté doit reposer sur une politique d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques structurée, comprenant des objectifs clairs et connus de tous.

Dans ce cadre et depuis la V2010, l'établissement encourage la poursuite et le développement de nouvelles EPP liées

⁹ Manuel de certification de la HAS

à la pertinence de soins afin de généraliser cette pratique au sein de chaque pôle. Ainsi les professionnels se sont appropriés ces démarches d'évaluation.

En parallèle, l'établissement promeut l'autonomie des équipes et souhaite développer des méthodes d'Amélioration des Pratiques Professionnelles (APP) comme les méthodes « patients traceurs », les Comités de retour d'expérience (CREX) : Méthodes d'évaluation favorisant le travail en équipe.

Cette politique d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins est un axe fort du DPC qui valorise l'implication de tous les professionnels dans leur participation aux démarches d'EPP et d'APP au sein de l'institution.

2.1 Développement d'EPP liée à la pertinence des soins et/ou des actes

Les programmes d'EPP doivent répondre à quatre critères prioritaires : acceptabilité, faisabilité, efficacité et validité.

Il est nécessaire de pérenniser les démarches d'EPP existantes et étendre leur mise en œuvre à tous les secteurs d'activité au regard des thématiques spécifiques de l'établissement (prescription des psychotropes dans l'autisme...). L'EPS de Ville Evrard souhaite promouvoir son savoir-faire en développant la recherche au sein de la structure. Les professionnels s'impliquent dans le développement des EPP afin de valoriser la spécificité de notre hôpital et ainsi de renforcer une reconnaissance dans le domaine de la psychiatrie.

Les pouvoirs publics sont engagés pour accroître la pertinence des soins que les patients reçoivent. Il s'agit d'un enjeu clé pour satisfaire les préférences et les besoins de santé de tous les citoyens français tout en limitant l'augmentation des dépenses de santé.

Actions proposées :

- Pérenniser les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles existantes liées à la pertinence des soins et/ou des actes ;
- Accompagner les groupes de processus dans l'élaboration et la mise en œuvre d'au moins une démarche d'EPP dans le périmètre qui les concerne et aux interfaces.

2.2 Déploiement des analyses de pratiques professionnelles (APP) et des Indicateurs de Pratique Clinique (IPC)

(Source : En lien avec Axe 2, fiche action 2.3 du PMP et projet de soins fiche action 3.1)

Dans le cadre de la certification V2014, la HAS a étendu son dispositif d'EPP en mettant en place de nouvelles méthodes (exemple : patient traceur), appelées APP. Il s'agit d'une volonté d'amélioration des pratiques de soins et permet de mieux comprendre les attendues en terme de qualité de prise en charge par le recours au travail en équipe.

La HAS précise que les APP doivent se dérouler sur un temps dédié, au regard d'un référentiel d'analyse de pratiques (référentiel scientifique, réglementaire, éthique, organisationnel, consensus d'experts ...) et permettre une analyse critique et constructive visant l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

Afin de répondre à l'obligation réglementaire pour tous les professionnels d'analyser leurs pratiques professionnelles et de compléter ou approfondir leurs connaissances, le décret du 30 décembre 2011 a défini le DPC et le contenu de l'obligation des professionnels. Ces analyses de pratiques visent l'EPP permettant de mettre en place des actions d'amélioration et d'en assurer le suivi.

La Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé indique que chaque professionnel (médical et soignant) doit justifier au cours d'une période de trois ans, soit de son engagement dans une démarche d'accréditation ou de son engagement dans une démarche de DPC comportant au moins les 3 types d'actions suivantes :

- des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques,
- des actions de gestion des risques,
- des actions de formation.

C'est dans ce cadre que l'établissement a élaboré un programme de formation en lien avec les thématiques EPP. Ces formations, inscrites dans le plan de formation institutionnel permettent aux professionnels de valider leur obligation de DPC puisque certaines d'entre elles sont éligibles au DPC.

