



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
HÔPITAL DE JOUR
CENTRE ANDRÉ BOULLOCHE**

56, rue du faubourg poissonniere
75010 Paris
OCTOBRE 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	19
DOSSIER PATIENT	24
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	28
ANNEXE	32

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

HOPITAL DE JOUR CENTRE ANDRE BOULLOCHE	
Adresse	56, rue du faubourg poissonniere 75010 Paris
Département / région	PARIS / ILE DE FRANCE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but non lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	750720674	ASSOCIATION CEREP	31 rue du faubourg poissonnière 75009 PARIS 09
Etablissement de santé	750170375	HOPITAL DE JOUR DU PARC MONTsouris	20 boulevard jourdan 75014 Paris
Etablissement de santé	750008419	CENTRE PHYMENTIN	56 rue abbe groult 75015 PARIS 15
Etablissement de santé	750170110	HOPITAL DE JOUR CENTRE ANDRE BOULLOCHE	56, rue du faubourg poissonniere 75010 Paris
Etablissement de santé	750007619	CENTRE PHYMENTIN - EPI/USIS	3 rue ridder 75014 Paris

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	66

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	
Regroupement / Fusion	
Arrêt et fermeture d'activité	
Création d'activités nouvelles ou reconversions	

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :
- la certification de l'établissement (A).

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité de santé.

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

L'établissement n'est pas assujéti au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé.

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Enfant	HDJ Centre Bouilloche	/	/	/	Santé mentale
2	Enfant	HDJ Centre Phymentin	/	/	/	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

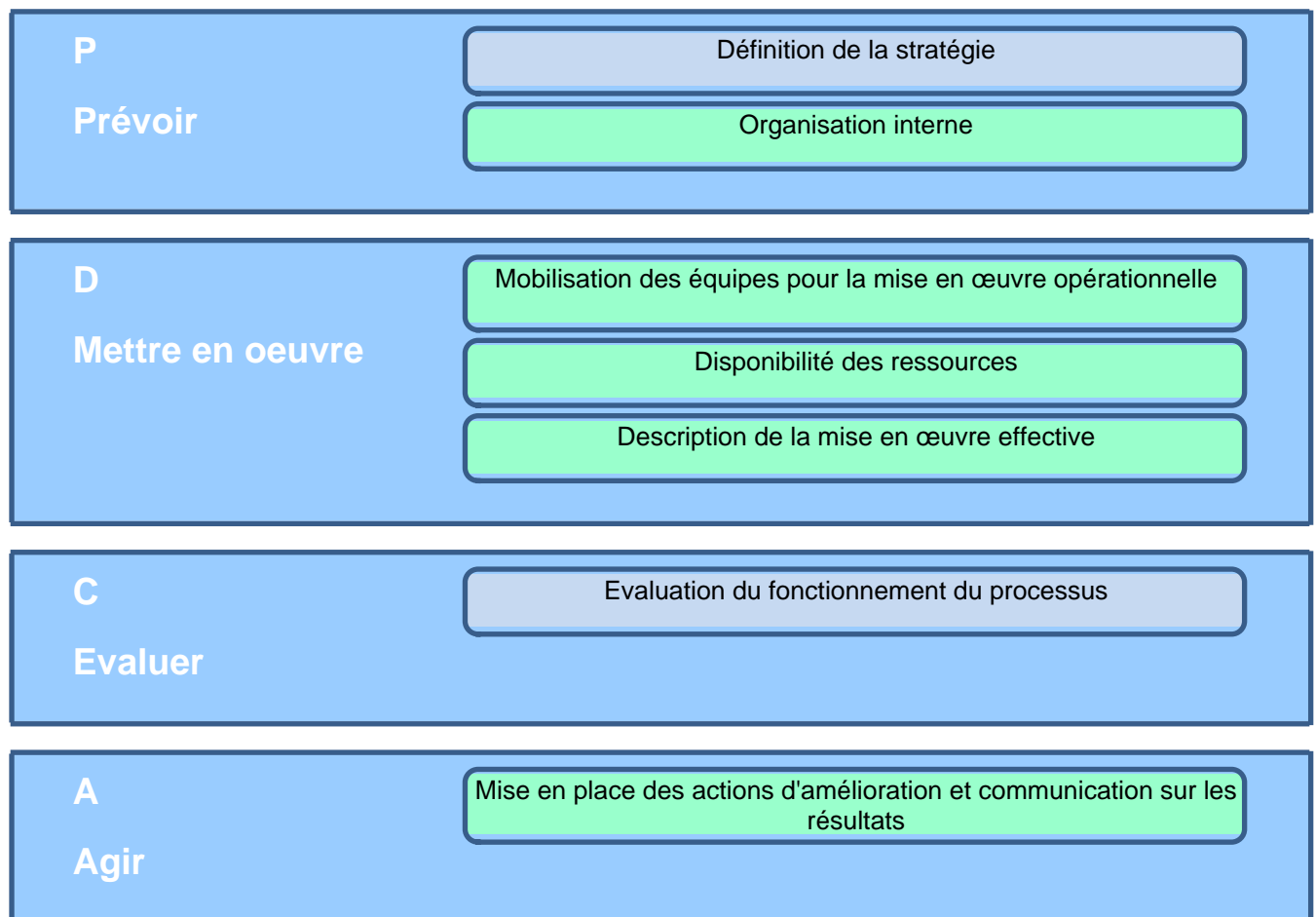
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins intégrée dans les orientations stratégiques et intégrant une stratégie de développement de l'EPP. La stratégie EPP est formalisée et validée en COPIL. Elle doit être validée en CME courant mars 2016. Les représentants des usagers participent à l'élaboration de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé et prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents. Le plan d'action est élaboré par thématique, les priorités sont définies. La prévision des échéances est fixée ainsi que la responsabilité du suivi. Les actions sont reportées dans le compte qualité. Ces programmes sont validés par les instances. L'évaluation du PQGDR, élaboré en 2015, est programmée annuellement en juin 2016 avec une mise à jour du compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation de la qualité et de la gestion des risques se situe à deux niveaux :

- Au niveau de l'association par la CME, le COPIL associatif, les réunions RAQ, les groupes pilotes des thématiques. Le COPIL associatif coordonne la gestion globale de la qualité et des risques.

