

LAROZE Manon

Master Management Sectoriel, Management des établissements médico-sociaux, de la qualité et des risques, et des flux.

Année universitaire 2016/2017.

V2014 : UNE PROCEDURE PLEINEMENT ADAPTEE A LA PSYCHIATRIE ?

SOUS LA DIRECTION DU PR HERVE HUBERT

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master,
soutenu le 14 octobre 2017.

Composition du jury :

Monsieur Hervé HUBERT, Directeur de mémoire et président du jury,
Professeur des universités à l'ILIS ;

Monsieur Laurent CASTRA, Directeur de la qualité, de la sécurité et de la protection des
populations, Agence Régionale de Santé Ile-de-France ;

Madame Anne-Sophie CASTRONOVO, Ingénieur qualité à l'Etablissement Public de Santé
Mentale de l'Agglomération Lilloise

Remerciements

Mes remerciements s'adressent d'abord à mon directeur de mémoire, le Professeur Hervé Hubert pour l'aide apportée au cours de ce travail.

Je tiens à remercier :

Monsieur Patrice Deconstanza, cadre supérieur de santé ;

Monsieur François Caplier, directeur des affaires médicales, de la qualité, et des relations avec les usagers ;

Madame Anne-Sophie Castronovo, ingénieur qualité ;

Madame Françoise Demarcq, assistante qualité ;

Et Mademoiselle Odile Tytgat, co-stagiaire de qualité ;

qui de par leur accueil bienveillant et convivial à l'Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise durant mes années de Master, m'ont permis de découvrir à la fois le domaine de la psychiatrie et le métier de responsable qualité.

Enfin, je remercie particulièrement mes parents et ma sœur pour leur soutien tout au long de ces années d'étude.

Sommaire

Remerciements.....	1
Sommaire.....	2
Introduction.....	3
Partie 1 – La procédure de certification V2014 : les bases du diagnostic.....	6
Chapitre 1 : La procédure de certification des établissements de santé.....	6
Chapitre 2 : La discipline psychiatrique et ses spécificités.....	13
Chapitre 3 : La démarche d'amélioration continue de la qualité en psychiatrie.....	21
Partie 2 – La procédure de certification V2014 : incompatibilités, difficultés et propositions.....	33
Chapitre 1 : Préparation et mise en œuvre de la démarche de certification.....	33
Chapitre 2 : Précisions méthodologiques et données générales.....	39
Chapitre 3 : Droits des patients.....	43
Chapitre 4 : La prise en charge médicamenteuse.....	52
Conclusion.....	60
Bibliographie.....	62
Table des illustrations.....	66
Table des matières.....	67
Annexes.....	69

Introduction

En France en 2015, 419 000 patients ont été hospitalisés en psychiatrie, ce qui représente six habitants pour mille. Ce chiffre est important certes, mais ne représente qu'une partie de la prise en charge en santé mentale. En effet, la même année, deux millions de patients ont été pris en charge en ambulatoire, c'est-à-dire qu'ils ont été suivis en ville via le Centre Médico-Psychologique (CMP), l'Hôpital de Jour, le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel ou une équipe de soins mobile. En réalité 86% des patients sont suivis exclusivement en ambulatoire. [1]

C'est l'une des spécificités de domaine de la santé mentale mais il y en a bien d'autres. Cette discipline a connu une évolution importante, aussi bien dans son organisation que dans la prise en charge des patients, en relativement peu de temps, en réponse à des besoins de santé croissants et se diversifiant.

De manière plus générale, au cours des dernières années, on a assisté à des modifications dans le monde de la santé. La demande de soins évolue, tout comme les mentalités des professionnels et des usagers. Parallèlement à cela, les aspects économiques deviennent de plus en plus exigeants dans les établissements de santé. Au total, il est demandé toujours plus de transparence et d'information aux établissements de santé et cela se traduit notamment par l'évaluation de leurs actions et de leurs bénéfices pour les usagers.

C'est dans ce cadre que la démarche qualité et plus particulièrement la démarche de certification a pu évoluer et prendre du sens dans le monde de la santé. Le décret du 7 avril 1997, précisant l'ordonnance d'avril 1996 portant réforme hospitalière, introduit la procédure alors appelée « d'accréditation » au sein du système de santé français.

La première procédure de certification, « V1 », inspirée de modèles étrangers anglo-saxons (notamment canadien), datant de 1999, fut développée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES, anciennement ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale, créée en 1989 et désormais HAS : Haute Autorité de Santé, créée en 2004). D'après le premier manuel d'accréditation, l'objectif de cette procédure est « de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients »¹.

La HAS l'adapte aux exigences en matière de qualité et de sécurité des soins. Elle va ainsi connaître un enrichissement progressif et évoluer régulièrement, passant de la V1 à la V2-V2007, puis la V2010 pour atteindre à ce jour sa quatrième version : la V2014. La démarche de certification est aujourd'hui un système d'évaluation externe obligatoire, qui a lieu tous les 4 à 6 ans par des « experts-visiteurs », professionnels mandatés par la HAS. Cette dernière version doit permettre « une certification plus continue et efficiente » avec des orientations stratégiques telles que :

¹ ANAES, Manuel d'accréditation des établissements de santé, Février 1999

« renforcer la capacité de certification à maîtriser les risques » ou « rendre continue la démarche d'amélioration de la qualité des établissements »².

La démarche qualité s'est aussi mise en place dans le domaine de la psychiatrie et cette discipline n'était pas la moins préparée pour faire face à l'évaluation. Les psychiatres ont souvent été confrontés à des remises en question (diversité des théories, difficultés rencontrées avec les patients, évolution de la prise en charge, etc.) et plus qu'ailleurs en psychiatrie, les professionnels travaillent en équipe pluridisciplinaire.

En psychiatrie, la qualité, et notamment la démarche de certification, doit permettre la mise en œuvre d'actions d'amélioration notamment sur certaines thématiques primordiales comme le respect des patients et de leurs droits. Cependant, et cela sera développé au cours de ce mémoire, la santé mentale est une discipline à part entière avec ces particularités. La démarche qualité doit pouvoir s'adapter aux spécificités de la discipline, que ce soit dans les soins ou dans l'organisation de la prise en charge. Elle va se retrouver confrontée, par exemple, à des pratiques « contraires » aux droits de l'homme comme la restriction de liberté ou la contention ; sujets face auxquelles on ne peut se réduire à l'application de protocoles.

Le docteur Christian Müller, psychiatre et président de la conférence des présidents de Commissions Médicales d'Etablissement (CME) de centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, s'exprime sur le sujet au cours d'une interview par la Haute Autorité de Santé (HAS) : « La certification en psychiatrie, contrainte ou opportunité ? »³ :

La psychiatrie, si elle revêt des spécificités concernant sa pratique, notamment dans la perspective d'une approche globale de l'utilisateur inscrit dans une histoire qui lui est propre, exigeant confiance et respect de l'intime, n'en n'est pas moins une discipline médicale comme les autres. À ce titre, elle requiert, elle aussi, qualité et sécurité des soins. La démarche de certification devrait être l'occasion de faire d'une contrainte une opportunité. [...]

Il y a effectivement un véritable défi à tenter de concilier l'aspect singulier de toute prise en charge d'une personne souffrant de troubles psychiques – qui nécessite, encore une fois, respect de l'intime et de la dignité de la personne parfois contrainte aux soins – et protocolisation, pourtant incontournables quand il s'agit de domaines aussi importants que les droits de l'utilisateur, la prise en charge de sa douleur, etc.

La psychiatrie est une discipline médicale qui, comme toutes les autres, nécessite une démarche de qualité et de gestion des risques qui comprend des phases d'évaluation se traduisant notamment par une procédure de certification. Mais cette spécialité a - on a tout juste commencé à l'évoquer - de réelles particularités qui doivent être prises en compte, alors que la procédure de certification des établissements de santé est la même qu'il s'agisse d'établissements d'hospitalisation en médecine et chirurgie « classiques » ou d'établissements de santé mentale.

² [En ligne] HAS, Historique de la certification, créé le 8 juin 2017, <https://www.has-sante.fr>, consulté le 20 juin 2017

³ [En ligne] HAS, La certification en psychiatrie : contrainte ou opportunité ? créé le 11 juillet 2013, <https://www.has-sante.fr>, consulté le 20 juin 2017

On pourrait alors s'interroger sur la pertinence de cette procédure dans ces derniers et se demander plus particulièrement si la procédure de certification V2014 est pleinement adaptée à la psychiatrie.

Pour y répondre, dans un premier temps il s'agira en quelques sortes de poser les bases du diagnostic en décrivant précisément la procédure de certification V2014 (ses fondements, la réglementation, les évolutions, etc.) et le secteur de la psychiatrie et ses spécificités, pour finalement tâcher de décrire la mise en œuvre de la démarche qualité dans cette discipline (outils et méthodes employés et leur facilité ou non d'utilisation en psychiatrie).

Un second temps sera dédié au cœur de l'analyse. Après avoir décrit la préparation et la mise en œuvre de la démarche de certification, cette partie sera consacrée à l'analyse de rapports de visites de certification (V2014) d'établissements de santé mentale se basant sur 2 thématiques en particulier : Les droits des patients et la prise en charge médicamenteuse (il s'agit des thématiques pour lesquels les établissements de psychiatrie ont le plus de recommandations ou obligations d'amélioration voire de réserves.). Cette analyse permettra de dresser des hypothèses sur l'utilisation de la procédure de certification à la psychiatrie : « qu'est ce qui ne fonctionne pas – ou moins bien - et pourquoi ? » et d'avancer des propositions d'adaptation.

Partie 1

La procédure de certification V2014 en psychiatrie : les bases du diagnostic

Chapitre 1 : La procédure de certification des établissements de santé

Avant de rentrer à proprement parler dans une analyse tentant de répondre à notre problématique, il convient de poser les bases du sujet. Cette première partie permettra d'abord de rappeler les fondements et l'évolution de la procédure de certification jusqu'à sa version actuelle. Puis nous tâcherons de décrire le domaine de la psychiatrie, par un bref historique, quelques notions réglementaires, avec en particulier l'idée de mettre en avant les spécificités de cette discipline. Enfin, il s'agira de décrire la mise en œuvre d'une démarche qualité et gestion des risques dans un établissement de santé dédié à la psychiatrie et de pouvoir en identifier les particularités.

I. Historique et législation

Pour comprendre l'état actuelle de la démarche de certification, il semble important d'en retracer l'historique notamment à travers l'évolution de la législation. [2]

C'est la loi du 3 janvier 1984 [3] portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier qui introduit la notion d'évaluation médicale en instituant les Commissions Médicales Consultatives (CMC) dans chaque établissement hospitalier. Parmi ses missions, la CMC doit « établir chaque année un rapport sur l'évaluation des soins dispensés dans l'établissement »⁴.

Un décret de 1987 crée auprès du ministère de la santé, un comité national pour l'évaluation médicale qui a pour mission de « suivre les initiatives et les résultats des évaluations dans le domaine médical. » et de notamment « veiller à ce que les évaluations et la diffusion des informations respectent l'éthique médicale. » Ce comité peut faire appel, pour des questions méthodologiques par exemple, à l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM). Cette agence fut alors créée en 1990 sous forme d'association loi 1901 avec pour objet la conduite de toute action dans le domaine de l'évaluation médicale. [4] [5]

Des articles de lois à part entière sont consacrés à l'évaluation pour la première fois dans la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière : [6]

Les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience.⁵

⁴ Article 24 de la loi n°84-5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier

⁵ Article L.710-4 du code de la santé publique

Cette loi désigne l'ANDEM comme support pour favoriser la mise en œuvre de ces évaluations avec notamment un rôle de conseil auprès des établissements. Elle doit participer à l'élaboration de méthodes d'évaluation et contribuer à leur mise en œuvre dans les établissements. Elle est aussi chargée de la diffusion des résultats d'évaluation et de la formation des professionnels.

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée instaure l'accréditation. Il s'agit d'une procédure d'évaluation externe obligatoire pour tous les établissements de santé. A compter de la publication de cette ordonnance, ils avaient cinq ans pour s'engager dans la procédure, dans un but d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins [7] :

Cette procédure [...] vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement [...] à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.⁶

Cette ordonnance institue l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), établissement public administratif qui remplace l'ANDEM. Un décret du 7 avril 1997 précise son fonctionnement. L'ANAES reprend les missions d'évaluations des soins et des pratiques professionnelles de l'ANDEM et se dote en plus de la mise en œuvre de la procédure d'accréditation dans les établissements de santé. Le décret précise : « L'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles porte notamment sur leur utilité, leur continuité, la satisfaction des patients ainsi que sur leur sécurité ». L'agence peut aussi se charger de l'évaluation d'actions et de programmes de santé publique. [8]

La première procédure d'accréditation, la V1, est lancée en 1999. Pour la conduire, un manuel d'accréditation a été conçu et dont les informations ci-après sont issues, notamment sur la façon dont elle a été élaborée [9].

Cette procédure doit permettre l'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins et de leur intégration dans une démarche d'amélioration continue avec notamment l'implication des professionnels de l'établissement. La reconnaissance externe de ces éléments pourra permettre une meilleure confiance du public.

Le manuel précise sept fondements et principes de la procédure V1 :

- La place centrale du patient
- L'amélioration de la sécurité des soins
- L'amélioration continue de la qualité
- L'implication des professionnels exerçant dans l'établissement de santé
- Une démarche continue
- Une obligation d'objectivité
- L'évaluation et l'amélioration continue de la méthode d'accréditation

⁶ Article L.710-5 du code de la santé publique

La démarche d'accréditation se base alors sur des référentiels, avec des critères et des indicateurs qui permettront de vérifier l'utilisation des recommandations de bonne pratique par les établissements de santé. Chaque référence exprime une attente, un objectif à atteindre. Ainsi, elle incite les professionnels à s'engager dans la démarche qualité de leur établissement et à travailler en pluridisciplinarité.

Les référentiels ont été rédigés par des groupes de travail constitués de professionnels venant de régions et de types d'établissements différents qui pouvaient avoir recours à des professionnels extérieurs experts dans des domaines spécifiques, ou encore à des représentants d'usagers. Leur élaboration s'est dans un premier lieu basée sur une analyse bibliographique portant d'une part sur les thèmes de l'accréditation et notamment sur les expériences étrangères et d'autre part sur les référentiels existants élaborés par des sociétés savantes ou groupes de professionnels. Dans un second temps, des enquêtes auprès des professionnels et des usagers des établissements de santé ont permis de préciser les thématiques traitées. La procédure s'inspire de modèles étrangers et notamment anglo-saxons mais l'ANAES a bien veillé à l'adapter aux particularités du système de santé français.

En 1998, les référentiels ont été testés lors d'une expérimentation de l'accréditation dans 40 établissements volontaires, représentatifs des différents types d'établissements de santé, qui ont pu apporter leurs remarques et suggestions aussi bien sur les référentiels que sur les différentes étapes de l'organisation de la visite d'accréditation.

La procédure d'accréditation V1 se déroule en plusieurs étapes. Après l'entrée dans la procédure, l'établissement doit procéder à une autoévaluation, en regards des référentiels. Les résultats de cette évaluation sont communiqués à l'ANAES. Dans un second temps aura lieu la visite d'accréditation. Elle est aussi basée sur les référentiels et s'appuie sur les résultats de l'autoévaluation. Elle a pour but d'évaluer l'implication de l'établissement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

C'est ainsi que se présentait la première version de la procédure d'accréditation mais celle-ci était vouée à évoluer et s'enrichir pour s'adapter aux exigences en matières de qualité et sécurité des soins. En 2004, plusieurs textes viennent apporter les premières modifications.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie crée la Haute Autorité de Santé (HAS) en remplacement de l'ANAES, puis un décret en précise les missions ainsi que les évolutions de la procédure. [10]

Le terme "certification" remplace désormais celui d'accréditation qui désigne alors l'accréditation des médecins (dispositif volontaire de gestion des risques médicaux en établissement de santé [11]).