De plus, l'établissement a développé et mis en œuvre plusieurs méthodes éligibles au DPC : les patients traceurs, Revue Morbidité Mortalité (RMM) et les méthodes APP : les groupes d'analyse de pratiques entre psychiatres, les staff-EPP et

les Comité de Retour d'Expérience (CREX).

Dans cette dynamique sont en cours de déploiement, au sein de l'établissement, les indicateurs de pratique clinique (IPC) qui sont un sous ensemble des indicateurs de qualité et sécurité des soins. La spécificité des IPC est de s'appliquer à une situation clinique concrète (symptômes, maladie, événement indésirable). Ils portent donc sur les pratiques cliniques et sur les processus contribuant directement aux résultats cliniques. Ils permettent ainsi d'objectiver le niveau de qualité des pratiques cliniques ou professionnelles, à travers les différentes dimensions de la qualité des soins.

Actions proposées :

- Assurer avec les pilotes de processus une veille concernant les méthodes d'APP et les IPC ;
- Evaluer la pertinence concernant l'organisation de groupes de pairs ;
- Evaluer la pertinence concernant l'organisation de staff-EPP.

3. Organisation des parcours de santé : Appui méthodologique

La notion de « parcours en psychiatrie et santé mentale » est récente et elle est encore peu usitée.

Il s'agit d'une approche systémique du « prendre soin » qui appréhende l'ensemble des parties prenantes (patients & proches, professionnels du sanitaire, professionnels du médico-social et les acteurs de l'environnement social).

Ce parcours interroge un ensemble de point de transition, qui sont autant d'interfaces qui mettent en tension les acteurs :

- accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ;
- hospitalisations inadéquates ;
- accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ;
- accès aux soins somatiques ;
- prévention et gestion des situations de crise.

L'EPS de Ville Evrard et la communauté médicale s'engagent dans une démarche volontaire de la construction d'une Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT), qui contribuera à répondre aux enjeux de continuité et de coordination des soins entre la ville et l'hôpital.

Des travaux sont menés par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

Actions proposées :

- Collaborer avec les pilotes de processus pour mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale en lien avec l'ANAP.

4. Déploiement des patients traceurs et déclinaison sous toutes les formes de prise en charge

Le patient traceur est une méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par l'analyse rétrospective du parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval. Elle évalue les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge. Elle a une double originalité : prendre en compte l'expérience du patient et réunir les professionnels de l'équipe autour des prises en charge.

Cette approche permet aussi d'identifier de manière transversale les bonnes pratiques et les pistes d'améliorations pour l'ensemble des processus de l'institution en reprenant les étapes de prise de charge.

Actions proposées :

- Généraliser les patients traceurs aux différentes modalités de prise en charge ;
- Assurer un programme annuel d'audit patient traceur pour les UHTP ;
- Expérimenter des patients traceurs sur un parcours de santé avec les soins de ville en lien avec les professionnels concernés.

5. Evaluer et mesurer la qualité du service rendu

5.1 De la satisfaction à l'expérience patient

(Source : En lien avec Axe 5 fiche n° 4 PMP et de l'axe 1 du PU)

Le taux de retour des questionnaires est une source d'insatisfaction de l'institution et ne traduit pas le souci quotidien et la qualité dispensée auprès des patients par l'ensemble des professionnels.

Le recueil de la satisfaction et des points d'insatisfaction n'a de sens que s'il est répété au cours du temps et s'il débouche sur des modifications des pratiques soignantes. Il s'agira in fine d'interroger le projet thérapeutique, enjeu de l'alliance thérapeutique.

Par ailleurs, la sortie peut être considérée comme un moment de tension pour les patients, aussi le questionnement lors de ce moment doit être réinterrogé collectivement.

Il existe d'autres dispositifs complémentaires comme des enquêtes un jour donné à période donnée, des entretiens thématiques durant les réunions soignant/soigné.

Par ailleurs, les concepts « satisfaction des patients » et « expérience des patients » sont souvent utilisés de façon interchangeable pourtant, ils doivent être distingués :

- La satisfaction réfère au sentiment exprimé par les patients et fait partie des résultats des soins ;
- tandis que l'expérience désigne l'interaction réelle des patients avec le système, et fait partie des processus de soins (Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), 2002).