- Au niveau des structures de soins par la désignation d'un référent qualité d'un directeur médical et d'un directeur adjoint qui animent un COPIL, instance de pilotage et de régulation de la démarche qualité de chaque structure.

L'établissement identifie et hiérarchise ses risques selon une méthode définie. Les situations de crise sont identifiées et les procédures d'alerte sont formalisées. L'association a défini ses modalités de gestion des crises précisant les modalités de la cellule de crise, les situations d'évacuation ou de mise à l'abri des patients et professionnels par confinement ou pas par établissement. Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des EI. La gestion des plaintes et des réclamations est organisée et articulée avec le dispositif de gestion des EI. Un dispositif de gestion documentaire est en place par informatique, sur le site internet en cours d'évolution et par des classeurs qualité et instances qualité. Une coordination entre les vigilances, la veille sanitaire et réglementaire et la gestion de la qualité et des risques est organisée

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'organisation du dispositif des différents établissements s'appuie sur une organisation interne avec un référent qualité, un directeur adjoint un directeur médical socle d'un COPIL permettant de prendre en compte les priorités à la fois associatives mais aussi les spécificités liées à la population prise en charge. Le COPIL réunit les équipes pour l'élaboration et le suivi du plan d'amélioration de l'établissement. Les plaintes et les réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés. Un accompagnement est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP. Les professionnels sont périodiquement informés sur la mise en œuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les résultats des indicateurs de qualité et sécurité des soins sont diffusés. L'engagement des professionnels est effectif dans la mise en œuvre des démarches.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le système de mise à jour des documents est opérationnel. Suite à la fusion des 2 associations, un travail d'actualisation des procédures et protocoles a été effectué avec la participation des professionnels concernés. Ces documents sont accessibles à tous les professionnels. La gestion documentaire est connue des professionnels. Elle s'appuie sur l'information disponible par informatique, et un document synthétique de la démarche qualité gestion des risques: le mémento démarche qualité diffusé à tous les professionnels. Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques à priori. Les professionnels sont formés au signalement des EI et leur analyse. La mise en œuvre de la démarche QGDR a été précédée de formation: formation des directeurs administratifs et médicaux, et référents qualité sur la démarche qualité, sur les nouvelles exigences de la certification V2014 et une plus spécifique sur le patient traceur.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les

secteurs. Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération des risques sont mises en place. L'analyse des causes profondes des EI graves et récurrents est réalisée. Les fiches d'événements indésirables sont remplies par les professionnels et transmises au référent qualité de l'établissement. En cas d'événement grave, la direction est simultanément informée. Le traitement est réalisé en COPIL d'établissement qui se réunit mensuellement et le compte rendu est transmis au COPIL d'association. Les équipes sont destinataires des conclusions. Les bilans des événements indésirables sont étudiés en CRU. Les secteurs d'activité mettent en œuvre les démarches EPP.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif de participation des usagers est évalué. A la demande des représentants des usagers les modalités de fonctionnement de la CRU ont été adaptées. Il a été décidé et mis en œuvre une CRU "itinérante" qui va à la rencontre des familles dans les différents établissements. En 2015 sur les 4 réunions de la CRU, 3 ont été réalisées sur un HJ et la quatrième au niveau de l'association. Les représentants des usagers souhaitent maintenir cette expérience. Le suivi des plans d'actions des secteurs est assuré. La satisfaction des usagers est évaluée. L'enquête de satisfaction des familles a été réalisée fin 2015. Elle est programmée tous les 2 ans. L'analyse est réalisée au niveau de l'association et les résultats transmis au niveau de chaque établissement pour échange avec les équipes et à la CRU. Il existe un suivi de tableaux de bord d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité.

A / AGIR

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

Des actions correctives sont mises en œuvre suite à l'analyse des EI. Des actions d'amélioration sont mises en place en lien avec la CRU suite aux résultats de satisfaction.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