Le décret définit alors la certification ainsi :

La procédure de certification des établissements de santé [...] a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et de l'ensemble des prestations délivrées, par services ou par activités, en tenant compte notamment de leur organisation interne ainsi que de la satisfaction des patients.⁷

Autorité publique à caractère scientifique, la HAS reprend des missions identiques à celle de l'ANAES à savoir : [12]

- Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent ;
- Élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion ;
- Établir et mettre en œuvre des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation des professionnels et des équipes médicales ;
- Établir et mettre en œuvre les procédures de certification des établissements de santé ;
- Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé.

La version actuelle de la loi attribue sept missions supplémentaire à la HAS telles que rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs, ou participer à l'élaboration de la politique de vaccination et émettre des recommandations vaccinales par exemples.

Suite à ces textes, le manuel est mis à jour et la 2^{ème} version de la certification (V2 puis V2007) entre en vigueur en 2005. On peut noter comme changement en particulier l'accent davantage mis sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) qui a pu engendrer une meilleure implication des médecins dans la démarche qualité des établissements.

En 2009, la 3^{ème} version de la procédure, la V2010 est créée et se base sur un nouveau manuel. Cette certification vise à évaluer l'établissement sur son fonctionnement global et ne plus se présenter comme une certification de chaque secteur composant l'établissement. Ainsi l'accent est mis sur le pilotage de l'établissement et notamment le management de la qualité.

Parmi les critères du nouveau référentiel, treize d'entre eux sont spécifiquement mis en avant, ce sont les "Pratiques Exigibles Prioritaires" (PEP) [13] :

- Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
- Gestion des risques
- Gestion des événements indésirables
- Maîtrise du risque infectieux
- Système de gestion des plaintes et réclamations
- Prise en charge de la douleur
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie
- Gestion du dossier du patient
- Accès du patient à son dossier

⁷ Décret n° 2004-1139 du 26 octobre 2004 relatif à la Haute Autorité de santé et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) et le code de la santé publique (partie réglementaire)

- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
- Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés
- Organisation du bloc opératoire.

L'évaluation de la qualité se base aussi désormais sur des indicateurs dont le recueil est obligatoire. Cela permet d'attester du travail d'évaluation et, en plus de renseigner un niveau de qualité, la mesure de ces indicateurs à intervalles réguliers permet d'apprécier l'efficacité des actions d'amélioration mises en œuvre.

Aujourd'hui ces IQSS, Indicateurs de qualité et de sécurité des soins, sont au nombre de 79 et évoluent régulièrement autour de thèmes transversaux : les infections associées aux soins, le dossier patient, le dossier d'anesthésie, les réunions de concertations pluridisciplinaires en cancérologie et la satisfaction des patients hospitalisés. D'autres indicateurs dits "de spécialité" concernent des prises en charge particulières comme l'accident vasculaire cérébral ou l'hémorragie post-accouchement.

II. La version actuelle : V2014

Actuellement, et depuis 2014, la certification a évolué vers une 4^{ème} version : la V2014. Pour cette nouvelle version et conformément aux souhaits exprimés par les professionnels, le manuel de certification reste le même (celui de la V2010), mis à jour pour l'occasion. On y retrouve les critères, les PEP et les indicateurs. [14] Seules deux pratiques exigibles prioritaires ont été ajoutées :

- Continuité et coordination de la prise en charge des patients ;
- Secteurs d'activité à risque majeur.

Bien que le manuel reste le même, la procédure V2014 comprend quelques changements.

a) *L'approche par thématique* [15]

Avec cette nouvelle version, les investigations sont menées par thématique sur la base de la méthode du "PDCA" (Plan, Do, Check, Act : quatre étapes de la démarche d'amélioration continue) et non plus de manière cloisonnée, critère par critère. De ce fait, la HAS a publié un document listant pour chacune des 20 thématiques, les Eléments d'Investigation Obligatoire (EIO) et les situations à risques. Les EIO sont « des points de passage obligés visant à garantir que chaque thématique est investiguée identiquement, sous tous ses angles, par tout expert-visiteur, dans tout établissement. » Ces éléments ont été choisis suite aux retours d'expérience de la certification V2010, ce sont les points essentiels au bon fonctionnement de la thématique ou ceux identifiés comme insuffisamment maîtrisés. Pour certaines thématiques, des situations à risque ont été aussi identifiées, il s'agit de situations qui si elles survenaient créeraient un risque grave et immédiat pour la sécurité des patients ou des professionnels. Suite à leur visite, c'est en fonction de l'analyse de ces éléments que les experts-visiteurs pourront juger de la maturité de chaque thématique.

b) Le compte qualité [16]

Autre élément nouveau de cette 4ème version, le compte qualité est l'élément d'entrée dans la démarche de certification et le support d'auto-évaluation pour les établissements. Concrètement, cet outil permet aux établissements de renseigner pour chaque thématique, les risques qu'ils évaluent comme prioritaires dans leur structure et en regard, les actions prioritaires à mener pour y faire face. Il permet aussi de renseigner des données comme des indicateurs, le tableau de bord des Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP), etc. Les IQSS au recueil obligatoire y sont automatiquement intégrés. Ces données peuvent être liées aux risques identifiés par l'établissement afin d'en faciliter l'analyse.

Le compte qualité est envoyé à la HAS six mois avant la visite, ainsi les experts-visiteurs peuvent cibler leurs investigations en fonction des éléments concrets qu'il contient. Deux ans après la visite, un compte qualité dit "intermédiaire" est renvoyé, mis à jour avec les données nouvelles de l'établissement et l'évolution des risques prioritaires et des plans d'actions. Cela facilite pour les établissements de santé, le suivi de leur démarche qualité-gestion des risques. Il simplifie en même temps pour la HAS le suivi des engagements des établissements en la matière grâce notamment au suivi de leur plan d'actions.

L'avantage du compte qualité est d'assurer une continuité et un suivi de la démarche qualité aussi bien pour les établissements que pour la Haute Autorité de Santé. Cette démarche s'appuie sur un programme d'actions évolutif établi selon les risques spécifiques de l'établissement.

c) Les visites de certification [17]

Les visites de certification ont débuté en janvier 2015. Avec la version V2014, la HAS a souhaité qu'elles puissent permettre une évaluation de la réalité des prises en charge. Ainsi, deux méthodes sont employées par les experts-visiteurs durant ces visites : l'audit de processus et l'évaluation patient traceur.

L'audit de processus reprend l'idée d'approche par thématique. Pour chaque thématique investiguée, les experts vont tâcher d'évaluer le niveau de maturité de chacune des sous étapes du "PDCA" et ainsi s'assurer de son efficacité. Cela passe par la rencontre de professionnels de l'établissement en lien avec le thème abordé, l'analyse de la gestion documentaire, et des visites de terrain.

La méthode du patient traceur consiste à évaluer le parcours de prise en charge d'un patient hospitalisé au moment de la visite. Elle passe par une analyse du dossier patient, un entretien avec l'équipe et parfois par une rencontre avec le patient. Cela permet de réaliser un diagnostic global à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui s'y rattachent.

A l'issue de la visite, un rapport de certification est rédigé, reprenant pour chaque thématique les conformités et les écarts identifiés. Il a été simplifié, se centrant sur les priorités et les améliorations à apporter. Il permet à la HAS de décider d'un niveau de certification de A à E (avec ou sans recommandations ou obligations d'amélioration, voire réserves). Il sert d'aide aux établissements pour la priorisation d'actions d'amélioration.

Ce rapport est public, diffusé sur le site de la HAS, il garantit une transparence sur le niveau de qualité et de sécurité des soins de tous les établissements de santé. Une visite de certification a lieu tous les 4 ans. Ce délai s'étend désormais à 6 ans pour les établissements certifiés A.

Cette 4^{ème} version représente une évolution importante de la procédure de certification. Elle se base toujours sur le manuel de certification, un référentiel élaboré par la HAS, qui reste inchangé par rapport à la V2010. Cependant, elle se caractérise par un certain nombre de nouveautés comme une approche par thématique (et non plus critère par critère). On note aussi la mise en place du compte qualité, outil d'autoévaluation, d'échange et de continuité de la démarche qualité. Enfin les méthodes de visites sont désormais plus centrées sur la prise en charge et adaptées aux spécificités des établissements. L'objectif de la certification des établissements de santé, lui, est toujours le même : promouvoir et évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Chapitre 2 : La discipline psychiatrique et ses spécificités

Après avoir saisi l'origine, l'intérêt et le fonctionnement de la procédure de certification, il est essentiel de poursuivre la contextualisation de notre étude à travers une présentation du domaine de la psychiatrie. Sans rentrer dans tous les détails, trop nombreux et parfois complexes, de l'histoire et du fonctionnement de cette discipline, cette partie permettra d'en décrire les aspects essentiels. En effet, il convient de définir la psychiatrie et d'en connaître les particularités pour être en mesure de mener par la suite une analyse la plus pertinente possible.

La psychiatrie est la partie de la médecine qui étudie les maladies mentales et leur traitement. Aujourd'hui, c'est une spécialité médicale hospitalière ou libérale qui se caractérise par une collaboration étroite avec les acteurs de santé de proximité (médecins généralistes), les structures médico-sociales ou sociales et les psychologues.

I. La psychiatrie en chiffres [18] [19] [20] [21] [1]

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁸, les maladies mentales sont les 3èmes plus fréquentes dans le monde derrière le cancer et les maladies cardiovasculaires. 25% de la population est concernée à un moment de sa vie par un trouble mental et les pathologies les plus sévères touchent une part significative des individus dans le monde : 1% pour la schizophrénie, 2% pour les troubles de l'anxiété généralisée, 3% pour la dépression. L'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au XXIème siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs. Ainsi, les troubles mentaux sont responsables d'une part majeure de la morbidité dans le monde.

En France, dans le cadre d'une enquête en population générale, 14% des personnes interrogées déclaraient souffrir d'une maladie psychique.⁹ La prévalence des troubles chroniques les plus graves peut être estimée au travers du dispositif des affections longues durée (ALD). En 2015, 1 615 353 personnes étaient inscrites dans ce dispositif pour "affection psychiatrique".¹⁰ Ces pathologies sont l'une des premières causes de reconnaissance d'invalidité et d'arrêts maladie de longue durée.

Les troubles mentaux ont des répercussions nombreuses pour le malade comme pour son entourage. Cela a notamment un impact important sur leur santé physique et leur vie personnelle et sociale. Les personnes souffrant de troubles psychiques sont plus souvent touchées par des problèmes somatiques. Les troubles psychiatriques sont ainsi généralement associés à une forte mortalité, souvent prématurée, notamment car ils sont responsable d'une large part des morts par

⁸ The World Health Report Mental Health: New Understanding, New Hope Geneva: World Health Organization, 2001 et OMS Europe 2006

⁹ Enquête Santé Protection Sociale (ESPS), 2008, IRDES

¹⁰ Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2017, annexe « programme de qualité et d'efficience maladie »

suicide¹¹. Ces pathologies entraînent souvent des phénomènes d'exclusion sociale, si bien qu'un tiers des personnes sans-abris souffre de troubles psychiques graves¹².

Les répercussions économiques ne sont pas négligeables. En France, le coût économique et social des pathologies mentales atteint 107 milliards d'euros par an dont 17 milliards pour le secteur sanitaire¹³. Ces chiffres comprennent par exemple les coûts indirects liés à la moindre productivité des entreprises, à la faible participation à l'emploi et ceux supportés par les individus malades eux-mêmes et leurs familles.

En France, l'offre de soins en psychiatrie s'appuie sur 57 000 lits d'hospitalisation à temps plein (pour 18.5 millions de journées en 2015, et une durée moyenne d'hospitalisation de 54 jours) et 29 000 places d'hospitalisation à temps partiel (hôpital de jour ou de nuit). En psychiatrie générale, l'activité à temps partiel ne représente que 17% des journées d'hospitalisation alors qu'en psychiatrie infanto-juvénile ce chiffre s'élève à 68%. Les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives, la schizophrénie, les troubles de l'humeur et les troubles névrotiques représentent une part majeure des diagnostics dans les prises en charge à temps complet ou partiel¹⁴. Au total en 2015, 420 000 patients ont été suivis en hospitalisation dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie (soit 6 français sur 1000), dont 79 000 sans consentement (soit 19% des hospitalisations). La prise en charge en hospitalisation accueille autant d'hommes que de femmes et l'âge moyen des patients est de 42,1 ans.

La prise en charge extrahospitalière est la plus courante. En effet, 2 millions de patients ont été suivis en ambulatoire en 2015 et 80% des patients de psychiatrie ne sont pris en charge que sous cette forme. Les 3 700 unités de consultations et centres médico-psychologiques (CMP) sont les pivots du dispositif ambulatoire (60%). Mais ce dispositif se déploie aussi au travers des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (14%), au domicile des patients (ou en institutions substitutives au domicile, 7%), en unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence, 5%), en établissements sociaux, médico-sociaux, en milieu scolaire, en établissement pénitentiaire (4%) ou en centre de protection maternelle et infantile (PMI). Les patients suivis en ambulatoire sont relativement jeunes : 1 patient sur 2 à moins de 40 ans (et 1 sur 4 moins de 18 ans). Il y a eu 20.5 millions d'actes en ambulatoire en 2015 dont les trois quarts sont des entretiens. Les motifs de recours sont plus divers et concernent davantage les diagnostics relatifs aux facteurs influant sur l'état de santé dont les difficultés liées aux conditions socio-économiques et psycho-sociales.

¹¹ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. L'état de santé de la population en France Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011

¹² Enquête Samenta, Observatoire du Samu Social, 2011

¹³ Cour des comptes L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "psychiatrie et santé mentale 2005-2010" Décembre 2011.

¹⁴ Classification CIM-10 des troubles mentaux et des troubles du comportement

En psychiatrie infanto-juvénile, la prise en charge se fait aussi majoritairement en ambulatoire, encore plus que chez les adultes.

Plus de la moitié des établissements de psychiatrie appartiennent au secteur public qui assure 69% des capacités d'accueil en hospitalisation à temps plein et la quasi-totalité de l'ambulatoire. Près de deux tiers des établissements sont monodisciplinaires (63%).

II. Historique [22] [23] [24]

L'évolution de la psychiatrie a toujours été liée à l'évolution économique, sociale, et culturelle de la société ainsi qu'à celle des techniques psychiatriques. Il est donc intéressant de revenir succinctement sur quelques points de l'histoire de la psychiatrie moderne afin de mieux en comprendre le fonctionnement et les enjeux actuels.

Philippe Pinel (1745-1826), médecin chef de la Salpêtrière et père de la psychiatrie moderne, introduit la définition pathologique de la maladie mentale et contribua à ce que les "aliénés" soient traités comme des malades et non plus rejetés.

Jean-Etienne Esquirol (1722-1840), élève de Pinel et défenseur du traitement moral et de l'asile, est à l'origine de la loi de 1838, première à régir le domaine de la santé mentale. Elle détermine les conditions d'admission et de sortie des aliénés. Chaque département doit alors disposer d'un asile dont le personnel est placé sous la tutelle du ministère de l'intérieur. A la fin du 19ème siècle seulement, ils sont rattachés au ministère de la santé, et en 1938 les asiles laissent place aux hôpitaux psychiatriques.

Après la seconde guerre mondiale, se déploie la psychopharmacologie. La découverte des médicaments psychotropes est à l'origine d'une révolution dans la prise en charge des patients psychiatriques qui se basait jusqu'alors sur le traitement psychologique.

A la même époque, la "psychothérapie institutionnelle" se développe. Pour les psychiatres impulsant ce mouvement, il s'agit de mettre l'accent sur la dynamique de groupe et la relation soignant-soigné. On parle avec ce mouvement d'humaniser les hôpitaux psychiatriques.