Actions :

- Proposer une réflexion sur l'organisation du recueil, du circuit du traitement et du suivi en termes de programme d'amélioration ;
- Initier une réflexion institutionnelle permettant d'élaborer, d'intégrer l'expérience patient dans le champ spécifique de la santé mentale et selon les spécificités (Unité d'Hospitalisation Temps Plein (UHTP), Hôpital De Jour (HDJ), adulte, enfant) ;
- Proposer de nouvelles modalités d'organisation type enquête un jour donné, format électronique.

5.2 Ecoute entourage

(Source : En lien avec Axe 5, fiche 4 du PMP et Axe 1 du PU)

La proximologie, un néologisme, nous invite à interroger l'accompagnement du proche au sein de nos institutions.

De la méfiance et de la mise à distance qui en découlait, le travail avec les proches s'impose, non sans difficultés, comme nécessité incontournable dans les soins de santé mentale. Aux yeux de nombreux professionnels, il garantit très souvent à terme une plus grande qualité et efficacité des soins.

Dès lors, le recueil de la satisfaction et de l'expérience du proche s'impose naturellement.

Actions :

- Proposer une réflexion sur l'organisation du recueil de la satisfaction et de l'expérience du proche, du circuit du traitement et du retour ;
- Elaborer une enquête satisfaction & expérience à l'attention des proches dans le champ spécifique de la santé mentale et selon les spécificités (UHTP, CMP, HDJ, adulte, enfant).

5.3 Ecoute partenaire

(Source : En lien avec Axe 2 du PMP)

Toutes les composantes du fonctionnement d'un établissement de santé doivent être évaluées et suivies d'actions d'amélioration. A ce titre, analyser la satisfaction des correspondants internes et externes est incontournable.

Pour l'EPS de Ville-Evrard, on entend par correspondants externes :

- L'ensemble des médecins généralistes ou spécialistes ayant une activité hospitalière, en services d'urgence, exerçant en établissement médico-social ou bien encore en cabinet et ayant adressé à l'EPS Ville Evrard au moins un patient en hospitalisation complète ou à temps partiel en structures adultes ou infanto-juvéniles ;

- L'ensemble des membres des équipes de soins au sens du nouvel article L.1110-12 du Code de la santé publique ;
- L'ensemble des structures intervenant dans la prise en soin des patients en aval et en amont.

Actions :

- Proposer une réflexion sur l'organisation du recueil de la satisfaction des correspondants externes, du circuit du traitement et du retour ;
- Proposer une réflexion pour chaque processus sur l'organisation du recueil de la satisfaction des clients internes, du circuit du traitement et du retour.
-

5.4 Personnel (baromètre social)

(Source : En lien avec le Projet social)

La Qualité de Vie au Travail (QVT) s'impose comme une nouvelle voie offrant des marges de manœuvre pour améliorer le bien-être du personnel, la qualité des soins et la performance des établissements de santé.

Cette question est portée par la HAS et l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (Anact) depuis fin 2010.

La DGOS a mis en place une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des établissements de santé fin 2016.

Ce concept est une démarche positive qui permet de se sortir de l'approche Risques Psycho-Sociaux (RPS), enjeux de conflictualité. Un « hôpital magnétique » considère les professionnels des établissements de santé comme des acteurs.

Actions :

- Poursuivre l'accompagnement du groupe processus QVT dans la formalisation de propositions sur les enjeux et les attendus en matière de QVT, approche sociale/sociétale d'une démarche développement durable institutionnelle ;
- Participer au choix d'un baromètre social pertinent pour l'institution et son analyse.
-

6. S'approprier les indicateurs

6.1 Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)

(Source : En lien avec Axe du PMP et projet de soins fiche 1.2)

Dans le cadre d'une politique coordonnée par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS), des indicateurs nationaux sont développés depuis 2003. Ce sont des outils d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients, d'aide à la décision et de pilotage interne.