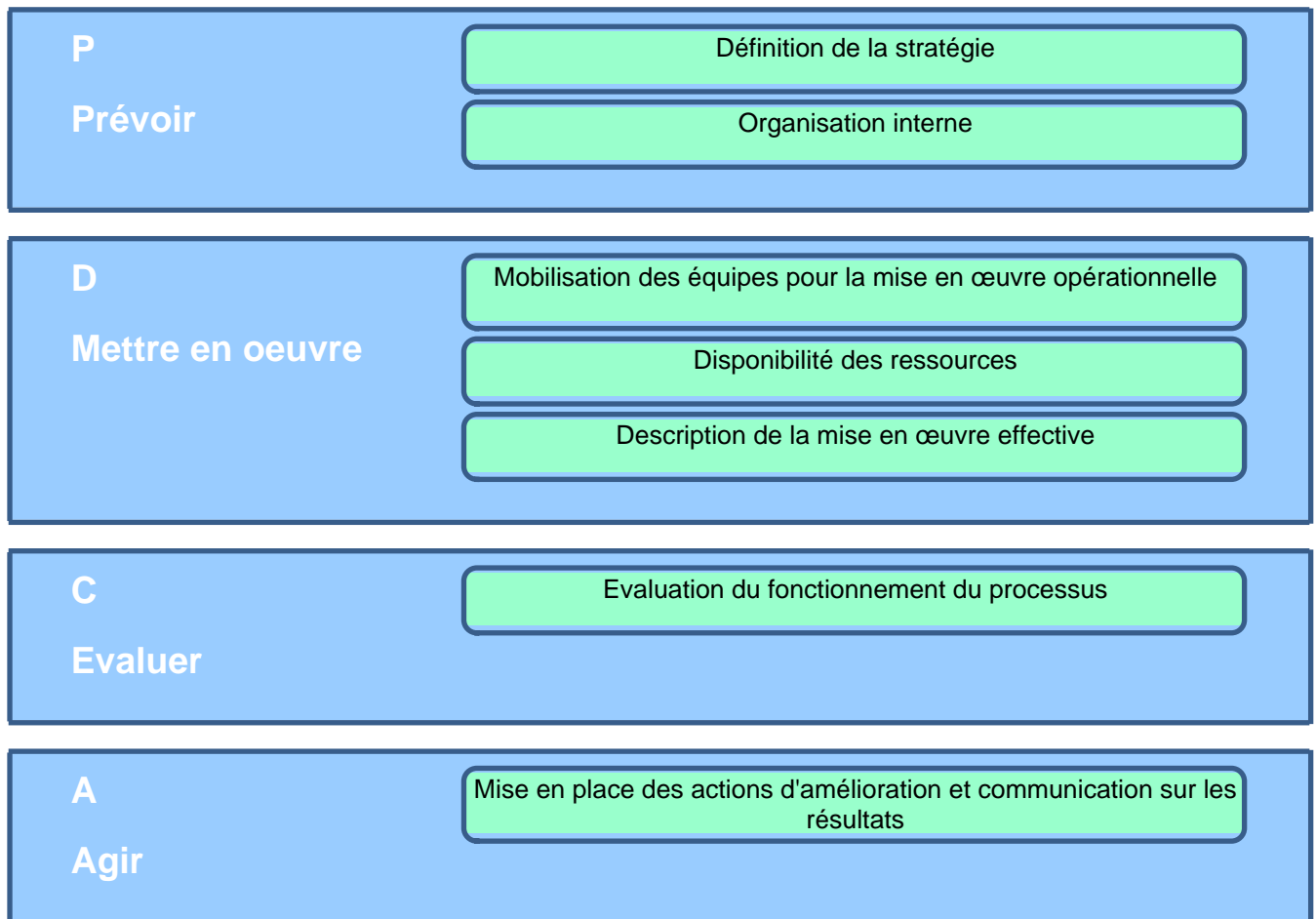
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de respect des droits des patients n'est pas formalisée. Le respect des droits des patients n'est pas inscrit dans les orientations stratégiques de l'association. Le projet associatif CEREP-PHYMENTIN fait cependant référence à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, à la Convention Internationale des Droits de l'Enfant ainsi qu'à la charte du patient hospitalisé. Une identification et une analyse méthodologique des risques concernant les droits des patients a été réalisée. Des plans d'actions ont été établis en lien avec les objectifs de la politique de respect des droits des patients et les différents risques identifiés. Ces plans d'actions sont structurés (pilotes, modalités de suivi, échéanciers...).

ORGANISATION INTERNE

Des pilotes des droits des patients sont identifiés. L'association a désigné une professionnelle référente des relations avec les familles pour l'ensemble de l'Association. Elle assure aussi les missions de secrétaire de la CRU et est coordinatrice de la gestion des risques. L'information des patients sur leurs droits est organisée (Livret d'accueil, affiche...). Le livret du patient et de sa famille qui intègre le livret d'accueil est remis à chaque admission. Il contient un document sur les valeurs et engagements dans le soin des différents professionnels. Un paragraphe spécifique sur les droits des patients informe sur la confidentialité des informations, informatique et liberté, l'accès au dossier, la personne de confiance et l'importance de participer au questionnaire de satisfaction. L'établissement a organisé le dispositif d'information du patient sur ses droits et sur les missions de la CRU. Elle est opérationnelle et se réunit régulièrement en présence des représentants des usagers (3 représentants). Afin de favoriser les échanges avec les familles, un Café-CRU a été mis en place. Ces rencontres conviviales, autour d'un café ont lieu le samedi matin dans les établissements, lors des réunions de rentrée ou groupes de parents. Cela concerne 3 réunions par an dans des établissements différents. Le projet de prise en charge est élaboré avec le patient ou son entourage et identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles. Un état des lieux des situations de maltraitance et des modalités de signalement des cas de maltraitance sont définis. Des organisations, procédures et protocoles sont formalisées sur les différents champs des droits des patients (bien-être, dignité, confidentialité, liberté individuelles, consentement, dommage lié aux soins, prise en charge de la fin de vie, etc...). En cas d'urgence psychiatrique une procédure est établie fixant les modalités pratiques d'adressage vers une structure compétente. Le protocole commun de conduite à tenir concernant un mineur en danger ou risquant de l'être à l'extérieur de l'institution (signalement) est élaboré. Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formalisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'actions sur le respect des droits des patients sont déclinés dans les services de l'établissement. Les responsables des services informent et sensibilisent régulièrement les professionnels sur les champs de la thématique droits des patients (bien-être, dignité, confidentialité, liberté individuelles, fin de vie, etc...). Un mémento contenant ces informations est remis à chaque professionnel. Les responsables des services s'assurent de la conformité des pratiques par des évaluations auprès des équipes, le suivi d'indicateurs et identifient des actions correctives en cas de besoins. Suite à des situations de violence rencontrées avec les adolescents, un recueil et une analyse des événements indésirables a été réalisé par les équipes. Une formation à destination des professionnels est mise en place pour la compréhension et gestion de ces situations.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les moyens humains sont adaptés. Cependant, les professionnels ne bénéficient pas de formations aux droits des patients ainsi que sur la prévention de la maltraitance. Le plan de formation n'intègre pas de formation aux droits des patients et aucune formation n'est mise en œuvre. La documentation (procédure, protocole...) sur les droits des patients est disponible dans les services. Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité, de l'intimité des patients et de la confidentialité des informations relatives aux patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre des libertés individuelles est effective. Les modalités d'information sur son état de santé sont mises en œuvre. L'expression des patients et de leur proche est favorisée. Les réunions