Cela pose alors les bases d'une psychiatrie différente et débouche en 1960 sur la politique de sectorisation de la psychiatrie. Le but est de rompre avec l'asile et de favoriser les soins ambulatoires.

III. La sectorisation [18] [23] [24] [25] [26] [27]

C'est la circulaire du 15 mars 1960 qui réorganise la prise en charge psychiatrique publique en fondant les secteurs. Il s'agit d'offrir aux personnes souffrant de troubles mentaux d'une population géographiquement limitée, une gamme de services pour toutes les étapes de leur prise en charge et tous les niveaux d'évolution de leurs troubles. Chaque secteur psychiatrique couvre une

population d'environ 70 000 personnes (200 000 pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile) et est chargé d'assurer de manière coordonnée, les actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion professionnelle. En 1968, année de réformes en France, une loi de "sectorisation géographique" est promulguée et rentre en application suite à l'arrêté du 14 mars 1972.

Cette évolution dans la prise en charge de la maladie mentale a suscité des modifications considérables. Les hôpitaux psychiatriques se sont ouverts, les pratiques d'enfermement massif ont cessé. Un des objectifs de la nouvelle organisation est de permettre une prise en charge rapide des patients. Pour cela, la prise en charge ambulatoire est largement favorisée. Il existe aussi des structures alternatives à l'hospitalisation comme les hôpitaux de jour par exemple. L'hospitalisation complète, avec ou sans consentement, est réservée aux cas les plus graves ou aux patients en crise aiguë et se fait le plus proche possible du lieu de vie du patient. Elle permet une écoute psychologique et infirmière et des soins médicaux, médicamenteux et psychothérapeutiques.

En moyenne un secteur représente 46 lits d'hospitalisation complète, 17 places d'hôpital de jour, 2.5 centres médico-psychologiques et 1 centre d'accueil thérapeutique à temps partiel. Au niveau des ressources humaines, on compte en moyenne par secteur 6.5 équivalents temps plein de médecins, 78.2 ETP de personnels non médicaux dont 46 infirmiers et 2.9 psychologues. Ces effectifs ont baissé depuis 1989 malgré la forte augmentation du nombre de patients.¹⁵

L'organisation sectorielle permet des prises en charge pluridisciplinaires et au long cours bien coordonnées, mieux adaptées au caractère chronique des maladies mentales. Cette organisation répond aussi davantage aux problématiques fréquentes en psychiatrie de "non-demande" (les porteurs de maladie mentale sont rarement demandeurs de soins de leur propre initiative) et de rupture de lien.

Un des objectifs actuels dans la prise en charge des maladies psychiatriques est d'assurer au mieux la continuité et la personnalisation des liens, et cela est rendu davantage possible avec la mise en place des secteurs, territoires de proximité les plus cohérents possible (démographie, distances, répartition de l'offre). L'intervention psychiatrique est étendue dans le but de dépister plus précocement et de mieux prévenir les décompensations. Le secteur permet un premier recours accessible pour les patients, avec des équipes qui s'assurent au mieux de la continuité des prises en charge. Il possède aussi un dispositif identifié d'accueil en urgence.

La Cour des comptes résume les principes de la sectorisation ainsi : « proximité, continuité et cohérence des soins, prévention, réinsertion, non-stigmatisation ».¹⁶

¹⁵ Coldefy M, La prise en charge de la Santé Mentale – Recueil d'études statistiques. La Documentation Française, 2007.

¹⁶ L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » (2005-2010), Rapport public thématique, décembre 2011.

Il est à noter que l'ordonnance du 23 février 2010 (suite à la loi "HPST"¹⁷) avait supprimé de l'article L. 3221-1 du code de la santé publique la notion de secteurs de psychiatrie. Ainsi, cela a supprimé le fondement juridique des secteurs sans qu'une alternative ne soit présentée et sans réelle concertation avec les professionnels. Il a demeuré ensuite des incohérences, puisque qu'on retrouvait le principe de secteurs dans des textes spécifiques à la psychiatrie comme la loi du 5 juillet 2011 sur l'hospitalisation sans consentement. Même le code de la santé publique y faisait encore référence dans l'article L. 3221-4. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a restauré une définition de la psychiatrie de secteur. Le législateur indique que la psychiatrie de secteur doit concourir à la politique de santé mentale : un recours de proximité (notamment grâce à l'ambulatoire), garantissant la continuité des soins et associant les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé. Cette loi a aussi voulu rénover la politique de santé mentale en créant une nouvelle architecture territoriale plus large que la sectorisation. La volonté est d'élargir l'offre de soins, notamment en l'étendant au champ sanitaire et vers le médico-social et le social. Cette organisation repensée va prendre la forme d'un projet territorial de santé mentale (PTSM) dont les bases ont été posées par décret à l'été 2017¹⁸.

IV. Soins sans consentement et restrictions de libertés [26] [28] [29] [30] [31] [32]

En principe, le patient dispose des mêmes droits que tout citoyen, rien ne permet d'attenter à ses droits et libertés et notamment sa dignité, sa liberté d'aller et venir et la nécessité de son consentement. Cependant en psychiatrie, et c'est une particularité de cette discipline, une procédure d'intervention sans consentement est prévue. Cela s'explique par le fait que la maladie mentale peut altérer la capacité de la personne à consentir aux soins, à décider de manière cohérente. L'acte de consentir suppose la compétence de comprendre et celle de pouvoir faire des choix librement or ces compétences ne sont parfois plus garanties.

Le principe de la recherche du consentement aux soins est réaffirmé dans la loi du 4 mars 2002¹⁹. De même, l'article 35 du code de déontologie médicale indique que « tout praticien doit informer le malade pour obtenir son consentement aux soins qu'il propose ». Cette information doit être « loyale, claire et appropriée ».

La valorisation du respect du consentement des patients se diffuse également par les pratiques d'évaluation. Des agences comme la Haute Autorité de Santé (HAS) diffusent des recommandations de bonnes pratiques, des démarches qualités qui insistent sur la place du patient et notamment la recherche de son consentement²⁰ et le recueil de l'adhésion aux soins.

¹⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁸ Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

¹⁹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

²⁰ Recommandations de la HAS : « Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. » Avril 2005

La mise en avant du consentement ne signifie pas une disparition de la contrainte dans la pratique des soins en psychiatrie. Dans la pratique, l'intervention médicale prévaut dans l'intérêt d'un patient dont on estime qu'il n'est pas en état de donner son consentement « libre et éclairé ».

La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, a introduit de nouvelles mesures et modalités de soins sans consentement. Un médecin peut se passer du consentement du patient pour intervenir, quel que soit l'avis du patient, dans certaines situations : péril imminent, urgence, motif de santé publique, sûreté et protection des personnes.

La loi (modifiée en 2013²¹) décrit donc trois modalités d'hospitalisation sans consentement :

- Les soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement :
 - o Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en mode "classique" (SDT) ou "en urgence" (SDTU). Ce dernier intervient lors d'un « risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ».
 - o Soins Psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI). Il permet l'hospitalisation sous contrainte sans tiers, en cas d'impossibilité d'en trouver un et en cas de péril imminent pour la santé du patient.
- Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (SDRE), sont décidés par l'autorité administrative « en cas de troubles à l'ordre public »

Dans tous les cas, la privation de liberté que constitue une hospitalisation sans consentement doit répondre à deux exigences :

- La contrainte doit être justifiée en raison de l'état mental du patient
- L'enfermement doit apparaître comme la modalité la plus appropriée pour la mise en œuvre d'un traitement qui ne peut se concevoir autrement qu'en milieu fermé.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 comprend un volet santé mentale apportant quelques modifications concernant les soins sans consentement et les mesures de restriction de liberté. Pour les soins sans consentement, les modifications sont relatives aux pièces établies au cours du séjour (contenu et transmission à des tiers). Cette loi a surtout permis de poser un cadre légal aux mesures d'isolement et de contention, créant un nouvel article au sein des dispositions législatives relatives à la psychiatrie²². Il est rappelé que ces mesures sont des pratiques de derniers recours. « Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée ». Ces pratiques doivent faire l'objet d'une surveillance stricte. Pour cela, la tenue d'un registre est rendue obligatoire.

²¹ Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

²²Article L3222-5-1 du code de la santé publique

Devant le conflit qui peut exister entre le fait de vouloir respecter les droits des patients et celui de devoir parfois imposer des mesures de restrictions de libertés, il s'agit pour le législateur de trouver « le plus juste équilibre entre les besoins des malades, ses droits, ses choix, ceux de ses proches, et les exigences de notre vie en communauté »²³

V. De la psychiatrie à la santé mentale, extension de définition [18] [26] [33] [34]

La définition de la psychiatrie, et donc la pratique de cette discipline, a connu une évolution significative ces dernières années. En effet, la psychiatrie ne se limite plus à la prise en charge des troubles psychiatriques sévères et cela répond à la définition qu'a donnée l'OMS de la santé mentale.

La santé mentale est une composante essentielle de la santé. La Constitution de l'OMS définit la santé comme suit : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition a pour important corollaire que la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux.

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.

C'est l'application de la notion de "santé positive" à la psychiatrie : de la même façon que l'OMS décrit la santé comme « plus que l'absence de maladie », la santé mentale est ici définie comme « plus que l'absence de troubles mentaux ».

Le domaine de la santé mentale est donc vaste. En plus du traitement des maladies mentales, dont la psychiatrie s'est toujours occupée, la santé mentale étend son champ d'action et se consacre à des formes variées de souffrance psychique telles que les difficultés psychologiques voire les détresses psychosociales. On prend de plus en plus en compte les facteurs sociaux, psychologiques, et environnementaux qui influent sur la santé mentale des individus, ce qui nécessite une réponse pluridisciplinaire.

Ainsi, si dans le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, la psychiatrie est d'abord définie comme « une discipline médicale qui prend en charge les affections psychiatriques caractérisées et les aspects pathologiques de la souffrance psychique », il est précisé plus loin :

Elle s'inscrit dans une dimension globale du soin, incluant la prévention, le repérage des troubles et l'insertion, en partenariat étroit de l'ensemble des personnels intervenant dans le soin (personnels soignants, socio-éducatifs, psychologues...) avec les professionnels intervenant dans le champ social, éducatif, judiciaire, médico-social et des collectivités locales.

²³ Discours de Nora Berra, secrétaire d'Etat chargée de la santé, le 22 juin 2011. 3^{ème} lecture du projet de loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

La notion de prise en charge psychiatrique fait référence à la prise en charge sanitaire des troubles mentaux mais ne se limite en réalité pas à cela. Les problématiques complexes des patients de psychiatrie imposent une mobilisation conjointe entre les secteurs de la santé, ceux du social et du médico-social de plus en plus effective ces dernières années.

Aussi, depuis une trentaine d'années, les capacités d'accueil et l'activité en hospitalisation à temps plein en psychiatrie n'ont cessé de diminuer. Cette baisse a ralenti ces dernières années mais montre un déplacement de l'activité psychiatrique vers l'ambulatoire qui représente aujourd'hui une majorité de la prise en charge. De plus, la prise en charge en hospitalisation en psychiatrie reste bien différente de celle pour les autres disciplines médicales. Il ne s'agit pas de patients alités, soignés par nécessité thérapeutique, mais de malades déambulants dont les séjours, longs, font des services d'hospitalisation de véritables lieux de vie pour les patients où la prise en charge n'est pas centrée sur la thérapeutique.

La psychiatrie est donc une discipline dont l'évolution est constante, liée à l'évolution de la société. L'élargissement de l'offre de soins par la mise en œuvre d'une nouvelle architecture territoriale à travers l'élaboration d'un projet territorial de santé mental en cours, en est l'exemple le plus récent.

Au total, les pathologies psychiatriques, de par le nombre de personnes concernées, constituent un enjeu majeur de santé publique. Aussi, le domaine de la santé mentale présente des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales qu'il est essentiel de prendre en compte lorsqu'on aborde ce sujet telles que : une faible place des actes techniques, de nombreuses structures extrahospitalières et un suivi ambulatoire majoritaire, des prises en charge plutôt longues, récurrentes, et principalement diversifiées.

Chapitre 3 : La démarche d'amélioration continue de la qualité en psychiatrie

Maintenant que les deux grandes thématiques de notre problématique – la certification des établissements de santé et la psychiatrie – ont été décrites, il est temps, pour clôturer cette partie de contextualisation, d'approfondir le sujet en abordant la notion de "démarche qualité". Après une définition de cette notion, il s'agira de décrire sa mise en œuvre dans le domaine de la psychiatrie en s'efforçant de mettre en avant les difficultés que cela peut poser, encore plus pour cette discipline que pour le reste des disciplines médicales.

I. La démarche qualité [35] [36] [37]

Historiquement les démarches qualité se sont développées dans le secteur de l'industrie. Elles ont ensuite intégré le secteur des services et plus récemment ont gagné les organisations non marchandes dont la santé. Cela est une réponse, en partie, aux usagers plus avertis et donc plus exigeants, et depuis plus récemment, à la judiciarisation de la médecine. Les démarches qualité en santé se sont vraiment développées suite à l'ordonnance du 24 avril 1996 instituant en France une démarche d'accréditation mise en œuvre depuis 1999²⁴. La certification des établissements de santé ne représente qu'une partie de cette démarche mais peut en même temps servir de levier pour impulser une culture qualité.

La loi du 4 mars 2002²⁵ a instauré l'obligation d'évaluation de la qualité des soins et un certain nombre d'instances, de commissions qui participent à la démarche et à la politique qualité dans chaque établissement. Elle précise les droits des patients et notamment l'obligation de moyens (et non de résultats), ce qui a participé au développement d'une culture de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des pratiques en santé.

La HAS définit la démarche qualité²⁶ :

Ensemble des actions que mène l'établissement pour développer la satisfaction de ses clients. La démarche qualité repose sur différents facteurs : prise en compte des besoins ;

- Implication de la direction pour associer l'ensemble du personnel à cette démarche ;
- Réflexion collective sur les ressources nécessaires ;
- Adhésion du personnel à la mise en œuvre des actions qualité ;
- Mise à disposition d'outils de mesure de la qualité.

Les décisions s'appuient sur des faits, des informations précises et objectives.

Le but est d'améliorer les pratiques et de régler les problèmes qui se posent dans les procédures de soins avec l'utilisation de méthodes structurées pour répondre aux obligations de sécurité et de qualité. En résumé la démarche qualité, expression abrégée pour désigner la démarche d'amélioration continue de la qualité, vise à obtenir le meilleur soin possible, au meilleur coût et avec

²⁴ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, article L710-5

²⁵ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

²⁶ Manuel de certification des établissements de santé V2010, HAS, Janvier 2014

l'efficacité optimale pour le patient.

La démarche qualité est une démarche de management : elle repose sur un certain nombre d'éléments à mettre en œuvre de manière progressive, cohérente en fonction de la situation de l'établissement, et pédagogique auprès des professionnels.

On peut citer notamment :

- Une politique qualité, élément du projet d'établissement, fixant de manière formelle les orientations, objectifs et priorités de la démarche.
- Le pilotage de la démarche, avec une coordination opérationnelle sur le terrain.
- Le déploiement de la démarche avec la mise en place de groupes de projets, la formation des professionnels, etc.
- La gestion documentaire (procédures, protocoles, fiches de postes, etc.)
- La mesure de la qualité (indicateurs, satisfaction des patients, évaluations des pratiques professionnelles (EPP), audits)
- L'amélioration des processus (résolution de problèmes, analyse de processus, plan d'actions)

A travers ces éléments on retrouve les 4 étapes de la notion d'amélioration continue de la qualité, "PDCA" (Plan, Do, Check, Act) ; en français : Planifier, Mettre en œuvre-Développer, Evaluer-Contrôler, Ajuster-Améliorer ; où chaque étape entraîne l'autre dans un "cercle vertueux" en vue d'améliorer sans cesse la qualité.