Dans le cadre de l'application du décret du 20 avril 2017, le volet additionnel «Amélioration des pratiques en établissement de santé» du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des soins (CAQES) est une opportunité pour l'EPS de Ville-Evrard pour suivre institutionnellement les indicateurs IQSS.

L'amélioration de résultat de ces indicateurs passe par l'élaboration d'actions d'évaluations trimestrielles des IQSS, de communication et d'identifications de bonnes pratiques et de pistes de progrès à partager au niveau de l'établissement.

Actions :

- Mettre en œuvre des évaluations trimestrielles au niveau des pôles et de leurs unités
- Mettre en œuvre des tableaux de suivi adapté pour l'institution, les pôles et leurs unités intégrant les IQSS
- Construire avec les cellules qualité de pôle (avec les pilotes de processus), un tableau de bord unique comprenant l'ensemble des indicateurs/processus et le mettre en œuvre.

5.2 Indicateurs de performance clinique

(Source : En lien avec Axe 1 du PMP)

L'ensemble du monde hospitalier est soumis à de fortes contraintes en termes de ressources humaines et financières.

Il en est de même pour l'institution. Les politiques publiques interrogent de plus en plus la performance des établissements de santé internationaux (Vers des systèmes de santé plus performants. Rapport OCDE, 2004). Au niveau national, l'article 81 de la Loi Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2016 a introduit le CAQES.

Cette performance s'appuie sur la production et l'analyse d'indicateurs nécessitant un système d'information performant tel que le permettra l'informatisation du dossier patient.

L'institution pourra initier des travaux de mise en œuvre d'indicateurs qui permettraient d'étayer un dialogue de gestion avec les autorités de tutelles comme les indicateurs tout en permettant de disposer d'échelle pertinente pour la prise en charge des patients.

Des travaux sont en cours de déploiement au sein de la santé mentale comme par exemple l'outil Health of the Nation Scale¹⁰.

Actions :

- Collaborer avec les pilotes de processus pour établir une veille sur des indicateurs de performance clinique ;
- Accompagner la mise en test d'indicateurs de performance clinique.

CONCLUSION

Le projet des usagers ainsi que son évaluation périodique contribuent à son évolution d'une manière générale.

La Commission des usagers s'engage pour cinq ans, en partenariat avec la CME et la CSIRMT.

La mise en œuvre du projet des usagers 2018 - 2022 constitue un réel enjeu pour l'établissement. Par-delà, l'engagement de la CDU, la Direction et les instances, elle ne pourra être menée à bien qu'avec l'adhésion, la solidarité et la participation active des professionnels.

Elle ne pourra également pas se développer sans que l'établissement ne l'accompagne sur une réflexion prospective sur ses métiers, ses compétences, ses pratiques professionnelles, son organisation globale, ainsi que sur les attentes d'une clientèle multiple dont les patients constituent le cœur.

¹⁰ Health of Nation Outcome Scales (HoNOS-F), série d'échelles permettant de mesurer de façon simple la sévérité d'un large éventail de problèmes chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques, ainsi que leur évolution au cours du temps.

Fiches ACTIONS

Fiche 1.1 : Renforcer le droit des patients – développement des outils d'information papier

REFERENTS

- Chargée des relations usagers

Orientation stratégique décrite dans la feuille de route

Renforcer les droits des patients en leur proposant des outils d'information.

Objectif opérationnel

Améliorer et créer les outils d'information disponibles pour que les usagers puissent exercer leurs droits (patients et familles).

Descriptif de l'action

Création d'outils, notamment de fascicules, spécifiques :

- Livret d'accueil et questionnaire de satisfaction en plusieurs langues.
- Livret d'accueil et questionnaire – ambulatoire
- Affiche – synthèse du livret d'accueil, dans les services.
- Adaptation des outils existants aux mineurs (ex : livret d'accueil et questionnaire satisfaction).
- Adaptation des outils existants sur les mineurs pour les secteurs adultes qui prennent en charge des mineurs.
- Création de fascicules thématiques sur les soins sans consentement :
 - o Le tiers et la demande de tiers
 - o les soins sur décision du représentant de l'Etat
 - o les soins à la demande d'un tiers,
 - o le rôle du JLD et les audiences.