régulières avec les familles et groupes de paroles peuvent être des espaces de repérage des situations à risque de maltraitance. La traçabilité des différentes activités est effective (personne de confiance, consentement éclairé, volonté du patient, directives anticipées...). Les circuits et interfaces définis sont respectés et opérationnels. Les patients traceurs menés montrent la mise en œuvre effective des organisations.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des actions d'évaluation en matière de respect des droits des patients (bienveillance, dignité, confidentialité, liberté individuelles, fin de vie etc...) sont mises en œuvre en lien avec la CRU et les structures concernées (comité éthique, CME...). La CRU est commune aux 5 structures de soins. Deux indicateurs sont suivis: taux de plaintes et de réclamations des familles, taux de satisfaction des familles dans le fait d'être associées à la prise en charge et au projet de soins. Le suivi des événements indésirables liés aux droits des patients est un nouvel indicateur issu du PAQSS et mis en œuvre en janvier 2016.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sur les droits des patients sont mises en œuvre et articulées avec le PAQSS. Suite à la proposition de la CRU de repenser son fonctionnement, la Direction a validé la CRU itinérante qui se réunit dans un hôpital de jour à chaque séance à l'exception de la séance de synthèse. L'objectif étant de favoriser la rencontre et la parole des familles sur les lieux de prise en charge. La communication des résultats d'évaluation et des actions d'amélioration mises en œuvre sont diffusés en interne et en externe.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	<p>La politique de respect des droits des patients n'est pas formalisée.</p> <p>Le respect des droits des patients n'est pas inscrit dans les orientations stratégiques de l'association. Le projet associatif CEREP-PHYMENTIN fait cependant référence à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, à la Convention Internationale des Droits de l'Enfant ainsi qu'à la charte du patient hospitalisé.</p>	1d
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les professionnels ne bénéficient pas de formations aux droits des patients ainsi que sur la prévention de la maltraitance.</p> <p>Le plan de formation n'intègre pas de formation aux droits des patients et aucune formation n'est mise en œuvre.</p>	1d