II. La démarche qualité en santé mentale [26] [38] [39] [40] [41] [42]

Cette démarche d'amélioration continue de la qualité concerne donc les établissements exerçant une activité de psychiatrie. Le but de cette démarche n'est pas d'entraîner une uniformisation où il s'agirait de fondre les soins en santé mentale. Au contraire, cela doit aider les établissements de psychiatrie à justifier leurs spécificités, valoriser leurs pratiques et mieux les faire comprendre.

La mise en œuvre d'une telle démarche peut constituer un levier de changement essentiel en santé mentale. L'évaluation des pratiques, la définition de protocoles, sont des outils pour guider une évolution d'ensemble souhaitée. Cette démarche est un outil au service de l'évolution des pratiques en psychiatrie grâce à la mise en place d'actions d'amélioration ciblées autour de sujet fondamentaux comme : l'évaluation de la satisfaction des patients, le dossier patient, la coordination des soins, l'information du patient et le respect de ses droits.

Cependant, si la santé a des spécificités qui peuvent entraîner des difficultés pour la mise en œuvre de la démarche qualité, la psychiatrie a ses propres particularités qui peuvent la compliquer encore davantage :

- Des pratiques et soins difficilement standardisables ;
- Des métiers et lieux d'exercice multiples ;
- Une qualité des soins délivrés difficile à appréhender pour les professionnels et les patients ;
- Des valeurs éthiques importantes à conserver.

Au-delà d'un simple changement de pratiques, on note deux enjeux principaux : Garder le patient comme centre d'intérêt car on parle bien de la qualité de sa prise en charge, et respecter les valeurs et droits fondamentaux.

a) Le patient au centre de la démarche

La prise en charge en santé mentale ne peut se baser uniquement sur des protocoles thérapeutiques. Pour être efficace, elle doit prendre en compte le patient dans son intégralité et voir autour de sa maladie, tout ce qui le constitue : les aspects sociaux, affectifs, etc. Le fait d'être malade en psychiatrie ne peut pas être appréhendé comme un phénomène exclusivement médical mais nécessite une approche bio-médico-sociale.

Un des effets d'une prise en charge centrée sur l'aspect médical de la pathologie serait la non prise en compte de l'histoire des patients. Les troubles dont souffrent les patients font partie de leur histoire de vie. Dans cette discipline, on ne peut se contenter de considérer isolément un épisode sans le rattacher à un ensemble d'évènements importants pour le patient. Néanmoins, des documents ont été élaborés par la HAS à l'intention des médecins pour les aider dans la prise en charge des affections psychiatriques à longue durée. Dans ces documents très détaillés, il n'y a aucune mention de l'histoire personnelle du patient. Dans celui sur la schizophrénie, il n'y pas même pas de mention de l'histoire de la maladie²⁷.

En psychiatrie, probablement plus que dans les autres disciplines médicales, chaque cas est considéré comme un cas unique et des règles générales peuvent alors sembler inappropriées. Cela est impérativement à prendre en compte dans la mise en œuvre d'une démarche qualité qui ait du sens. Dans cette discipline, il s'agit « d'aider une personne singulière à faire évoluer son histoire singulière dans son environnement singulier » et non pas à « établir un diagnostic conforme aux classifications en vigueur et à en déduire un programme de soins. »²⁸

b) Droits et valeurs

La démarche qualité en psychiatrie va se retrouver confrontée à un moment donné à des pratiques professionnelles contraires aux droits de l'homme : contention, isolement et restriction de liberté. On fait alors face à un paradoxe : Comment, éthiquement, peut-on promouvoir des recommandations pour justifier des pratiques de privation de liberté ? Comment définir une bonne qualité de l'enfermement ou de la contention à l'hôpital ?

On peut répondre que justement, la démarche qualité développe une transparence qui est la meilleure alliée des patients et des professionnels. Elle garantit que, dans ses situations, l'exercice des droits qui demeurent légitimes, soit respecté.

²⁷ Guide – Affection de longue durée 23. Schizophrénies. HAS, Juin 2007.

²⁸ F. Chapiro, La démarche qualité en psychiatrie : poser les bonnes questions. Annales Médico-Psychologiques 171 (38-40), 2013.

En psychiatrie une réflexion préalable à la démarche qualité semble indispensable : elle doit poser des repères sur les valeurs éthiques et les objectifs qu'elle vise. La démarche ne peut se résumer à l'application mécanique de nouvelles méthodes, de procédures, à l'utilisation d'outils pratiques de résolutions de problèmes, au risque que cela ne manque de sens.

c) Freins et moteurs pour la mise en œuvre de la démarche

Bien sûr il existe des freins à la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité en psychiatrie comme dans les autres disciplines. Cela peut venir d'une défiance vis-à-vis des organisations d'où sont rédigés les recommandations par exemple, ou d'une résistance au changement. On comprend l'aversion qui peut être la première réaction de certains soignants ou praticiens lorsque les recommandations ne leur semblent pas adaptées à leur pratique et à la discipline qu'ils exercent. De plus, les soignants peuvent se sentir déresponsabilisés ou ressentir une rigidification de leurs pratiques lorsqu'ils ont l'impression de ne pas faire intelligemment leur métier mais d'appliquer des procédures conformes aux recommandations de bonnes pratiques. Aussi, la notion d'évaluation peut-être mal accueillie d'abord car possiblement synonyme de sanction pour certains professionnels, ensuite car l'objet de la discipline psychiatrique, le psychisme, peut être considéré comme incompatible avec l'évaluation.

Ces craintes sont justifiées, cependant il est utile de formaliser certaines conduites à tenir sans quoi on peut aboutir à des incohérences dans les prises en charges, des situations inadéquates voire dangereuses pour les professionnels comme les patients.

C'est pour ces raisons que pour la réussite de la mise en œuvre d'une démarche qualité, en particulier en psychiatrie, il faut impérativement impliquer les professionnels de terrain et l'adapter à leur discipline pour remporter leur adhésion. Il paraît important que les critères de qualité soient définis par les soignants eux-mêmes, sur la base certes de données de la science mais également sur la base des pratiques de soins réelles.

L'implication dans la démarche qualité permet aussi aux professionnels une ouverture à la coopération et à la concertation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Cette notion de partenariat est essentielle au bon déroulement de la démarche et permet de fédérer les professionnels autour de ce "projet" commun qui concerne leur activité. Cela paraît d'autant plus important dans le domaine de la santé mentale, où, nous l'avons vu, la prise en charge est pluridisciplinaire, à la fois intra et extrahospitalière, médical et sociale, etc. En plus d'être une nécessité pour le bon développement de la démarche, cette mobilisation de tous et cette réflexion en commun peuvent entraîner un décloisonnement en permettant aux différents professionnels de la prise en charge de se rencontrer davantage et d'échanger sur leurs pratiques.

Réciproquement, en psychiatrie les professionnels de formations différentes collaborent sans doute plus qu'ailleurs. Les difficultés rencontrées et les théories diverses ont souvent confronté les

psychiatres et soignants à des remises en question et cela peut aider à la mise en œuvre de l'évaluation de la qualité plus que dans d'autres disciplines.

La définition de standards et d'indicateurs est la base de la mise en place de l'évaluation de la qualité des soins. Ne pouvant aborder tous les aspects de la démarche qualité, ces deux sujets vont être davantage développés dans la suite de cette partie notamment à travers l'évocation de l'EPP et des IPAQSS (indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins).

III. Référentiels de bonnes pratiques et évaluation des pratiques professionnelles [43] [44] [45]

L'évaluation des pratiques professionnelles est une obligation légale pour les médecins qui apparaît dans la loi de 2004 relative à l'assurance maladie²⁹. Un décret d'application précisera en 2005³⁰ les modalités de mise en œuvre de ces évaluations et les définira comme suit :

L'évaluation des pratiques professionnelles a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques.

Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue.

En précision de cette dernière phrase, la loi HPST de 2009³¹ instaure l'obligation de DPC (Développement Professionnel Continu) pour l'ensemble des professionnels de santé. Il a pour objectif : « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

L'EPP et la formation continue sont donc désormais intégrées dans ce dispositif obligatoire dont l'objectif est le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques.

L'EPP revêt aussi un caractère obligatoire pour les établissements de santé puisque sa mise en œuvre est évaluée à travers la visite de certification et cela fait l'objet de plusieurs critères du manuel de certification (Critères 1f, 28a et 28c). Le déploiement effectif des démarches EPP doit être réalisé en lien avec les enjeux définis dans la politique de l'établissement. L'EPP doit être déployée dans tous les secteurs d'activité de l'établissement. Ainsi, chaque spécialité participe au recueil d'au moins un indicateur de pratique clinique, à son analyse et à la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration.

²⁹ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, article 14.

³⁰ Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.

³¹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 59.

Pour la psychiatrie, la HAS précise³² :

Dans le cadre d'établissement mono-activité de santé mentale, l'appréciation du déploiement de l'EPP prend en compte l'existence au sein de l'établissement de modalités différentes de prise en charge (intra/extra, crise/court séjour), que ces modalités concernent l'organisation ou les différents types de populations accueillies (psychiatrie générale, gériatrie-psychiatrie infanto-juvénile, addictologie).

Lors de l'envoi du compte qualité 6 mois avant la visite de certification, l'établissement doit fournir à la HAS son tableau de bord EPP référençant toutes les démarches finalisées et en cours.

La mise en œuvre de démarches d'EPP en psychiatrie peut se retrouver confrontée à différentes difficultés. Certaines, déjà évoquées précédemment, sont globales et valables pour tout ce qui touche à la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Cependant, une des particularités pour l'EPP est l'élaboration de standards ou référentiels de bonne pratique pour comparaison des pratiques avec une pratique dite "de référence". En 1988, Donabedian définit bien la notion de qualité en santé mentale comme « la conformité entre le soin effectivement prodigué et une série de critères prédéfinis ».³³

La problématique est de faire reconnaître ces standards comme des normes de comparaison acceptables par les professionnels et dans lesquels ils se reconnaissent. Il est plus compliqué en psychiatrie de formaliser et structurer le "savoir thérapeutique". Plus que pour les autres disciplines médicales, on rencontre des obstacles à la constitution d'un savoir thérapeutique unifié. Plus qu'une opposition à l'évaluation, il s'agit d'une opposition à la comparaison de leurs pratiques à des référentiels qui ne formaliserait pas pour eux la pratique la plus pertinente.

Avec les obligations légales actuelles, la question n'est plus d'être pour ou contre la construction de ces référentiels mais d'en construire qui soient adaptés à la psychiatrie, avec l'engagement des praticiens au risque de devoir imposer des référentiels issus uniquement des données de la littérature scientifique.

En médecine de manière générale on peut distinguer 2 types de standards : ceux à forte composante technique (type de médicament dans tel ou tel indication par exemple) et les standards plutôt "de pratique" qui sont plus courant et d'une grande importance en psychiatrie (La conduite à tenir en cas de violence, ou les conditions de mise en isolement d'un patient par exemple). Les standards de ce second type sont plus compliqués à élaborer car cela ne relève pas que d'un plan purement technique. Ils doivent donc être abordés et discutés par les représentants des divers courants de pensée et des différentes professions pour correspondre à l'esprit de la profession.

La difficulté réside dans la multiplicité des théories : les divergences idéologiques fortes donnant lieu à des approches thérapeutiques différentes, comment trouver un consensus ? Les débats et la

³² L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), annexe du guide pratique "Préparer et conduire votre démarche de certification", HAS, 2013

³³ Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed ? JAMA, 1988

diversité des écoles au sein de la psychiatrie font partie de sa richesse qui doit être respectée mais cela complique le choix d'une stratégie de soins comme étant la plus pertinente. Pour remédier à ces oppositions, l'élaboration des référentiels doit se baser sur une concertation pluriprofessionnelle analysant des prises en charges réelles de patients. Toute formalisation sera forcément quelque peu réductrice, il est alors important que les praticiens se mettent d'accord ensemble sur la réduction la plus acceptable.

Un des obstacles à l'élaboration des référentiels est aussi l'importance donnée à l'histoire du patient, à son contexte de vie dans la prise en charge de la maladie en santé mentale. L'enjeu est de préserver la notion d'approche globale du soin et non de se limiter à une approche biomédicale. La prise en compte de la singularité de l'individu n'est pas incompatible avec l'évaluation de la qualité des soins. Il est alors souhaitable que les référentiels soient assez souples pour pouvoir être adaptées aux circonstances et aux patients qui ne sont jamais identiques.

Ces standards ont la nécessité d'avoir un caractère évolutif, dont l'objectif serait alors, non pas de vérifier si la pratique du professionnel s'inscrit bien dans le cadre fixe du référentiel, mais de l'inviter à argumenter ses choix de prise en charge.

En résumé, pour l'élaboration de référentiels les plus pertinents possible, il faut miser sur l'emploi d'une méthode participative pluriprofessionnelle, avec une prise en compte à la fois des retours d'expérience du terrain et des données de la recherche clinique (*Evidence Base Medicine*) avec pour but la recherche d'un consensus professionnel.

La HAS fournit des recommandations de bonnes pratiques dont certaines ont été publiées dans le cadre du programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale (2013-2016). Ci-après une liste non exhaustive de celles concernant la santé mentale :

- Isolement et contention en psychiatrie générale
- Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours
- Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique
- Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur
- Prise en charge de la psychopathie
- Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours

L'application de l'EPP en psychiatrie peut donc être mise en œuvre non sans réticence voire opposition au sein de la profession. Il faut alors privilégier des méthodes adaptées qui ne déroutent pas les professionnels. S'appuyer sur des éléments tels que des groupes ou réunions existants peut servir de base qu'il s'agira de structurer, par un apport méthodologique notamment.

Par exemple, au sein des structures ont lieu, en principe, de manière régulière, des analyses cliniques et institutionnelles. Il peut alors s'agir de mettre en valeur ces temps par l'apport d'une

méthodologie qui permettrait de les convertir en Staff EPP³⁴. (Ajout d'une revue bibliographique, définition de critères d'évaluation des améliorations, etc.)

On peut aussi citer les debriefings qui se déroulent suite à des événements graves comme la survenue d'un suicide par exemple, relativement fréquents en psychiatrie. Ces moments, qui permettent une prise de recul collective pourraient aisément faire l'objet d'une RMM en structurant l'analyse de l'évènement et en formalisant des actions d'amélioration.³⁵

L'enjeu en psychiatrie est de faire de l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles, une opportunité de structurer le savoir sur les soins et ainsi renforcer la crédibilité de la discipline. De plus, l'implication dans une démarche d'EPP est une exigence qui devrait permettre aux professionnels de montrer leur engagement dans une remise en question constante de leurs pratiques, ayant pour but leur amélioration.

IV. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins [17] [46] [47] [48] [49] [50] [51] [53]

L'indicateur est un outil d'évaluation. Concernant le domaine de la santé, la HAS est engagée dans la généralisation et le recueil d'indicateurs de qualité dans les établissements de santé : les IQSS (Indicateurs de qualité et de sécurité des soins).

Un indicateur de qualité et de sécurité des soins est un outil de mesure d'un état de santé, d'une pratique ou de la survenue d'un événement, qui permet d'évaluer de manière valide et fiable la qualité des soins et ses variations dans le temps et l'espace.³⁶

Il existe différents types d'IQSS. Les indicateurs de processus s'intéressent à la qualité de mise en œuvre des activités de soins, alors que les indicateurs de résultats mesurent les effets (efficacité, satisfaction). Les indicateurs dits transversaux s'appliquent à l'ensemble des établissements et des services quelle que soit l'activité alors que les indicateurs de spécialités évaluent une thématique clinique spécifique.

Les données peuvent être collectées à partir d'audits de dossiers de patients (tenue du dossier, qualité de prises en charges spécifiques comme l'obésité, l'AVC par exemple), d'enquêtes au sein des établissements ou auprès des patients (satisfaction des patients hospitalisés, infections associées aux soins), de bases de données nationales (observatoires, PMSI, etc.).