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Secteurs de pédopsychiatrie

Service des Admissions et Service des Affaires juridiques

Equipes de soins pour la diffusion et l'utilisation des outils proposés.

Moyens nécessaires

Logiciels de création comme Publisher.

Formation à l'utilisation de ces logiciels.

Impression des documents (service de reprographie).

Moyens à définir en fonction des actions.

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

2018 – 2022

Indicateurs

Nombre d'outils à disposition des équipes, des patients et des familles.

Fiche 1.2 : Renforcer le droit des patients – développement des outils d'information numérique

REFERENTS

- Chargée des relations usagers

Orientation stratégique décrite dans la feuille de route

Renforcer les droits des patients en leur proposant des outils d'information.

Objectif opérationnel

Améliorer et créer les outils d'information disponibles que les usagers puissent exercer leurs droits (patients et familles).

Descriptif de l'action

L'établissement souhaite s'inscrire dans une démarche de dématérialisation des outils d'information afin de les rendre plus accessibles :

- Création d'un questionnaire de satisfaction en ligne accessible sur internet.

D'autres pistes pourront être explorées afin d'étudier la faisabilité d'un accès à des outils d'information et de communication avec l'amélioration du confort au quotidien par une offre de service étendue.

- Accès Internet patient (espace wifi dédié) ;
- Accès aux services associés (Vidéo à la Demande (VOD), livres numériques, jeux, réseaux sociaux spécifiques, de l'information, etc.) ;
- Prise de rendez-vous sur internet (CMP) ;
- Confirmation et rappel des rendez-vous par SMS ou mails.
- Transmission numérique du dossier patient
- Transmission numérique et réponse aux réclamations.

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

DFSI, DCOM, équipes de soins

Moyens nécessaires

A définir selon les projets retenus et les compétences internes (développeur web par exemple)

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

2018 – 2022

Indicateurs

Taux de remplissage du questionnaire de satisfaction en ligne.

Fiche 1.3 : Créer un lieu d'échange, d'écoute, d'expression et d'information des usagers à travers la création d'une maison des usagers

REFERENTS

- Commission des usagers / DQRJU
- En partenariat avec Drs Daoud et Kayser, Référents Fiche 5.3 du projet médical « Partenariat usagers familles »

Orientation stratégique décrite dans la feuille de route

Renforcer l'accueil, l'information et l'accompagnement des usagers et des familles dans le parcours de soins.

Objectif opérationnel

Créer une passerelle entre les patients, leurs familles ainsi que des associations partenaires et bénévoles. Mettre en place un espace de soutien et d'échanges afin de mieux appréhender les problèmes liés à la maladie psychique et accompagner le patient et son entourage dans les différentes étapes du parcours de soins.

Descriptif de l'action

Evaluation des besoins/ enquêtes usagers - identification des besoins

Identifier les acteurs nécessaires pour contribuer et faire vivre la maison des usagers (nouveaux partenariats associatifs)

Elaboration d'un cahier des charges avec plusieurs possibilités :

- maison des usagers sur site de Neuilly sur Marne
- maison des usagers numérique (blog, forum, etc.)
- maison des usagers itinérante (bus)

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Services de soins : Chefs de Pôles, encadrement soignant dans le cadre de l'identification des besoins, en lien avec les usagers

Associations d'usagers/ démarchage

Service informatique et Direction de la communication dans le cadre de la création d'une MDU numérique.

Moyens nécessaires

% ETP/ coordination de la Maison des usagers (MDU)

Formations/ associations d'usagers

Formations/ informatique MDU numérique

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

2018 - 2022

Indicateurs

Création effective de la Maison des usagers

Fiche 1.4 : Renforcer la place de la CDU et des représentants des usagers

REFERENTS

- CDU

Orientation stratégique décrite dans la feuille de route

Renforcer les droits collectifs et individuels des usagers :

- Construire une dynamique pour faire connaître la Commission des usagers et faire évoluer la représentation des droits des usagers dans les cultures professionnelles et les établissements.
- Favoriser la collaboration et le décloisonnement entre RU et soignants.
- Construire un partenariat autour des enjeux de qualité et sécurité des soins

Objectif opérationnel

Accompagner les représentants des usagers dans le suivi de la réalisation du projet des usagers

Créer un forum des associations

Créer un groupe de travail composé des RU titulaires et suppléants + autres associations.... Faire connaître les RU aux professionnels et aux usagers

Descriptif de l'action

Mettre en place une CDU spéciale ambulatoire

Créer un forum des associations

Créer un groupe de travail composé des RU titulaires et suppléants et d'autres associations.