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

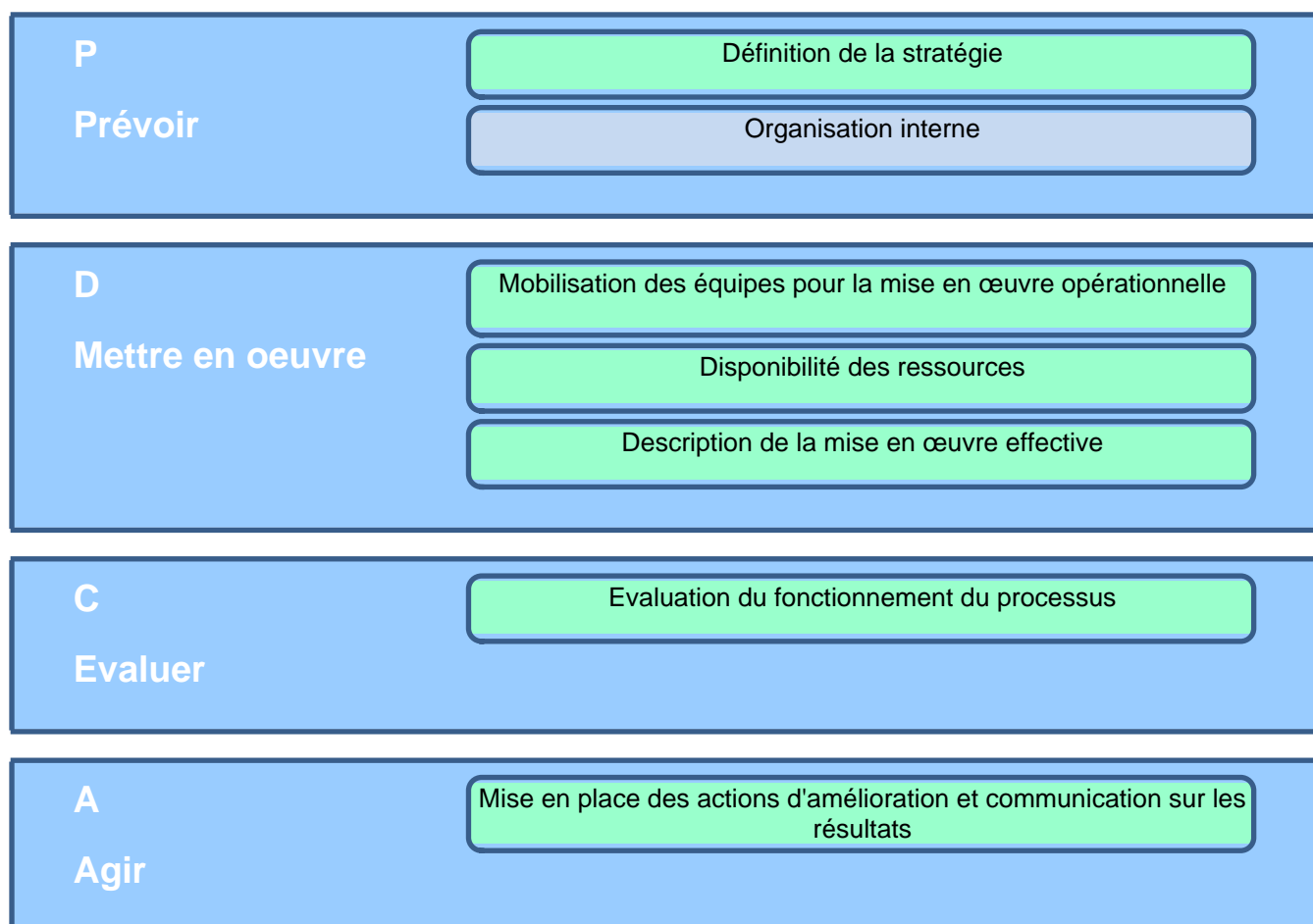
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a formalisé une stratégie et des objectifs sur le parcours des patients dans ses projets (projet d'établissement, projet médical, projet de soins...) en lien avec les orientations du territoire de santé notamment pour les enfants atteints de troubles envahissants du développement n'ayant pas accès à la scolarisation ordinaire. Un projet médical de territoire est formalisé et comprend un repérage et une évaluation des besoins. La stratégie répond à une identification et une analyse méthodologique des risques concernant le parcours du patient. Des plans d'actions ont été établis en lien avec les objectifs de la stratégie du parcours patient et les différents risques identifiés. Ces plans d'actions sont structurés (pilotes, modalités de suivi, échéanciers...).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage institutionnel est assuré par le COPIL ASSOCIATIF qui comprend le directeur de l'association, la coordonnatrice de la gestion des risques, l'adjointe qualité, les médecins-directeurs et directeurs des 4 structures de soins et les référents qualité. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Il existe un dispositif d'accueil formalisé permettant d'assurer la prise en charge du patient et / ou l'orientation de celui-ci vers une structure d'urgence. Les hôpitaux de jour ne sont pas habilités et n'ont pas vocation à répondre aux urgences psychiatriques. Les urgences en amont sont orientées vers les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de Paris ou les services de la Pitié-Salpêtrière. Un projet de soins / vie est élaboré avec les professionnels concernés et comprend les spécificités du patient. Des organisations, procédures et protocoles sont formalisées sur les différents champs du parcours patient. Une permanence médicale est assurée durant les heures d'ouverture des hôpitaux de jour (9h - 16h30). La gestion des interfaces et des circuits est organisée formalisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le rôle de relais des référents qualité favorise une adhésion des équipes à la dynamique de l'institution. La gestion des interfaces est régulièrement évaluée par le comité de pilotage associatif.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'actions de la stratégie du parcours patients sont déclinés dans les services de l'établissement. Les responsables des services informent et sensibilisent les professionnels sur les champs de la thématique parcours patient par le biais de réunions régulières avec la direction administrative et médicale de chaque secteur d'activité. Les responsables des services s'assurent de la conformité des pratiques par des évaluations auprès des équipes, le suivi d'indicateurs et identifient des actions correctives en cas de besoins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les moyens matériels sont disponibles dans les services pour la prise en charge du patient. L'établissement a identifié les difficultés architecturales de l'un de ses centres et s'inscrit dans un programme de relogement en collaboration avec l'ARS. La documentation (procédure, protocole...) sur le parcours patient est disponible dans les services et actualisés régulièrement. Les moyens humains sont adaptés et des formations sont organisées sur les différents aspects du parcours patient (formations collectives à la psychiatrie transculturelle, aux premiers soins et à l'évaluation de la douleur).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins, réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge. Les familles sont systématiquement reçues, informées et associées aux décisions médicales et au projet thérapeutique. Le projet de soins personnalisé est concerté, réévalué et tracé par le biais de réunions pluri professionnelles hebdomadaires. Un volet somatique est intégré dans le projet de prise en charge en santé mentale des enfants soit par un pédiatre attaché à la structure, soit par des consultations spécialisées dans des établissements ayant signé une convention avec le CEREP PHYMENTIN. Il existe un dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire. Des actions d'éducation à la santé sont mises en œuvre. En outre le CEREP PHYMENTIN oriente en tant que de besoin les patients présentant des pathologies particulières vers des structures mettant en place des programmes d'ETP. La traçabilité des différentes activités est effective (réflexion bénéfique / risque, prise en charge nutritionnelle). Les circuits et interfaces définis sont respectés et opérationnels. Les patients traceurs menés montrent la mise en œuvre effective des organisations.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des actions d'évaluation en matière de parcours patients sont mises en œuvre (audits, EPP, tableaux de bord, indicateurs spécifiques, rapport d'activité) et touchent l'ensemble du processus. Chaque professionnel établit annuellement la synthèse de sa prise en charge permettant d'ajuster le projet thérapeutique.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée auprès des professionnels et des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