³⁴ Staff-EPP : réunions régulières entre professionnels qui, après une revue de dossiers associée à une revue bibliographique, identifient un ou des enjeux d'amélioration à mettre en œuvre en intégrant les meilleures références disponibles, l'expertise des praticiens et les choix des patients (Manuel de certification des établissements de santé V2010, HAS, janvier 2014)

³⁵ Revue de morbidité-mortalité (RMM) : analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. (Manuel de certification des établissements de santé V2010, HAS, janvier 2014)

³⁶ Qu'est-ce qu'un indicateur de qualité et de sécurité des soins ? HAS, 2017. (Page Web : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1456631/fr/qu-est-ce-qu-un-indicateur-de-qualite-et-de-securite-des-soins)

La généralisation des indicateurs de qualité a plusieurs visées. La première et fondamentale est de fournir aux établissements des outils de pilotage et de gestion de la qualité et de la sécurité des soins. La mesure de ces indicateurs aide à la mise en place d'actions d'amélioration pertinentes.

La deuxième est de répondre à une demande croissante de transparence de la part des usagers et d'aller dans le sens du droit à l'information, notamment sur la qualité des soins délivrés. Un certain nombre d'IQSS sont diffusés publiquement. La liste des IQSS dont les résultats sont soumis à diffusion publique, ainsi que les conditions de mise à disposition du public sont fixées chaque année par arrêté³⁷. Cette diffusion sur le site scope santé³⁸ permet aussi des analyses comparatives.

Enfin, le recueil de ces indicateurs est utile au niveau national. Cela fournit des éléments pour le pilotage de l'offre de soins, la prise de décision en matière de politique d'organisation du secteur hospitalier, en prenant en compte la qualité des soins dispensés.

Les IQSS sont à la base du système de l'Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ). D'autres dispositifs utilisent les IQSS comme les CBU (contrats de bon usage) ou les CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens).

Il faut noter que la mesure des IQSS est en lien avec la procédure de certification à tous les niveaux. Une table de correspondance a été réalisée par la HAS, elle présente l'ensemble des indicateurs et leur lien possible avec les différentes thématiques de la certification. La HAS renseigne également les résultats des IQSS dans les comptes qualité, dans chaque thématique concernée. Cela permet aux établissements de lier un indicateur dont le résultat est insuffisant à une action d'amélioration. Au moment même de la visite, les indicateurs ont leur importance. Ils sont une donnée nécessaire à la définition du programme de visite, et au cours de la visite, leur utilisation dans la démarche d'amélioration de la qualité est appréhendée par les experts visiteurs. Cela contribue à l'évaluation du niveau de maturité des étapes de chaque thématique auditée.

Les premiers recueils d'IQSS ont eu lieu en 2006 avec les tableaux de bord des infections nosocomiales, suivis en 2008 des indicateurs évaluant la tenue du dossier patient en MCO (établissements de Médecine-Chirurgie-Obstétrique).

La discipline psychiatrique est concernée par le recueil de deux catégories d'IQSS :

- Les infections associées aux soins (IAS) avec un indicateur sur la prévention des infections nosocomiales (ICALIN.2) et un sur l'hygiène des mains (ICSHA.2).
- Les IPAQSS (Indicateurs pour l'amélioration de la qualité des soins) qui évaluent la qualité de tenue du dossier patient à travers 3 indicateurs depuis 2010 :
 - La tenue du dossier du patient, (TDP)

³⁷ Arrêté du 10 février 2017 fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé.

³⁸ <https://scopesante.fr/>

- Le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, (DEC)
- Le dépistage des troubles nutritionnels. (DTN)

Les IPAQSS "PSY" ont émergé en 2010, 2 ans après les IPAQSS "MCO". Il est intéressant d'effectuer une comparaison des différents critères qui constituent ces indicateurs. On peut noter ces quelques observations :

- Les indicateurs DEC « délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et DTN « dépistage des troubles nutritionnels » comportent les mêmes critères pour les IPAQSS en PSY et en MCO.
- Pour l'indicateur TDP « tenue du dossier patient » :

En MCO comme en PSY, il y a des spécificités logiques pour lesquelles les critères ne sont applicables qu'à la discipline en question. Par exemple en MCO, on trouve des questions sur l'anesthésie, la transfusion ou le compte-rendu opératoire, et en PSY, il est à un moment question de l'hospitalisation sous contrainte. Cependant d'autres différences paraissent moins compréhensibles. Par exemple en MCO on retrouve un critère sur l'identification du patient (tous les documents du dossier doivent être correctement identifiés et on ne doit pas retrouver d'éléments du séjour d'un autre patient) et un critère sur la qualité de l'administration médicamenteuse (traçabilité complète de l'administration dont la justification d'une non administration le cas échéant). On ne retrouve pas ces 2 critères dans la composition de l'indicateur « Tenue du dossier patient » en psychiatrie alors que l'identitovigilance et l'administration médicamenteuse sont des aspects aussi importants dans cette discipline qui mériteraient d'être évalués. Certes, ces critères ont été instauré pour l'indicateur en MCO suite à une actualisation en 2013 mais on peut se demander pourquoi cette mise à jour n'a pas été appliquée à la discipline psychiatrique.

Les IPAQSS MCO comportent d'autres indicateurs qui ne sont pas évalués en psychiatrie.

La qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS) : en psychiatrie, l'indicateur DEC évaluant le délai d'envoi du courrier de sortie comporte quelques critères sur le contenu du courrier. Cela est moins détaillé et ne fait pas l'objet d'un indicateur spécifique.

La traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD) : Au niveau somatique, pour la discipline psychiatrique on recherche 2 éléments principalement : la traçabilité des antécédents somatiques (dans l'indicateur TDP) et l'indicateur Dépistage des troubles nutritionnels qui recherche la traçabilité du poids, de la taille et de l'IMC. Cependant la traçabilité de l'évaluation de la douleur n'est pas évaluée en santé mentale. La douleur est pourtant prise en charge en psychiatrie. C'est une thématique de la procédure de certification, et les établissements la prennent en compte à travers la mise en œuvre des protocoles, les réunions du CLUD, etc. Il serait alors intéressant de mesurer cet indicateur dans les établissements de santé mentale.

La traçabilité du risque d'escarre (TRE) : cet indicateur n'est pas évalué en psychiatrie et n'a pas lieu de l'être puisque les patients sont rarement alités.

En résumé on note que les indicateurs pour la discipline psychiatrique, élaborés après ceux de MCO, prennent en compte quelques particularités, notamment avec un critère sur la traçabilité de la modalité d'hospitalisation et l'information du patient à ce sujet. On remarque cependant l'absence d'indicateurs, présents en MCO, sans comprendre les raisons de ces différences. Certains d'entre eux correspondent tout aussi bien à la pratique en psychiatrie et constituent même des sujets importants qui mériteraient d'être évalués.

On pourrait relever d'autres éléments qui font que les IPAQSS ne semblent pas tout à fait adaptés à la pratique psychiatrique. Par exemple en santé mentale, les indicateurs ne concernent que les prises en charge d'adultes et que les séjours à temps complet. Ni les dossiers de psychiatrie infantile-juvénile, ni les hospitalisations de jour ne sont évalués. L'ambulatoire n'est pas concerné non plus par cette évaluation alors qu'il constitue une majeure partie de la prise en charge et participe à l'alimentation des dossiers de patients.

On peut se poser la question de la capacité des IPAQSS à évaluer la qualité du soin purement psychiatrique et plus largement de leur pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins. Des IQSS sont régulièrement en développement. Concernant la santé mentale, seuls en 2013 des indicateurs optionnels ont été développés par la HAS sur le thème "sevrage du patient alcoolodépendant", non diffusés publiquement³⁹. Comme en MCO, il serait intéressant de réfléchir à la mise à jour des indicateurs existants et éventuellement au développement de nouveaux IQSS en psychiatrie, pour que ceux-ci soient en capacité de mieux prendre en compte les spécificités de cette discipline et d'évaluer les différents types de prise en charge.

³⁹ HAS, "Certification et actualité", n°11, page 14, octobre-décembre 2013

La démarche d'amélioration de la qualité des soins, comprenant son évaluation, est inscrite dans la loi française. En psychiatrie, peut-être davantage que dans les autres disciplines, sa mise en œuvre peut générer des réactions aversives. La notion de qualité est liée à celle de normes et de standards, qui nous l'avons vu, ne sont pas évidents à définir en santé mentale. L'approche individualisée de la prise en charge psychiatrique n'est pourtant pas incompatible avec le développement d'une démarche qualité. Cela nécessite avant tout qu'elle tienne compte à la fois des données de la science et des pratiques de terrain avec ces particularités. Une démarche adaptée favorise l'appropriation des professionnels qui est essentielle pour permettre la participation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire requise. En résumé, cette discipline nécessite une prise en compte de la diversité des pratiques et de fédérer les professionnels de tous les exercices. Le but n'est pas une adaptation systématique à des normes mais l'élaboration de critères et outils adaptés et adaptables, valorisant l'expérience de terrain. Bien au-delà d'une contrainte, et encore plus en santé mentale, la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité par les établissements et les professionnels peut plutôt être considérée comme une réponse à l'exigence éthique d'engagement contre la maladie et la maltraitance.

Cette première partie nous permet de poser les bases de notre sujet. La problématique est explicitée avec une première partie sur la procédure de certification, une partie sur la discipline psychiatrique, et une dernière combinant en quelques sortes les deux premières car traitant de la démarche qualité en santé mentale. Les termes et les limites du sujet sont ainsi définis même si on pourrait développer bien davantage chacune de ces parties.

La première partie de ce mémoire permet donc de mettre en évidence certaines complexités que peuvent rencontrer les établissements de santé mentale dans la mise en œuvre d'une démarche qualité et donc d'une procédure de certification. Ils font en particulier face à deux difficultés : le fait que la psychiatrie soit peut-être moins adaptée pour la mise en œuvre d'une telle démarche impliquant, entre autres, des normes et des standards ; et "réciproquement" le fait que les outils et méthodes proposés ne soient pas forcément adaptés aux particularités de la discipline.

Dans la seconde partie de ce mémoire, il s'agira de tenter d'objectiver ces propos par l'analyse concrète de rapports de certification d'établissements de santé mentale, et d'avancer d'éventuelles propositions d'amélioration pour une procédure de certification davantage adaptée à la discipline psychiatrique.

Partie 2

La procédure de certification V2014 en psychiatrie : incompatibilités, difficultés et propositions

Chapitre 1 : Préparation et mise en œuvre de la démarche de certification

Tous les quatre ans, les établissements de santé sont soumis à la visite de certification. Cela demande une préparation, notamment via le remplissage du compte qualité. Pour rappel, cet outil élaboré par la HAS permet aux établissements de renseigner pour différentes thématiques, les risques identifiés dans leur structure et le plan d'actions qui en découle, le tout complété d'indicateurs, et de résultats d'évaluations. L'analyse de l'ensemble du compte qualité permet à la HAS d'élaborer un planning de visite en fonction des éléments obtenus. La visite permet aux experts visiteurs de constater la capacité de l'établissement à identifier ses risques et l'état d'avancement des plans d'actions. Les investigations se composent de phases d'audits de processus de certaines thématiques et de moments d'évaluations "Patient traceur". Après avoir décrit la mise en œuvre de ces 2 composantes en psychiatrie, nous présenterons les bases de notre étude, qui sera développée dans la suite de ce mémoire.

I. Les audits de processus [14] [15] [17] [54] [55] [56]

Dans le compte qualité, comme pour le reste de la procédure de certification V2014, il s'agit d'une approche par thématique. Lors de la préparation de la certification, l'établissement doit donc, thématique par thématique, s'assurer que sa démarche d'amélioration de la qualité lui permet de répondre au mieux aux exigences du manuel de certification et des EIO.

Pour renseigner son compte qualité, chaque établissement de santé doit identifier ses risques. Libre à lui d'utiliser la méthode qui lui convient mais de manière générale, les établissements utilisent l'analyse des risques a priori avec une cartographie permettant de clairement coter et hiérarchiser leurs risques. L'analyse des risques se fait aussi a posteriori notamment via l'analyse des événements indésirables.

Lors de la visite, l'audit de processus est réalisé avec les responsables de la thématique selon la logique du PDCA. Il ne consiste pas en une revue des critères du manuel de certification mais porte généralement sur la vérification des EIO dont l'existence dans l'établissement est un facteur essentiel de l'atteinte des objectifs de la thématique. Cela s'accompagne toujours d'une visite de terrain pour vérification de la mise en œuvre effective du processus.

En psychiatrie, toutes les thématiques pouvant concerner la discipline sont traitées mais de manière générale, lors de la visite des établissements de santé mentale, cinq thématiques sont audités, celles du tronc commun :

- Le management de la prise en charge médicamenteuse ;
- Les droits des patients ;

- Le management de la qualité et de la sécurité des soins ;
- Le dossier patient ;
- Le parcours patient.

On ne peut, au sein de ce mémoire, analyser l'ensemble de ces cinq thématiques. La suite va nous permettre d'étudier de manière approfondie deux thématiques ; le management de la prise en charge médicamenteuse et les droits des patients ; choisies pour des raisons expliquées ensuite. Aussi, la thématique management de la qualité et de la gestion des risques a été évoquée précédemment et ne sera donc pas reprise ici. Pour les autres thématiques, il s'agira ici d'avancer quelques remarques quant à leur application au domaine de la santé mentale sans pouvoir approfondir chacun des sujets évoqués.

a) Le dossier patient

La tenue du dossier patient est évaluée par les IPAQSS mais, on l'a vu, la pertinence des critères pour la psychiatrie est discutable. Dans toutes disciplines médicales, le dossier patient est un élément fondamental notamment de par sa valeur en cas de contentieux médico-légal. En psychiatrie, on peut rencontrer plusieurs problématiques avec ce dossier dont voici les principales.

La première difficulté avec la tenue du dossier réside dans la multiplicité des intervenants et la multiplicité des structures de prise en charge. De plus en plus, le dossier patient informatisé permet de rendre les informations disponibles à tous les intervenants à tout moment. La traçabilité dans le dossier peut rester compliquée même lorsqu'il est informatisé, pour les infirmières à domicile par exemple. Le critère de « communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge » est évalué lors de la certification, encore faut-il que ces particularités soient prises compte lors de la visite.

Une autre difficulté en santé mentale, qui relève plus d'une question éthique, réside dans le fait que les professionnels peuvent parfois être réticents à tracer dans le dossier des données particulièrement sensibles à propos du patient. Il demeure dans cette discipline l'existence de "notes personnelles" gardées par les praticiens et non partagées. Même en sachant qu'un dossier incomplet peut nuire à la continuité et à la coordination des soins, faut-il comme il l'est requis, tout tracer de la même manière qu'en MCO ?

Enfin, en psychiatrie certains patients peuvent être hospitalisés durant de très longues périodes car en partie ces établissements peuvent se trouver être les seuls à pouvoir les accueillir. On peut alors observer certains manquements dans la tenue du dossier qui sont à surveiller mais en même temps, lorsqu'un lieu d'hospitalisation est devenu un lieu de vie, a-t-on besoin de tout tracer, tout le temps, de manière aussi rigoureuse ?

Ces éléments particuliers mériteraient réflexion pour une éventuelle prise en compte dans les critères d'évaluation des établissements de santé mentale lors de la visite de certification.

b) Le parcours patient

Certains critères de cette thématique évaluent des aspects essentiels en psychiatrie tels que :

- Dispositif d'accueil permettant la prise en charge et l'orientation des personnes se présentant pour une urgence
- Prise en charge reposant sur des réunions pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles
- Dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire

Un critère important est même spécifique à la santé mentale : « Intégration d'un volet somatique dans le projet de prise en charge ».