Faire connaître les RU aux professionnels et aux usagers notamment par le biais d'une CDU itinérante.

Association des RU sur des thématiques spécifiques liées à la vie institutionnelle – ex : patients traceurs.

Consultation des Associations de bénévoles ayant signé conventions avec l'établissement et intervenant en son sein

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

DQRJU/ CDU

CME

Services de soins : Chefs de Pôles, encadrement soignant dans le cadre

RU et Associations d'usagers conventionnées par l'établissement

Moyens nécessaires

Formation des représentants des usagers

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

2018 – 2022

Indicateurs

Nombre des RU dans les Commissions, comités, groupe de travail, projets

Fiche 1.5 : Respect des libertés individuelles et de gestion des mesures de restrictions de liberté

REFERENTS

- Pilotes et Responsables opérationnels du processus Droits et information du Patient (DIP)
- Service Qualité Risques

Orientation stratégique décrite dans la feuille de route

Garantir le respect des droits des patients en soins libres dans le cadre d'une restriction d'aller et venir.

Objectif opérationnel

Améliorer la gestion des mesures de restrictions de liberté.

Descriptif de l'action

Réflexion sur la prise en charge des patients en soins libres dans des services fermés.

Etat des lieux des unités concernées par les chambres fermées entre 15h et 17h

Relire les règlements de fonctionnement des UHTP (courrier à l'attention de l'encadrement) afin de vérifier qu'ils ne contiennent pas de mesures contraire à la liberté d'aller et venir.

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Services de soins : Chefs de Pôles, encadrement soignant

Groupe de travail sur les restrictions des libertés

Moyens nécessaires

Courriers / questionnaire = état des lieux

Temps d'analyse et traitement des retours d'informations.

Courriers / Lettre DQRJU : Communication résultats

Mise en place groupe de travail pluriprofessionnel pour mise en œuvre d'actions d'amélioration.

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

Janvier 2018 : lancement de l'état des lieux

Février - Mars 2018 : Analyse

Mars - Avril 2018 : communication

Avril - Mai 2018: lancement groupe de travail pour la mise en place d'actions correctives

Indicateurs

Taux de retour des questionnaires d'enquête

Taux de retour des règlements de fonctionnement des unités.

Fiche 1.6 : Promouvoir les droits des patients à la lumière des recommandations des autorités extérieures

REFERENTS

- Chargée des relations usagers
- Responsable des Affaires juridiques
- Responsable des admissions
- Animateurs Groupe EPP n°6 – Soins sans consentement.

Orientation stratégique décrite dans la feuille de route

Renforcer les droits des usagers en s'appuyant sur les recommandations par les autorités extérieures (Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté – CGLPL – Juges des Liberté et de la détention – JLD, Haute Autorité en Santé – HAS).

Objectif opérationnel

Améliorer la mise en œuvre et le respect des droits des patients.

Descriptif de l'action

Analyser les rapports de visites et les rapports thématiques du CGLPL pour améliorer nos pratiques et valoriser les actions mises en œuvre au sein de l'établissement.

Ex de rapports à analyser :

- Rapports CGLPL – Visites VE
- Rapports CGLPL – isolement / contention
- Rapports CGLPL – les mineurs en psychiatrie
- Recommandations HAS – sur les certificats

Analyser les motifs de levée des mesures des soins sans consentement et proposer des actions correctives.

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Services de soins : Chefs de Pôles, encadrement soignant
Directions fonctionnelles
Groupe EPP n°6

Moyens nécessaires

A déterminer selon les actions correctives qui seront décidées.