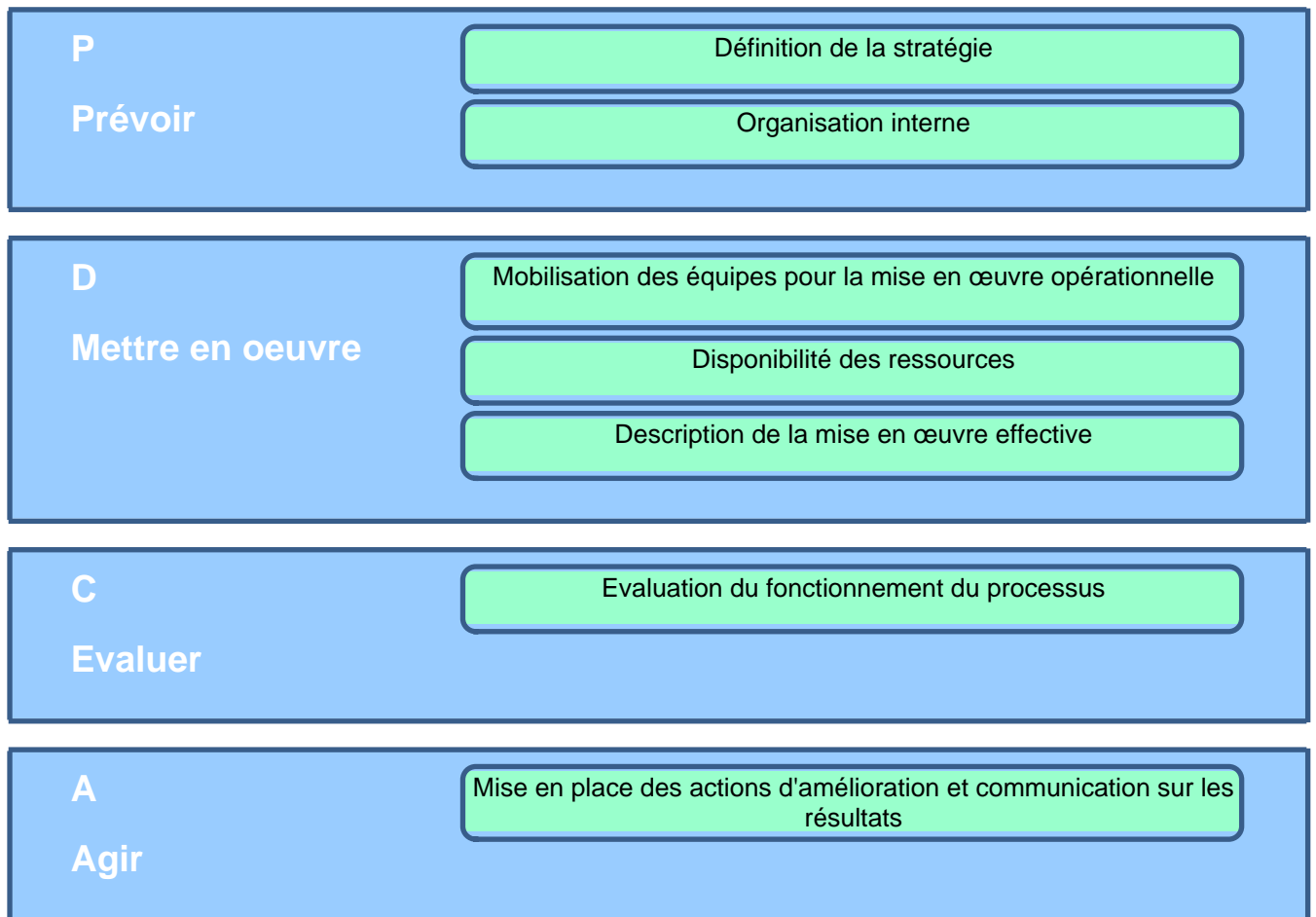
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Conformément aux orientations du CPOM et à l'engagement contractuel relatif au financement avec l'ARS, l'association a engagé sa réflexion et son travail pour la mise en œuvre d'un dossier patient informatisé. Le groupe de pilotage dossier patient est associé à ce nouveau projet. Dans le cadre de la démarche de fusion des deux établissements un des objectifs mis en œuvre a été l'harmonisation du dossier papier. Ce travail d'harmonisation a été réalisé fin 2015 à partir d'un bilan de l'existant avec la participation active des différents établissements et professionnels. La stratégie répond à une identification et une analyse méthodologique des risques concernant le dossier patient et la sécurité du système d'information. Des plans d'actions ont été établis en lien avec les objectifs de la stratégie du dossier et les différents risques identifiés. Ces plans d'actions sont structurés (pilotes, modalités de suivi, échéanciers...).

ORGANISATION INTERNE

Des pilotes du dossier patient et du système d'information sont identifiés. Un groupe pilote est constitué pour l'harmonisation du dossier patient papier et son évolution vers un dossier patient informatisé. Les rôles et responsabilités du groupe pilote sont définis.

Les règles de tenue et d'accès au dossier patient sont formalisées. Une procédure de tenue du dossier patient qui indique la politique de l'association, la composition et l'organisation du dossier, l'archivage et les modalités d'évaluation est établie. Les recommandations des certifications précédentes ont été prises en compte pour l'élaboration des grilles d'analyse. Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier du patient sont définies.

L'accès du patient à son dossier est organisé. L'organisation de l'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès est formalisée dans le livret d'accueil qui est remis à chaque admission et est disponible sur le site internet de l'association.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formalisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels (internes et externes) et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'actions de la stratégie de développement du dossier patient sont déclinés dans les services de l'établissement. Chaque établissement, en fonction des évaluations et des objectifs spécifiques accompagne les actions d'amélioration. Les responsables des services informent et sensibilisent régulièrement les professionnels sur les évolutions du dossier patient. Le médecin Directeur, le directeur administratif et le référent qualité sont les animateurs de ces démarches et garants des applications. Les responsables des services s'assurent de la conformité des pratiques par des évaluations auprès des équipes, le suivi d'indicateurs et identifient des actions correctives en cas de besoins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les moyens matériels disponibles dans les services pour la tenue du dossier patient. Les locaux d'archivage permettent l'accessibilité, l'intégrité, la sécurité, la confidentialité des dossiers. L'implantation d'armoires ignifugées est en cours d'installation dans les différents établissements. La documentation (procédure, protocole...) sur le dossier patient est disponible dans les services. Les documents d'information concernant l'accès au dossier pour les patients sont disponibles et accessibles. Les moyens humains sont adaptés et des formations sont organisées sur les différents aspects de la gestion du dossier patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge sont tracés en temps utile dans le dossier du patient. Cependant, certaines préconisations d'harmonisation sur les règles de tenue du dossier sont récentes et inégalement appliquées dans tous les établissements, ces démarches sont en cours. Par exemple le dossier de soins n'est pas dans tous les établissements avec le dossier médical, mais à la pharmacie.