Cependant on peut faire à cette thématique "parcours patient" telle qu'elle est vue par la HAS, un reproche principal : la manière d'aborder le parcours est nettement davantage adaptée aux disciplines de MCO qu'à celle psychiatrique pour laquelle le parcours revêt un autre sens et intègre des éléments différents qui sont peu pris en compte.

En effet l'approche parcours est particulièrement centrée sur l'intra-hospitalier. Certes, dans son guide V2014, la HAS parle d'articulation ville/hôpital et sanitaire/médico-social mais avec la vision centrée sur l'hôpital et sans considérer ces structures extrahospitalières et sociales comme partie intégrante de l'établissement évalué. La prise en charge hospitalière en santé mentale n'est pas détachable du reste du parcours. Le parcours de soin d'un patient est souvent permanent, possiblement ponctué d'hospitalisation, mais surtout continu en extrahospitalier. Aussi quand est-il du parcours du patient ne passant pas par l'hospitalisation ? Il est nécessaire de l'évaluer. Au cours de la visite de certification, des structures extrahospitalières sont visités par les experts mais aucun critère ne permet d'évaluer spécifiquement ce type de prise en charge. La loi du 5 juillet 2011 a instauré le "programme de soins". Il permet aux personnes en soins psychiatriques à la demande d'un tiers et sur décision du préfet d'être prises en charge hors hospitalisation complète. « Il précise si les modalités de la prise en charge incluent une hospitalisation à temps partiel, des soins ambulatoires ou à domicile et/ou la prescription d'un traitement médicamenteux, la fréquence des soins, leur durée prévisible ainsi que les divers lieux de prise en charge⁴⁰. » Ces modes de prise en charge constituant des parcours en dehors de l'hospitalisation complète ne sont pas évalués par la procédure V2014. En résumé le parcours tel qu'il est évalué est hospitalo-centré, la certification va permettre d'apprécier les liens qu'a l'établissement de santé avec des structures extérieurs mais n'évaluent pas le parcours du patient dans ces mêmes structures et cela est un réel manque pour le domaine de la santé mentale.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) aborde ce sujet du parcours en santé mentale depuis quelques années. Il en résulte deux travaux intéressants :

⁴⁰ Le CISS, Droits des malades, les soins psychiatriques sans consentement, Santé info droits pratiques, 2017

- Un outil d'autodiagnostic pour les établissements leur permettant de « vérifier le niveau d'acceptation et d'engagement à s'inscrire comme intervenant actif dans le parcours de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques chroniques. » Il aide à se positionner par rapport à 5 niveaux identifiés où sont constatés les risques de rupture les plus fréquents dans ce parcours. On y parle aussi bien des hospitalisations de longue durée, du domaine social que de la prise en charge somatique. L'éventail est large en ce qui concerne le parcours en santé mentale. Cela a fait l'objet d'une publication.

- Une seconde publication « Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale » proposant une démarche pour l'amélioration du parcours des personnes vivant avec des troubles psychiatriques chroniques qui dépasse les frontières institutionnelles entre usagers, aidants, professionnels du sanitaire, social et médico-social. L'ANAP se base sur 8 constats parmi lesquelles : les clivages hôpital/ville et sanitaire/médico-social/social qui fragilisent les parcours, l'organisation des soins hospitalo-centrée, la particularité qu'est la non-demande, la faiblesse des outils de mesure, etc.

De manière générale en santé, la notion de parcours des patients est de plus en plus développée (progression des maladies chroniques, vieillissement de la population, recherche d'efficacité, etc.). L'évaluation de cette thématique est donc primordiale mais pour qu'elle soit globale en psychiatrie, il s'agit certainement de considérer certains aspects différents de ceux évalués pour les établissements de MCO. Des travaux existants comme ceux de l'ANAP explicitant bien de quoi relève le parcours en santé mentale pourraient servir d'appui.

II. Le patient traceur [17] [57] [58] [59]

La méthode du patient traceur est une méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Elle permet d'analyser de manière rétrospective la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire afin d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration. Elle prend en compte l'expérience du patient et de ses proches.⁴¹

Avant la visite, la HAS fournit une liste de patients « types » à sélectionner par l'établissement en précisant la population à laquelle ils doivent appartenir, la pathologie à appréhender, le secteur d'activité, le mode d'entrée et le type de parcours.

Lors de la visite, l'évaluation se déroule en deux temps. Une première partie est consacrée à la rencontre des professionnels en charge du patient choisi, associée à l'analyse de son dossier. Ce n'est pas la pertinence de la thérapeutique choisie qui est évaluée mais la prise en charge telle qu'elle est tracée dans le dossier patient. Un second temps permet à l'expert-visiteur, lorsqu'il est médecin, de mener un entretien avec le patient (et/ou son entourage) afin de recueillir son ressenti sur sa prise en charge.

⁴¹ HAS, « Le patient traceur en établissement de santé : Guide méthodologique », novembre 2014

Lors de la visite, les évaluations "patient traceur" permettent de compléter les données issues des vérifications de terrain lors des audits de processus. Elle permet de consacrer du temps à ce qu'a à dire le patient mais aussi les équipes à propos de la prise en charge. Cette méthode peut aussi être utilisée en interne par l'établissement. Le but est de rechercher des actions d'amélioration pour une meilleure prise en charge des patients.

L'évaluation est basée sur une grille fournie par la HAS qui doit être personnalisée au préalable par l'expert-visiteur. En effet, cette grille est générique et pour un patient de psychiatrie il conviendra de supprimer les questions inappropriées sur la transfusion ou le bloc opératoire par exemple.

Cette grille contient quelques questions spécifiques à la santé mentale :

- Si le patient est en santé mentale, retrouve-t-on dans son dossier une évaluation régulière de son état somatique tout au long de l'hospitalisation ?
- En cas de restriction de liberté, la décision de mise en œuvre des mesures de limitation de liberté est-elle motivée ? (Réflexion bénéfique/risque), réévaluée et tracée dans le dossier du patient (prescription médicale) et l'information du patient (et/ou entourage) et la recherche de consentement sont-elles tracées ?
- Si hospitalisation sans consentement, la recherche de l'adhésion du patient tout au long de son hospitalisation est-elle tracée ?

Cependant bien d'autres pourraient être ajoutées comme sur le respect de la liberté d'aller et venir pour les patients en soins libres par exemple.

Globalement cette grille est adaptable aux patients hospitalisés en psychiatrie. Cependant, on peut faire plusieurs remarques quant à la mise en œuvre de cette évaluation en santé mentale.

La première est que l'évaluation se base en partie sur l'entretien avec le patient, ce qui en fait sa spécificité. Hors en psychiatrie, les patients hospitalisés le sont souvent pour un état de crise ou de rechute. On peut alors se poser la question de leur aptitude à participer à un tel entretien, pour une durée assez longue, avec des questions au contenu pouvant les perturber selon leur état. Aussi, leurs réponses seront-elles pertinentes ?

La seconde remarque porte sur le fait que cette méthode évalue le parcours d'un patient hospitalisé, or on l'a déjà vu, la majorité des suivis en psychiatrie se fait en extrahospitalier.

Ces deux remarques amènent à se demander si pour la discipline psychiatrique, il ne serait pas plus pertinent d'interroger les patients en extrahospitalier, parce que leur état leur permettrait sûrement de mieux répondre lors de l'entretien et parce que c'est là que se fait la majorité de leur prise en charge. Le parcours global serait interrogé, donc cela n'empêcherait pas en plus de le questionner sur un épisode d'hospitalisation antérieur.

En 2015, l'expérimentation « Patient traceur en ville » a permis de tester cette alternative. Des parcours de patients relevant de soins en psychiatrie ont fait partie de cette expérimentation. Un des établissements de santé mentale participant explique que l'expérimentation a fait ressortir des points

forts comme la bonne collaboration entre les partenaires autour du patient et surtout le fait que cette démarche soit plus adaptée pour le patient suivi en psychiatrie. Il note cependant comme limite le fait que la grille d'entretien soit longue, « complexe dans la formalisation des critères, avec des items peu adaptés pour la psychiatrie, trop nombreux et redondants. »⁴²

Suite à ce test, la HAS a formalisé en 2016 un guide méthodologique et des outils pour la mise en œuvre de cette démarche patient traceur en ville. Cependant cette alternative n'est pas utilisée lors de la visite de certification. Cela pourrait être un moyen de mieux adapter à la santé mentale cette méthode d'évaluation intéressante lors de la visite.

On peut donc noter des incompatibilités entre la procédure de certification V2014 et la psychiatrie, dues notamment aux référentiels utilisés (manuel de certification et EIO), les mêmes quel que soit l'exercice de l'établissement de santé concerné, et au fait que la démarche soit très hospitalo-centrée, contrairement à la prise en charge en santé mentale. Pour approfondir ces simples remarques, une étude est nécessaire.

⁴² EPSM de l'agglomération lilloise, « Patient traceur : retour sur l'expérimentation HAS », Alter Ego n°21, janvier février mars 2016.

Chapitre 2 : Précisions méthodologiques et données générales

Pour cette étude, il s'agit d'analyser les résultats de certification d'établissement de psychiatrie afin de trouver des éléments pour répondre plus profondément à notre problématique. [60]

L'étude a débuté en avril 2017. Le choix a été fait d'exclure les établissements dont la psychiatrie n'était pas la seule activité afin d'être certain que les résultats de la certification portent sur cette discipline. A cette période, on pouvait dénombrer 141 établissements pour lesquels le rapport de certification V2014 était disponible. (Détails en annexe 1)

Leur niveau de certification se répartit comme suit :

Certification V2014/141 établissements			Résultats V2014 tout établissement	
Niveau de certification	Nombre d'établissements	Pourcentage		
A	52	36,88%		34,00%
B	51	36,17%	} 63,12%	35,00%
C	33	23,40%		24,00%
D	4	2,84%		6,00%
E	1	0,71%		1,00%
				} 66,00%

Tableau 1 : Résultats de certification

Les résultats de ces établissements ont été comparé aux données de certification des 990 établissements de santé français ayant fait l'objet d'une décision de certification suite à leur visite initiale, décrites dans une publication de la HAS. [61] Il faut noter avant toute comparaison entre ces résultats, que les deux groupes d'établissements ne sont pas forcément correctement comparables.

En effet, notre échantillon est plus de 7 fois plus petit que le total, donc peut-être moins significatif. Ensuite, parmi notre échantillon d'établissements de psychiatrie, 73% sont du secteur privé et 27% du secteur public, contre 65% du privé et 35% du public pour le total des établissements. Le fait que les établissements étudiés soient monodisciplinaires et davantage issus du secteur privé est à prendre en compte car peut influencer sur les résultats de certification (les structures plus petites, comme c'est souvent le cas des cliniques privées, et celles monosites ont souvent de meilleurs résultats). Aussi, les établissements publics de type EPSM sont souvent multisites et cela donne en général de moins bons résultats de certification. On ne peut pas évaluer ici l'impact exact de ces données sur les résultats mais il faut au minimum être conscient que l'on ne compare pas 2 échantillons strictement identiques et donc rester prudents dans les interprétations.

On observe une faible différence entre les résultats de certification des établissements de santé mentale et le total des établissements, ceux de psychiatrie étant proportionnellement légèrement plus nombreux à être certifiés sans aucune recommandation (37% contre 34%).

Dans notre échantillon, 89 établissements sont donc certifiés avec recommandations, obligations d'amélioration, réserves ou non certifiés (B, C, D ou E). Parmi ces établissements, nous avons regardé la proportion des recommandations/obligations d'amélioration/réserves pour chacune des

5 thématiques : Parcours patient, Droits des patients, Management de la qualité et de la gestion des risques, Management de la prise en charge médicamenteuse et Dossier patient.

Ceci nous donne un aperçu global des résultats de certification V2014 par thématique pour les établissements de psychiatrie. Les résultats du total des établissements de santé sont mis en regard du tableau de chaque thématique, et bien qu'une comparaison directe soit à faire avec prudence, on observe quelques différences assez significatives pour pouvoir être relevées (*observations sous chaque tableau*).

Parcours patient/89 établissements			Résultats V2014 tout établissement
Niveau de certification	Nombre d'établissements	Pourcentage	
A	44	49,44%	66,00%
B	32	35,96%	24,79% 8,04% 1,17% 34,00%
C	13	14,61%	
D	0	0,00%	

Tableau 2 : Résultats de certification – thématique Parcours patient

Pour la thématique "Parcours patient", environ **la moitié** des 89 établissements ont une recommandation ou obligation d'amélioration. Les résultats de notre échantillon sont **inférieurs** de **16.56** points par rapport au total des établissements.

Droits des patients/ 89 établissements			Résultats V2014 tout établissement
Niveau de certification	Nombre d'établissements	Pourcentage	
A	36	40,45%	59,80%
B	30	33,71%	29,48% 8,71% 2,01% 40,20%
C	20	22,47%	
D	3	3,37%	

Tableau 3 : Résultats de certification – thématique Droits des patients

Pour la thématique "Droits de patients", près de **60%** des 89 établissements ont une recommandation, obligation d'amélioration ou réserve. Les résultats de notre échantillon sont **inférieurs** de **19.35** points par rapport au total des établissements.

Management QGDR/89 établissements			Résultats V2014 tout établissement
Niveau de certification	Nombre d'établissements	Pourcentage	
A	55	61,80%	59,46%
B	22	24,72%	26,47% 11,39% 2,68% 40,54%
C	10	11,24%	
D	2	2,25%	

Tableau 4 : Résultats de certification – thématique Management de la qualité et de la gestion des risques

Pour la thématique "Management de la qualité et de la gestion des risque", près de **40%** des 89 établissements ont une recommandation, obligation d'amélioration ou réserve. Les résultats de notre échantillon sont **supérieurs** de **2.33** points par rapport au total des établissements.

Prise en charge médicamenteuse/89 établissements			Résultats V2014 tout établissement	
Niveau de certification	Nombre d'établissements	Pourcentage		
A	35	39,33%		28,31%
B	35	39,33%	} 60,67%	41,88%
C	17	19,10%		25,13%
D	2	2,25%		4,69%
				} 71,69%

Tableau 5 : Résultats de certification – thématique Prise en charge médicamenteuse

Pour la thématique "Management de la prise en charge médicamenteuse", un peu plus de **60%** des 89 établissements ont une recommandation, obligation d'amélioration ou réserve. Les résultats de notre échantillon sont **supérieurs** de **11.02** points par rapport au total des établissements.

Dossier patient/89 établissements			Résultats V2014 tout établissement	
Niveau de certification	Nombre d'établissements	Pourcentage		
A	48	53,93%		59,30%
B	34	38,20%	} 46,07%	30,82%
C	6	6,74%		8,54%
D	1	1,12%		1,34%
				} 40,70%

Tableau 6 : Résultats de certification – thématique Dossier patient

Pour la thématique "Dossier patient", plus de **45%** des 89 établissements ont une recommandation, obligation d'amélioration ou réserve. Les résultats de notre échantillon sont **inférieurs** de **5.36** points par rapport au total des établissements.

Pour mener une analyse plus approfondie, le choix a été fait de se baser sur 2 thématiques car toutes ne pouvaient pas être explorées. Ce choix a été fait au vu de ces résultats globaux. Les deux thématiques avec le plus de recommandations/obligations d'amélioration/ réserves sont "Droits des patient" (59.55%) et "Management de la prise en charge médicamenteuse" (60.67%). Ce sont ces 2 thématiques qui permettront donc d'obtenir le plus d'écarts à analyser dans les rapports de certification. Il sera intéressant de voir pourquoi près de 60% des établissements non certifiés "A", le sont à cause d'écarts pour l'une ou les deux thématiques. En plus, ces 2 thématiques permettent d'aborder 2 sujets bien différents, une avec de nombreux enjeux et points particuliers en psychiatrie (Droits des patients) et une plus commune à toutes les disciplines (Prise en charge médicamenteuse). La première qui obtient de moins bons résultats que le total des établissements de santé, et la seconde de meilleurs (tout en restant la moins bonne pour les établissements de psychiatrie). Pour toutes ces raisons, ces 2 thématiques permettent une analyse paraissant comme la plus intéressante.