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

2018 – 2022

Indicateurs

Nombre de levées des mesures de soins sans consentement

Nombre de recommandations mises en place

Fiche 1.7 : Développer les partenariats

REFERENTS

- CDU
- DQRJU - Responsable des Affaires juridiques - Responsable des admissions

Orientation stratégique décrite dans la feuille de route

Développer des partenariats pour favoriser les parcours de soins sans rupture de prise en charge.

Objectif opérationnel

Le développement et le renforcement des partenariats favorisent la prise en charge et l'accompagnement du patient dans son milieu de vie ordinaire tout en permettant une structuration du parcours de proximité et une coordination de cette offre de prise en charge.

Descriptif de l'action

- Développer le partenariat avec les aidants (famille, proche, pair aidant)

A travers une information spécifique adaptée aux proches, la mise en place de l'éducation thérapeutique au sein de l'EPS – fiche 5.4 du PM « Unité transversale d'éducation thérapeutique du patient (UTEP) – Référent Dr Favré.

Et également en partenariat avec les Référents de la fiche action 3.4 bis du PM – « Programme PROFAMILLE » - Dr Linarès, Mme Florentin

- Développer les réseaux de ville

En partenariat avec les Référentes de la fiche action 3.5 du Projet Médical (PM) – « Articulation Hôpital – Ville », Drs Yekhlef et Linarès

- Développer et renforcer les partenariats avec les hôpitaux généraux afin d'améliorer l'offre de soins et l'accueil en cas d'urgence et de crise.

Redéfinition et actualisation des conventions – en soutien du Secrétariat général.

En partenariat avec les Référents de la fiche action 2.2 du PM – « Permanence des soins, réorganisation des gardes et urgences » et fiche 2.2 bis – « Coordination des accueils urgence et orientation » (Drs Beaucousin et Pécot, Mme Rideau et M. Amato)

- Renforcement du partenariat et du dialogue entre la psychiatrie, la justice et la Police

Formations VE – TGI à pérenniser, amélioration de la gestion des audiences foraines, Développement des partenariats initiés à travers la convention Santé Justice Police

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

CDU et représentants des usagers

Direction générale / Secrétariat Général
Pôles et équipes de soins

Service des Admissions et Service des Affaires juridiques

Moyens nécessaires

Formations

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

2018 – 2022

Indicateurs

Nombre de conventions, nombre des formations, nombre de réunions.

Fiche 2.1 : Mettre en œuvre la gouvernance intégrée "Qualité / Risque / Evaluation"

REFERENTS

- DQRJU
- CoPil Qualité Risque

Orientation stratégique décrite dans la feuille de route

Construire et mettre en œuvre du schéma de gouvernance qualité risques en cohérence avec la démarche par processus et par activités

Objectif opérationnel

Définir et valider le schéma de gouvernance : management stratégique, par processus, opérationnel par pôle en cohérence avec la cartographie des processus institutionnelles
Définir et valider le rôle et missions des instances & intervenants (pilotes de processus, responsables opérationnels, cellules qualité risques, comités et commissions, services)

Descriptif de l'action

Mettre en place les cellules qualité de pôles
Contractualiser la démarche par pôle

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Equipe Qualité Risques
Pilotes de processus
Référénts qualité risques par pôles

Moyens nécessaires

Formation des référents qualité risques par pôles

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

janv-18 :

Fiche de mission: Pilotes processus, cellule qualité de pôle, référents qualité risques médical/paramédical, responsable opérationnels de processus.

févr-18 :

Modalités de conception du PAQSS (actions, indicateurs) formalisées et validées

Programme PAQSS de pôle formalisé

- Qualité (GeD, Q satisfaction, ...)

- Risques (FEI, EIG, ...)

- EPP/APP (PT, ...)

déc-19 :

PAQSS par pôle renseigné, mise en œuvre, suivi trimestriellement & revu annuellement

Indicateurs

Programme PAQSS de pôle formalisé

Contrat qualité par pôle

Item Qualité (GeD, Q satisfaction, ...)