La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est assurée en temps utile. Avec les correspondants externe, la communication est validée ou pas par le médecin référent de la structure. Pour les établissements de

l'association, le dossier est consultable sur demande auprès du médecin référent, et pour toute prise en charge partagée une synthèse du dossier est transmise et discutée lors des procédures d'admission.

Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation. Un établissement de l'association a eu 5 demandes d'accès au dossier en 2016. Le tableau de bord annuel de suivi des demandes d'accès au dossier est rempli pour transmission à la CRU.

Les circuits et interfaces définis sont respectés et opérationnels.

Les patients traceurs menés montrent la mise en œuvre effective des organisations sauf sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur qui n'est pas retrouvée dans tous les dossiers consultés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des actions d'évaluation en matière de dossier patient sont mises en œuvre et touchent l'ensemble du processus. L'harmonisation du dossier patient papier réalisée fin 2015 a été réalisée suite à une évaluation complète du dispositif. L'évaluation des nouvelles modalités et organisations du dossier papier est prévue à 6 mois de mise en œuvre. Le protocole prévoit une évaluation annuelle par établissement par des professionnels n'appartenant pas à la structure. La grille d'évaluation est "maison" et concerne les différents dossiers (médical, de soins, d'urgence médicale, administratif). L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients est réalisée en lien avec la CRU.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sur le dossier patient sont mises en œuvre et articulées avec le PAQSS. La communication des résultats d'évaluation et des actions d'amélioration mises en œuvre sont diffusés en interne et en externe. Les axes d'amélioration du dossier patient ont été présentés en CRU de décembre 2015.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité de l'évaluation de la douleur n'est pas tracée dans tous les dossiers Les documents créés récemment par le CLUD ne sont pas intégrés dans tous les dossiers des différents établissements. Le patient traceur 2 confirme ce constat.	14a
	PS	Les règles de tenue du dossier patient ne sont pas en application dans tous les établissements. Les préconisations d'harmonisation sont récentes et inégalement appliquées dans tous les établissements, mais ces démarches sont en cours. Par exemple le dossier de soins n'est pas dans tous les établissements avec le dossier médical, mais à la pharmacie.	14a

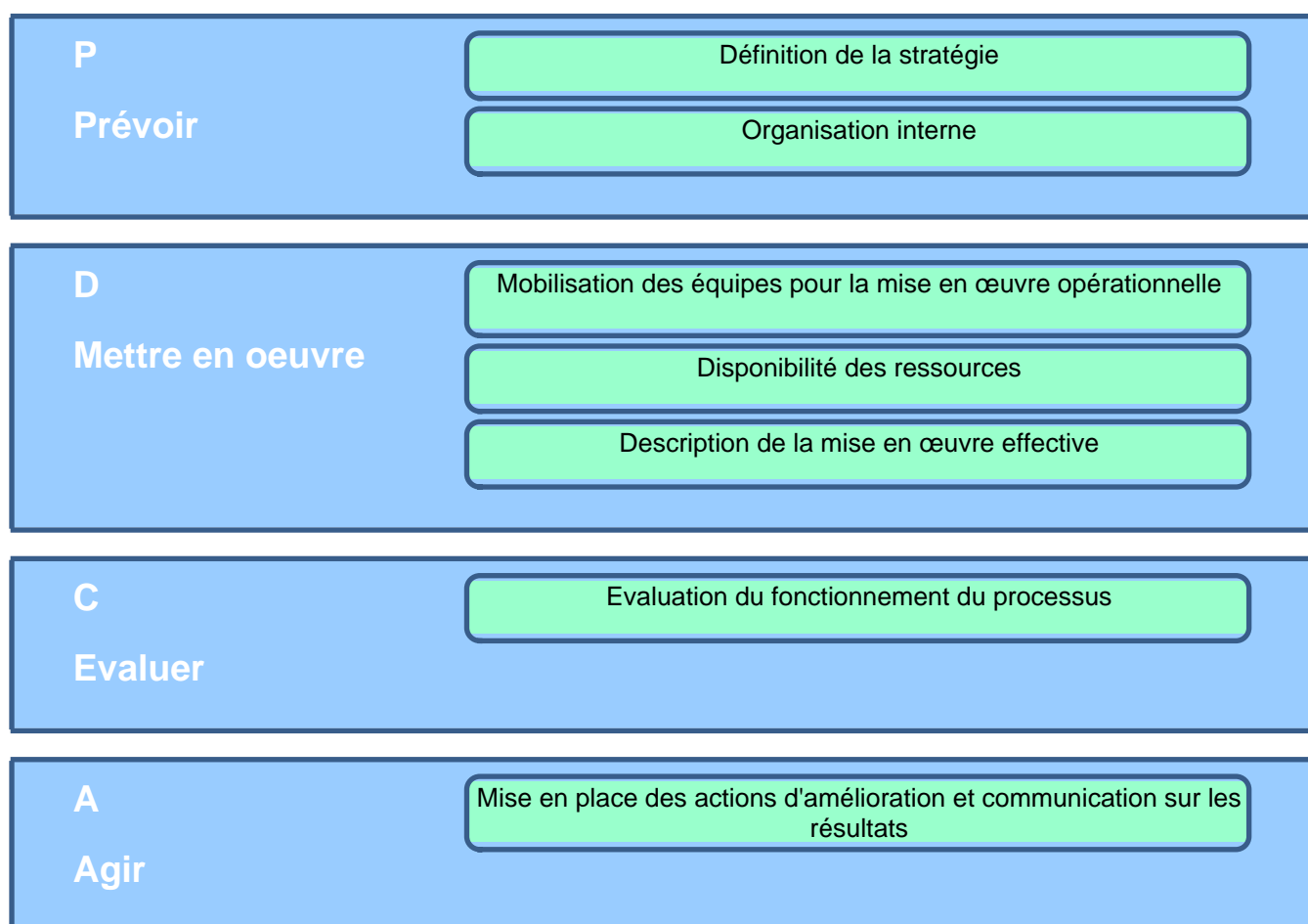
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a formalisé une politique et des objectifs sur la prise en charge médicamenteuse du patient en concertation avec les professionnels concernés sur une identification des besoins spécifiques au CEREP PHYMENTIN au regard de ses missions et des orientations régionales et nationales. La politique répond à une identification et une analyse méthodologique des risques concernant toutes les étapes du circuit du médicament (cartographie, compte qualité...). Des plans d'actions ont été établis en lien avec les objectifs de la politique de prise en charge médicamenteuse et les différents risques identifiés. Ces plans d'actions sont structurés (pilotes, modalités de suivi, échéanciers...). Le CEREP PHYMENTIN n'a pas réalisé l'informatisation complète de la prise en charge médicamenteuse du patient, celle-ci est prévue lors de la future mise en place de l'informatisation du dossier patient.