L'analyse qui suit porte donc sur :

- 54 dossiers pour la thématique "Management de la prise en charge médicamenteuse" ;
- 53 dossiers pour la thématique "Droits des patients" ;
- Dont 30 dossiers en commun (pour lesquels les établissements ont une recommandation/obligation d'amélioration/réserve dans les 2 thématiques).

Elle se base sur le relevé, pour chacune des deux thématiques et dans chacun des rapports de certification concernés, des écarts et points d'amélioration observés par les experts-visiteurs lors de la visite de certification V2014. Les raisons de ces écarts sont ensuite analysées et il s'agira de réfléchir à un lien entre ces données et une éventuelle inadaptation des critères attendus par la procédure V2014 en psychiatrie. On s'efforcera alors d'avancer des propositions d'amélioration/d'adaptation.

On sait que des équipes de psychiatres ont participé à l'élaboration de la procédure de certification depuis ces débuts. Cependant, pour reprendre la problématique du mémoire, cette procédure identique pour toutes les disciplines médicales est-elle adaptée à la psychiatrie ?

Chapitre 3 : Droits des patients [14] [15] [18] [28] [29] [31] [39] [62] [63] [64] [65] [66]

I. Que sont "les droits des patients" ?

La santé est un droit, et lorsqu'une personne est soignée elle dispose des mêmes droits que tout autre citoyen. Ainsi ses droits et libertés doivent être conservés, y compris sa dignité, la possibilité d'aller et venir, et la nécessité de consentement avant tout soin. Le respect des droits des patients a une place importante dans la certification depuis sa première version. Avec la V2014, les droits des patients font l'objet d'une thématique à part entière, évaluée obligatoirement dans tous les établissements visités. Ces droits fondamentaux des personnes effectuant un séjour dans un établissement de santé, sont inscrits dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Pour les faire connaître aux usagers, ils font l'objet d'une charte – La charte de la personne hospitalisée – affichée dans les établissements et remise à chaque patient.

Le respect des droits des patient recouvre différents sujets :

- La qualité de la prise en charge

Chaque patient a droit à un accueil, des soins et des traitements de qualité, c'est-à-dire entres autres, les soins des plus appropriés et des thérapeutiques à l'efficacité reconnue. On parle aussi de la prise en charge de la douleur et de la prise en charge de la fin de vie qui font l'objet de thématiques spécifiques dans la procédure de certification et donc ne seront pas détaillés ici.

- La bientraitance

Au-delà de la lutte contre la maltraitance, on parle de promotion de la bientraitance : " une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus. "⁴³ La mise en œuvre d'une démarche de bientraitance dans un établissement le conduit à interroger son organisation et ses pratiques pour s'améliorer. Cela concerne les aspects les plus ordinaires de la prise en charge au cours desquels le vécu et les besoins des patients sont mieux pris en compte.

- Le respect de la dignité et de l'intimité

Ces droits sont larges et recouvrent divers aspects : aussi bien les soins que le transport par exemple, ou les conditions d'hébergement. Le patient doit être traité avec égard quel que soit son état de santé. Le droit à la dignité est un droit fondamental pour les personnes malades, inscrit dans l'article L1110-2 du code de la santé publique.

- Le respect de la confidentialité

⁴³ ANESM, Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, août 2008

Tout patient a le droit à la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui le concernent. Les échanges d'informations le concernant et leur stockage doivent être protégés.

- Le respect des libertés individuelles

Les mesures de restrictions de liberté, pour des raisons thérapeutiques ou de sécurité, doivent faire l'objet de protocoles et être motivées, tracées, expliquées au patient dans le but de recherche de son consentement et réévaluées.

- Le droit à l'information

Cela fait l'objet de recommandations publiées par la HAS⁴⁴. Le patient a le droit d'être informé sur son état de santé, sur les soins et traitements qui le concerne, les décisions prises. Il doit aussi l'être lors de la survenue d'un événement indésirable le concernant, ou "dommage associé aux soins". Sa délivrance doit être adaptée à la nature de l'information fournie et au patient recevant l'information. Les patients ont accès aux données les concernant en ayant la possibilité de demander un accès à leur dossier médical.

- Le consentement

Le consentement des patients est lié à la notion d'information reçue. Tout praticien doit informer le malade pour obtenir son consentement aux soins qu'il lui propose⁴⁵. « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment⁴⁶. » La prise en charge nécessite le consentement du patient, qui aura donc reçue au préalable l'information nécessaire à sa prise de décision.

On pourrait aussi citer, le respect de la vie privée, le respect des croyances, le droit aux recours, la liberté de choix, le droit à l'accès aux soins, l'implication des usagers, l'accueil et l'accompagnement de l'entourage.

La mise en œuvre correcte de ces éléments nécessite entre autres, leur inscription dans les orientations stratégiques, leur formalisation parfois au sein de protocoles, la formation et sensibilisation des professionnels, leur suivi, évaluation et amélioration...Toujours selon la logique du "P.D.C.A."

II. Exigences de la procédure de certification

Depuis la version V2014 de la procédure de certification, les droits des patients font l'objet d'une thématique à part entière. Les critères attendus sont décrits dans le manuel de certification V2010 et dans les EIO.

⁴⁴ HAS, recommandation de bonne pratique : Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, Mai 2012

⁴⁵ Article 35 du code de déontologie médicale

⁴⁶ Article L.1111-4 du Code de la santé publique

Politique des droits des patients	Critère 1.d
Cela recouvre l'inscription du respect de ces droits dans les projets de l'établissement, l'information des patients sur leurs droits et sur la Commission Des Usages (CDU), la formation des professionnels à ces sujets, des évaluations, un suivi et des actions d'améliorations en matière de respect des droits des patients.	
Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance	Critère 10.a
Elles doivent être doivent être intégrées aux projets de l'établissement, mises en œuvre, suivies et évaluées. Les facteurs de risque sont identifiés en lien avec la CDU, les modalités de signalement sont définies et diffusées. Les professionnels sont sensibilisés et l'expression des usagers est facilitée.	
Respect de la dignité et de l'intimité du patient	Critère 10.b
Cela doit être intégré aux projets de l'établissement, mis en œuvre lors des soins d'hygiène notamment, mais aussi dans les conditions d'hébergement. Il doit aussi y avoir un suivi, des évaluations et actions d'amélioration.	
Respect de la confidentialité des informations relatives au patient	Critère 10.c
Les pratiques et l'organisation de l'établissement permettent sa mise en œuvre, notamment pour le partage des informations relatives au patient. Les professionnels sont sensibilisés, et il doit y avoir un suivi, des évaluations et actions d'amélioration.	
Accueil et accompagnement de l'entourage	Critère 10.d
Ces modalités doivent être définies, notamment pour les parents d'enfants hospitalisés et pour les situations qui le nécessitent. L'accès aux secteurs d'hospitalisation pour l'entourage est facilité. Il doit y avoir un suivi, des évaluations notamment de la satisfaction de l'entourage, et actions d'amélioration.	
Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté	Critère 10.e
Cela est intégré dans les projets de l'établissement, ils identifient les risques de leur non-respect et les situations nécessitant une restriction de liberté. Cela est mis en œuvre, évalué à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont définies. Les bonnes pratiques en la matière sont respectées : prescriptions médicales écrites et réévaluées des restrictions de liberté, réflexion bénéfice-risque et recherche du consentement du patient (et/ou de son entourage) tracées.	
Information du patient sur son état de santé et les soins proposés	Critère 11.a
Son organisation est définie et cela est mis en œuvre notamment en cas de diagnostic grave, en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation. Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance. L'accès aux sources d'informations diverses est facilité. Il doit y avoir des évaluations notamment de la satisfaction des patients, et actions d'amélioration.	
Consentement et participation du patient	Critère 11.b
Le recueil du consentement est organisé, la participation du patient au projet de soins est favorisée. L'adhésion aux soins en cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soins est recherchée. Cela est évalué et donne lieu à des actions d'amélioration.	
Information du patient en cas de dommage lié aux soins	Critère 11.c
Il existe une démarche structurée, les professionnels sont formés. La démarche est évaluée et améliorée.	
Hospitalisation sans consentement	Critère 19.d
Ce dispositif est structuré : des procédures sont définies et mises en œuvre et notamment l'information des patients concernés, dont l'adhésion est recherchée. Les professionnels sont sensibilisés et formés. Les modalités des hospitalisations sans consentement sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	

Tableau 7 : Attendus de la certification – thématique Droits des patients

III. Résultats de l'étude

Pour rappel, l'étude a porté sur l'analyse de 53 rapports de certification d'établissements de psychiatrie ayant eu des recommandations, obligations d'amélioration ou réserves sur la thématique "Droits des patients" suite à la visite de certification V2014. (Echantillon décrit en annexe 2) Les écarts identifiés ont été relevé et classé. (Voir annexe 3)

Si l'on regarde les résultats en lien avec l'organisation de la thématique en générale (organisation, suivi, évaluation, amélioration), on relève surtout des éléments pouvant laisser penser que la thématique "Droits des patients" n'est pas prise en considération comme une thématique à part entière dans certains établissements, au même titre que le dossier patient par exemple. En effet les principaux écarts concernent (pour ne pas tous les citer) :

Le fait que la politique concernant le respect des droits des patients, lorsqu'il y en a une, n'est pas basée sur une analyse des risques propre à l'établissement. Ou le fait que les orientations stratégiques ne comprennent pas des sujets fondamentaux, d'autant plus en psychiatrie, comme le respect de la dignité, les restrictions de libertés ou la bientraitance.

Le fait qu'il n'y ait pas de procédures, ou pas conformes, concernant cette thématique. Le fait que les professionnels ne soient pas formés aux sujets des droits des patients, et en particulier à la bientraitance.

Le fait que la thématique ne fasse pas l'objet d'une démarche d'amélioration continue, avec pas de dispositif structuré ou complet d'évaluation et d'amélioration du processus.

a) Dignité, bientraitance et confidentialité

Pour 15% des établissements, la confidentialité des informations relatives au patient n'est pas toujours garantie. Cela concerne surtout les mouvements de dossiers non sécurisés (non scellés et non anonymisés), le rangement des dossiers non sécurisé, et les chambres à plusieurs lits.

Pour 15% des établissements, la conduite à tenir en cas de maltraitance et en particulier les modalités de signalement ne sont pas définies. Des établissements n'ont pas mené d'état des lieux ou identifié de situations à risques à ce sujet. La formation des professionnels et l'évaluation peuvent aussi faire défaut.

Pour 32 établissements, les conditions d'hébergement ne permettent pas toujours le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Les experts-visiteurs parlent de locaux vétustes voire insalubres, de chambres à 2-3 lits (voire plus !) sans aucune séparation, de chambres sans bloc sanitaire complet, de chambres borgnes, d'utilisation de chambres d'isolement lorsque les chambres "classiques" sont toutes occupées, de conditions sanitaires insatisfaisantes dans certaines chambres d'isolement (utilisation de sceaux hygiéniques), etc.

Dans le plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015, un des objectifs étaient de « faire disparaître les conditions inacceptables d'hospitalisation en psychiatrie », discipline dans laquelle les structures

d'hospitalisation sont parfois très anciennes. Le ministère parlait alors de certains "points noirs" en France qui seront fermés au profit de structures neuves ou réhabilités. Il préconisait :

En psychiatrie comme dans les autres disciplines, les conditions matérielles d'accueil et de prise en charge doivent respecter la dignité des personnes. L'architecture et les équipements doivent préserver l'intimité des personnes, les chambres individuelles doivent être privilégiées, disposer d'un minimum de confort, et permettre aux personnes hébergées de conserver auprès d'elles des effets personnels en sécurité.

En 2015-2016 dans cet échantillon on compte pourtant plus de 60% d'établissements concernés par des conditions d'hébergement non satisfaisantes, c'est à ce sujet que l'on compte le plus d'écart. Plus qu'une inadéquation des attendus de la certification à la santé mentale, on observe ici une non atteinte des minimums attendus par les établissements.

b) Information et recherche de consentement

Concernant l'information et le consentement des patients, les écarts sont plutôt rares si ce n'est la recherche de la personne de confiance qui n'est pas toujours bien mise en œuvre.

Il est exigé de fournir une information "loyale, claire et appropriée"⁴⁷. En psychiatrie, le problème qui peut se poser en hospitalisation est que la personne n'est pas forcément en mesure de recevoir l'information et de donner son consentement. Dans ces recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, la HAS précise pour les personnes majeures qui ne sont pas en mesure de recevoir l'information :

Le professionnel de santé délivre à la personne une information adaptée à ses facultés de compréhension. La personne de confiance est consultée si la personne qui l'a désignée se trouve hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

En psychiatrie, lorsqu'il est estimé qu'un patient a perdu sa capacité à décider de manière cohérente, une procédure de soins sans consentement est prévue (Voir page 17 du mémoire). La loi considère que l'absence de soins créera plus de préjudice au patient que leur mise en œuvre sans son consentement. Elle réaffirme les droits des patients soignés sans leur consentement.) Ces soins doivent se dérouler dans un cadre strictement défini. Cette forme d'hospitalisation est prise en compte dans la procédure de certification (critère 19.d). Même pour ce type d'hospitalisation, l'information et la recherche de l'adhésion du patient aux soins est demandée, l'alliance thérapeutique est toujours recherchée. Il doit notamment dès l'admission être informé de sa situation juridique, de ses droits et de son état de santé.

c) Restrictions de libertés

De nombreux écarts ont pu être relevés en lien avec les mesures de restrictions de libertés.

Le plus fréquent, pour plus de 37% des établissements, est que leur organisation ne permet pas de garantir la liberté d'aller et venir des patients. En effet dans beaucoup d'établissements,

⁴⁷ Article 35 du code de déontologie médicale

l'organisation est ainsi faite que des patients en soins libres et d'autres en soins sous contraintes sont hospitalisés dans les mêmes unités qui par conséquent se trouvent majoritairement fermées au nom du principe de protection de la personne, non seulement contre elle-même, mais aussi contre autrui.

Ce sujet pose des questions auxquelles il ne s'agit pas de répondre ici mais l'évoquer permettra de comprendre en quoi être en adéquation avec ce critère est compliqué pour les établissements.

Ils font face à trois solutions qui semblent toutes imparfaites

1) Maintenir les patients en soins libres et en soins sous contrainte dans des services fermés. Les patients en soins libres, qui représente le mode le plus fréquent d'hospitalisation, sont obligés de demander l'ouverture des portes ce qui nuit à leur liberté d'aller et venir et donc au respect de la loi. Aussi les patients sous contrainte doivent-ils nécessairement être enfermés ?

2) Rassembler les patients en soins libres et en soins sous contrainte dans des services ouverts. Le risque est la sortie sans autorisation des patients hospitalisés sous contrainte avec toutes les questions de surveillance, sécurité, responsabilité que cela soulève (Nombre de personnel, responsabilité de l'établissement en cas d'actes auto ou hétéro agressif d'un patient sortis sans autorisation). Ce mode de fonctionnement pourrait augmenter le recours aux mesures d'isolement. De plus il nécessite une contractualisation avec les patients hospitalisés sous contrainte ce qui peut être compliqué à établir selon leur état de santé. On observe en plus que même ces services ont tendance à fermer leurs portes lors de risques de sorties pressentis (fugue ou désorientation temporo-spatiale), de personnel insuffisant ou de risque d'intrusion.

3) Séparer les patients en soins libres et ceux en soins sous contrainte dans des unités respectivement ouvertes et fermées. Ces unités fermées intersectorielles ne respectent pas la sectorisation et recréent des lieux d'enfermement et d'isolement. Ces services peuvent être plus difficiles, avec plus de violence.

En 1993, la circulaire Simone Veil⁴⁸ indique 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.