Item Risques (FEI, EIG, ...)

Item évaluation : EPP/APP (PT, pertinence des soins, IPC), tableau de bords indicateurs

Fiche 2.2 : Poursuivre et renforcer le système de gestion des risques au niveau managérial et au niveau opérationnel

REFERENTS

- Service Qualité Risques
- DFSI

Orientation stratégique décrite dans la feuille de route

Assurer une gestion des risques a priori et a posteriori

Objectif opérationnel

Améliorer le système d'information de la gestion des risques (suivi de la mise en place des actions)
Améliorer le suivi des fiches de signalement des événements indésirables par l'évaluation d'impact des actions en termes de gestion des risques

Descriptif de l'action

Mettre en place la version V8 du logiciel ENNOV en intégrant la démarche processus et en lien avec le PAQSS institutionnel

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Service Qualité Risques
DFSI

Moyens nécessaires

Logiciel Ennov V8

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

déc-18
Déploiement Ennov V8 (approche processus avec suivi des actions)

Indicateurs

Déploiement réalisé

Fiche 2.3 : Poursuivre et renforcer le système de gestion documentaire

REFERENTS

- Service Qualité Risques
- DFSI

Orientation stratégique décrite dans la feuille de route

Accompagner l'institution dans la mise en œuvre de la démarche qualité par processus

Objectif opérationnel

Améliorer la maîtrise de la gestion documentaire :

- maîtrise du cycle de vie documentaire
- navigation conviviale pour l'utilisateur final,
- un circuit de traitement adapté pour les gestionnaires des sites ou départements (cycle de vie documentaire, contrôle des signatures, traçabilité des consultations)
- structure documentaire cohérente avec le DPI et l'approche processus
-

Descriptif de l'action

Mettre en place la version Gestion documentaire du logiciel ENNOV en intégrant la démarche processus et en lien avec le PAQSS institutionnel

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Service Qualité Risques
DFSI

Moyens nécessaires

Logiciel Ennov Gestion documentaire

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

déc-20 :

Déploiement Ennov Gestion documentaire

Liste des documents accessibles en cas d'urgence sous format papier (situation dégradées en cas de panne informatique)

GeD mise en place en lien avec le DPI et l'approche processus

Indicateurs

Déploiement de la GeD réalisé

Fiche 2.4 : Inscrire l'évaluation dans la démarche d'amélioration de la sécurité des soins

REFERENTS

- DQRJU
- Commission EPP
- Co-animateurs Patients Traceur

Orientation stratégique décrite dans la feuille de route

Accompagner l'institution dans la mise en œuvre de la démarche d'évaluation au niveau de chacun des processus et des pôles

Objectif opérationnel

Pour les processus :

- Mettre en place des revues de processus : suivi plans d'actions, indicateurs
- Mettre en place des audits processus

Pour les pôles :

- Pérenniser les démarches d'EPP/APP à tous les secteurs d'activités
- Evaluer la satisfaction des parties intéressées

Descriptif de l'action

Pour les processus :

- Former les auditeurs
- Organiser le plan d'audit
- Suivre les évaluations et les plans d'améliorations

Pour les pôles :

- Former les pilotes EPP
- Accompagner les équipes dans les démarches EPP/APP
- Accompagner les professionnels dans la mise en œuvre des enquêtes, des évaluations et des plans d'améliorations

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Co-animateurs patients traceurs

Pilotes de processus

Référent qualité des pôles

Service Qualité Risques

Moyens nécessaires

Formation des acteurs

Temps de travail des pilotes et de référents qualité risques par pôles

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

déc-18 :

Contractualisation de la démarche par pôle, v1

déc-19 :

Evaluation de la contractualisation de la démarche par pôle

Contractualisation de la démarche par pôle, v2

Indicateurs

Contrat qualité par pôle :

Item évaluation : EPP/APP (PT, pertinence des soins, IPC)

- EPP spécifique à chaque pôle
- EPP institutionnelle à généraliser

Item évaluation : satisfaction

- écoute usager & entourage
- écoute partenaire
- écoute personnel
- indicateurs