ORGANISATION INTERNE

Les responsabilités et missions des pilotes de la prise en charge médicamenteuse du patient sont établies. Un médecin désigné par la CME et une infirmière pilotent le processus de la prise en charge médicamenteuse. Bien que l'établissement utilise très peu les prescriptions médicamenteuses, il a mis en place le manuel qualité du circuit du médicament. Des règles et support de prescription et d'administration sont établis pour l'ensemble des services. Dans chacun des 4 hôpitaux de jour, une infirmière est responsable de la sécurisation du circuit du médicament et de son administration au patient sur prescription médicale. Une organisation est définie pour assurer la sécurisation de la dispensation des médicaments, notamment des médicaments à risques. Chaque structure a une convention avec une pharmacie de ville voisine pour la dispensation. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formalisée formellement pour faciliter la concertation entre la pharmacie et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'actions de la politique de prise en charge médicamenteuse sont déclinés dans les services de l'établissement. Les responsables des services informent et sensibilisent régulièrement les professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses. Les responsables des services s'assurent de la conformité des pratiques par des évaluations auprès des équipes, le suivi d'indicateurs et identifient des actions correctives en cas de besoins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans l'établissement. Des actions de formation aux risques d'erreur médicamenteuses sont organisées. Le livret du médicament, les procédures et les protocoles sont à la disposition des professionnels concernés. Les locaux et l'armoire à pharmacie sont conformes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge médicamenteuse du patient. Le circuit effectif de la prescription par le médecin, de la dispensation par la pharmacie de ville et de l'administration par l'infirmière dans chacune des 4 structures est respecté. L'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet du patient (incluant son traitement personnel) est effectuée par le pharmacien fournisseur. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

Les règles et supports de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs de l'établissement. Les règles d'administration sont respectées. La traçabilité de l'administration est assurée en temps réel par l'infirmière. La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie est assurée. La permanence pharmaceutique est organisée aux heures d'ouverture des 4 hôpitaux de jour.

Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments (hygiène et sécurisation) sont respectées. Les médicaments sont dans une armoire sécurisée dans le bureau infirmier.

Les patients, dans la mesure où leur état de santé le permet, et leur famille sont informés sur le bon usage des médicaments.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a réalisé un audit du circuit du médicament en 2015 et assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'indicateurs mis en place par l'établissement et de bilans d'activité annuels. L'évaluation est assurée par les pilotes du processus et par la directrice adjointe chargée de la qualité.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les 2 pilotes du processus (un médecin et une infirmière) réunissent les professionnels concernés et les informent des actions d'amélioration réalisées à ce jour selon le calendrier défini : harmonisation du protocole du médicament et de ses outils de traçabilité dans les 4 secteurs d'activité et harmonisation du support de prescription/administration. La communication des actions et des résultats auprès des professionnels est réalisée par le biais de la remise à chaque professionnel du memento démarche qualité (janvier2016) et par des réunions dans chaque secteur d'activité.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

ANNEXE

Tableau Récapitulatif des écarts par thématiques présent dans le rapport des EV

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Droits des patients	P / Définition de la stratégie	PS	La politique de respect des droits des patients n'est pas formalisée. Le respect des droits des patients n'est pas inscrit dans les orientations stratégiques de l'association. Le projet associatif CEREP-PHYMENTIN fait cependant référence à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, à la Convention Internationale des Droits de l'Enfant ainsi qu'à la charte du patient hospitalisé.	1d
	D / Disponibilité des ressources	NC	Les professionnels ne bénéficient pas de formations aux droits des patients ainsi que sur la prévention de la maltraitance. Le plan de formation n'intègre pas de formation aux droits des patients et aucune formation n'est mise en œuvre.	1d
Dossier patient	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité de l'évaluation de la douleur n'est pas tracée dans tous les dossiers Les documents créés récemment par le CLUD ne sont pas intégrés dans tous les dossiers des différents établissements. Le patient traceur 2 confirme ce constat.	14a
		PS	Les règles de tenue du dossier patient ne sont pas en application dans tous les établissements. Les préconisations d'harmonisation sont récentes et inégalement appliquées dans tous les établissements, mais ces démarches sont en cours. Par exemple le dossier de soins n'est pas dans tous les établissements avec le dossier médical, mais à la pharmacie.	14a