En 2004, l'ANAES publie les résultats d'une conférence de consensus à propos de la liberté d'aller et venir en établissement de santé.

La préservation de la liberté d'aller et venir doit se fonder sur un principe de prévention individuelle du risque et non sur un principe de précaution. Elle ne saurait donc être restreinte en fonction d'un risque supposé ou appréhendé. [...] Enfin, la liberté d'aller et venir étant un principe fondamental, sa limitation doit être étudiée pour chaque personne en la faisant participer par tout moyen au partage du risque, qui peut être le plus souvent théorique. De façon générale, il faut privilégier l'aspect relationnel et humain à un recours à des moyens strictement techniques.

⁴⁸ Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux

Ce rapport donne des recommandations quant à la mise en œuvre ou non de mesures de restrictions de la liberté d'aller et venir mais n'aide pas les établissements à résoudre l'aspect technique de ce sujet.

Quelle réponse est alors la plus adaptée ? L'enjeu est compliqué : trouver une solution pour à la fois garantir le respect des droits des patients quel que soit leur mode d'hospitalisation et être en conformité avec la réglementation. D'autant plus que les établissements ont des contraintes organisationnelles, architecturales, d'effectifs, etc.

Cette question relève d'un aspect réglementaire mais aussi des bonnes pratiques cliniques, d'où la présence de ce critère dans la procédure de certification. La démarche qualité doit donc se pencher sur cette question. Dans tous les cas, ce sujet nécessite l'établissement de règles internes validées aussi bien par les soignants que par les instances et idéalement par les représentants d'usagers.

Le deuxième sujet faisant l'objet d'assez nombreux écarts dans notre échantillon, concerne la pratique des mesures de restrictions de libertés (isolement et contention) et en particulier leur prescription.

Récemment la législation a évolué à ce propos avec la loi de modernisation de notre système de santé en 2016⁴⁹ qui a posé un cadre. Il est rappelé que l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours dont l'utilisation doit être nécessaire, adaptée et proportionnée.

Elle pose les conditions dans lesquelles ces mesures peuvent être prises :

- Dans le but de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui ;
- Sur décision d'un psychiatre ;
- Pour une durée limitée ;
- Moyennant une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

La tenue d'un registre traçant les mesures d'isolement et de contention est rendue obligatoire.

En 2017, la HAS a publié des recommandations de bonnes pratiques sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale. Elle précise entre autres, les indications et contre-indications, les modalités de mise en œuvre, la surveillance, l'information du patient, etc.

Jusqu'alors la loi était assez floue, indiquant que lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles devaient être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement⁵⁰. Ces dispositions récentes, en posant un cadre clair, sont un point de départ et permettront peut-être aux établissements de s'améliorer sur ce sujet.

⁴⁹ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁵⁰ Article L.3211-3 du code de la santé publique

IV. Conclusion et propositions

Globalement lorsqu'on étudie les résultats des établissements sur la thématique "Droits des patients", on observe certains critères pour lesquels un nombre relativement élevé de structures ne respectent pas ce qui est attendu.

Les critères en question semblent pourtant en cohérence avec ce qu'on peut attendre d'un établissement de psychiatrie comme le respect des patients, de leur dignité, de leur intimé, de la confidentialité des informations les concernant. Ces éléments font cependant parfois défaut, voire souvent pour certains, relevant de sujets primordiaux comme les conditions d'hébergement.

Certaines pratiques spécifiques à la psychiatrie, l'hospitalisation sans consentement et les restrictions de libertés, peuvent poser problème ou question aux établissements dans leur mise en œuvre. On observe un nombre significatif d'écarts autour de ces sujets.

Concernant l'isolement et la contention, la législation et des recommandations de bonnes pratiques récentes posent un cadre plus clair qui doit permettre aux établissements de mieux se conformer à des pratiques de référence et à la fois à la HAS de les évaluer sur ces mêmes critères.

Le sujet de la liberté d'aller et venir est plus compliqué à aborder visiblement autant pour les établissements que pour la HAS. Une conférence de consensus datant de 2004 donne bien des recommandations sur les indications pour la mise en œuvre de ces mesures mais techniquement, on l'a vu, les établissements font face à des difficultés pour respecter à la fois la loi et les droits de tous les patients. Aussi lors des visites, on sait qu'une situation identique pour deux établissements peut conduire ou non à une recommandation d'amélioration selon l'appréciation des experts-visiteurs. Un cadre n'est pas clairement établi et des recommandations de bonnes pratiques plus concrètes mériteraient d'être publiées à ce sujet, particulièrement complexe.

Ces particularités dans la discipline psychiatrique font de la thématique "Droits des patients" un axe essentiel à mettre en œuvre pour les établissements et à évaluer par la HAS. En même temps, cette notion de respect des droits peut paraître paradoxale lorsqu'on parle d'hospitalisations sans consentement et de restrictions de libertés et peut entraîner certains conflits éthiques. Il faut alors se dire que la démarche qualité, plus qu'un apport de procédures et protocoles, permet le développement d'une transparence qui est la meilleure alliée des patients et des professionnels pour le respect des droits.

En résumé les critères évalués ne semblent pas inappropriés même si l'application de certains mériteraient d'être précisée. Avec un critère spécifique à l'hospitalisation sans consentement, la HAS a tenue à prendre en compte une notion propre à la psychiatrie. Cependant on peut noter que d'autres spécificités ne sont pas évaluées.

Une des spécificités majeures de la psychiatrie, on l'a vu, est le recours majoritaire à la prise en charge extrahospitalière. Or lors de l'évaluation de cette thématique, on semble surtout s'attacher

aux droits du patient hospitalisé. En même temps, la législation est aussi centrée sur ce point et la charte de la personne hospitalisée en est un exemple. On remarque à la lecture des rapports de certification, certaines mentions des structures ambulatoires en particulier pour le sujet du respect de la confidentialité des informations concernant le patient avec par exemple des lieux de stockages des dossiers non sécurisés. Mais dans la majorité des observations il est question de l'hospitalisation.

L'information du patient et la recherche de son consentement par exemple. En général dans les rapports on s'intéresse à la délivrance et la traçabilité de l'information dans les dossiers lors des séjours hospitaliers. Or cette notion est aussi importante pour la prise en charge en ambulatoire.

On pourrait citer aussi le cas du respect de la dignité et de l'intimité du patient. Dans les critères de la procédure de certification, ils doivent être effectifs lors des soins et dans les conditions d'hébergement. Par conséquent, aucun rapport ne fait état de ces aspects pour les structures ambulatoires, au sein desquelles pourtant des soins sont prodigués et pour lesquelles les conditions d'accueil pourraient aussi être évaluées.

Enfin, le critère 19.d du manuel de certification parle d'hospitalisation sans consentement or la loi du 5 juillet 2011 – relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge – a modifié la terminologie : les termes "hospitalisation" sont remplacés en "soins". Cette loi prend en compte qu'une très large part des patients sont suivis en ambulatoire et ne seront jamais hospitalisés. Elle diversifie les modalités de soins sans consentement, avec l'introduction des soins ambulatoires sans consentement (hospitalisation à temps partiel, soins à domicile, consultations ambulatoires, activités thérapeutiques), alternatifs à l'hospitalisation complète. Cet exemple montre que la procédure de certification n'a pas connu la même évolution lors de la construction de sa dernière version, elle est restée centrée sur l'évaluation de l'hospitalisation.

Les critères évalués sont plutôt en adéquation avec ce que l'on peut attendre d'un établissement de psychiatrie, même s'ils sont plus ou moins aisés à mettre en œuvre. Cependant on pourrait plutôt dire qu'au vu de la non réelle prise en compte de l'ambulatoire, malgré sa part prépondérante dans la prise en charge en santé mentale, les critères existants sont davantage adéquats pour l'évaluation d'une structure d'hospitalisation complète en psychiatrie. Aussi pour certains sujets, des publications telles que des recommandations de bonnes pratiques semblent manquer, elles permettraient de fournir un meilleur cadre aux établissements.

Chapitre 4 : La prise en charge médicamenteuse [14] [15] [39] [67] [68] [69] [70] [71] [72]

I. Qu'est-ce que la prise en charge médicamenteuse (PECM) ?

La prise en charge médicamenteuse en établissement de santé comprend trois étapes principales :

- La prescription médicamenteuse, assurée par un professionnel habilité qui formule à l'écrit les informations obligatoires en vue de leur dispensation et de l'administration au patient
- La dispensation, sous la responsabilité du pharmacien : analyse pharmaceutique de la prescription, préparation des doses à administrer, délivrance et transport dans le secteur d'activité. La délivrance peut être nominative (par patient), globalisée (par groupe de patients) ou globale (sans ordonnance et sur commande).
- L'administration, dont la sécurisation repose sur la règle des 5B : le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment, au Bon patient.

Pour chacune de ces étapes, la HAS mets à disposition des professionnels différents outils⁵¹.

Le circuit du médicament englobe aussi l'approvisionnement et le stockage et nécessite d'être sécurisé. Le management de la prise en charge médicamenteuse comprend aussi les notions importantes de formation des professionnels, information des patients, surveillance des traitements, pertinence des prescriptions et efficience dans le choix des traitements médicamenteux. Cela doit également concourir à la politique du médicament dans l'établissement, à la pharmacovigilance et à la matériovigilance. Le bon usage des médicaments et le circuit du médicament doivent faire l'objet d'évaluations régulières et d'actions d'amélioration.

Dans chaque établissement, le Contrat de Bon Usage du médicament (CBU) a pour objectifs de sécuriser et améliorer le circuit du médicament. Il est conclu entre le représentant légal de l'établissement et le directeur de l'Agences Régionales de Santé (ARS) pour une durée de 5 ans. Le respect des engagements garanti à l'établissement un remboursement des spécialités pharmaceutiques à 100% par l'assurance maladie.

La PECM est encadrée par la loi. La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a piloté l'élaboration d'un référentiel afin d'accroître la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse qui s'est traduit par :

1) Un arrêté⁵² qui définit le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse qui devra être mis en place dans les établissements de santé, ainsi que les règles à respecter pour les principales étapes du circuit du médicament. Il définit la prise en charge médicamenteuse comme : « un processus combinant des étapes pluridisciplinaires et

⁵¹ [En ligne] HAS, Prise en charge médicamenteuse, créé le 25 février 2013 <https://www.has-sante.fr>, consulté le 01 août 2017

⁵² Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé

interdépendantes visant un objectif commun : l'utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament chez le patient pris en charge par un établissement de santé. »

2) Une circulaire⁵³, appui à la mise en œuvre de l'arrêté, présentant les actions prioritaires, les dispositifs d'accompagnement et ceux d'évaluation relatifs à la mise en œuvre du référentiel.

3) Un guide⁵⁴ à destination des professionnels de santé comprenant des outils pour optimiser la prise en charge thérapeutique des patients, améliorer et sécuriser le circuit du médicament.

Cette thématique est complexe, comprenant divers aspects, nécessitant l'intervention de divers professionnels. Elle est évaluée obligatoirement par la HAS lors de chaque visite de certification.

II. Exigences de la procédure de certification

Les critères attendus par la HAS sont décrits dans le manuel de certification V2010 et les EIO.

Management de la prise en charge médicamenteuse	Critère 20.a
<p>Il existe : Une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse Un projet d'informatisation complète de la PCM et cette informatisation est engagée. Des outils d'aide à la prescription et à l'administration à disposition des professionnels. Des actions de formation et sensibilisation des professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses. Un dispositif d'évaluation (suivi d'indicateurs en cohérence avec le CBU et analyse des erreurs médicamenteuses) et d'amélioration structuré.</p>	
Prise en charge médicamenteuse du patient	Critère 20.a bis
<p>Des règles et supports de prescriptions validés, en place, et mises en œuvre Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments sont engagés Les modalités de la sécurisation de la dispensation définies Des règles d'administration des médicaments sont définies, la traçabilité est organisée et assurée La continuité du traitement médicamenteux est organisée Application des bonnes pratiques de préparation Les patients sont informés sur le bon usage des médicaments par les professionnels Un dispositif d'évaluation (audit périodique du circuit du médicament) et d'amélioration structuré</p>	
Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé	Critère 20.b
<p>Il existe : Une politique de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé Des données de références à disposition des professionnels pour une prescription conforme Des actions de formation et sensibilisation des professionnels Un dispositif structuré d'évaluation et d'amélioration mis en œuvre</p>	

Tableau 8 : Attendus de certification – thématique Prise en charge médicamenteuse

III. Résultats de l'étude

Pour rappel, l'étude a porté sur l'analyse de 54 rapports de certification d'établissements de psychiatrie ayant eu des recommandations, obligations d'amélioration ou réserves sur la thématique

⁵³ Circulaire n°DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé

⁵⁴ DGOS, Qualité de la prise en charge médicamenteuse, outils pour les établissements de santé, février 2012

"Management de la prise en charge médicamenteuse" suite à la visite de certification V2014 (détails de l'échantillon en annexe 2). Les écarts identifiés ont été relevés et classés. (Voir annexe 4)

Si l'on regarde les résultats en lien avec l'organisation de la thématique en générale (organisation, suivi, évaluation, amélioration), on relève surtout des éléments évoquant des manques :

- Une politique du médicament incomplète avec souvent une non prise en compte de la prise en charge des sujets âgés.
- Un dispositif de gestion documentaire de la PECM non totalement structuré/complet/diffusé, un manuel d'assurance qualité de la pharmacie non finalisé
- Un projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse incomplet
- Trop peu de formation des professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses
- Trop peu de signalement des événements indésirables liés à la PECM
- Trop peu d'évaluation et notamment l'audit périodique sur le circuit du médicament non réalisé
- Des actions d'amélioration pas toutes identifiées

Cela traduit une organisation de la PECM non aboutie ou en développement, qui reste à progresser donc. Il serait intéressant de savoir, mais notre étude ne nous permet pas de l'analyser, si les écarts en MCO sont de la même nature ou si cet inaboutissement est particulièrement vrai en psychiatrie.

a) Prescription, dispensation et administration

Concernant la prescription médicamenteuse, pour 13% des établissements elle n'est pas toujours conforme. Les experts-visiteurs ont pu observer des retranscriptions de prescription depuis le logiciel informatique sur un document papier, ou encore la prescription sur papier alors que la prise en charge médicamenteuse est informatisée (particulièrement en ambulatoire), ou tout simplement un non-respect des bonnes pratiques de prescription.

Dans 20% des établissements, les modalités de dispensation ne sont pas conformes. Il s'agit surtout de problèmes de sécurisation de la dispensation. Cela se traduit de diverses façons : un non-suivi des traitements personnels utilisés en hospitalisation par la PUI, des stocks pour besoins urgents trop importants ou non sécurisés, une non-identification des médicaments à risque, des accès au stock de la PUI non règlementaires, une non-validation pharmaceutique et non-dispensation des structures ambulatoires, etc.

Les écarts concernant l'administration sont les plus fréquents de la thématique PECM avec plus de la moitié des établissements concernés. Dans beaucoup de cas, cela est issu d'un problème d'équipement. Par exemple la traçabilité de l'administration en différé est souvent expliquée par un manque d'ordinateur portable et/ou de wifi, ou l'absence de support unique pour la prescription et l'administration est liée à l'absence d'informatisation de la PECM. On observe aussi des pratiques de validation globale d'administration en différé (possible avec certains logiciels), des supports de

traçabilité divers pour un même établissement, ou la non-traçabilité de l'administration en ambulatoire de médicaments fournis par la PUI par exemple. Hormis des problématiques de traçabilité, les experts ont pu noter des écarts relevant de la sécurisation de l'administration. On peut citer des mauvaises pratiques de l'identitovigilance, l'absence de double vérification, l'administration autorisée par des personnes en poste quel que soit leur niveau de compétence, des médicaments déconditionnés et préparés bien avant le moment de l'administration, etc.

En psychiatrie se pose aussi la question de l'identitovigilance. Bien que ce ne soit pas la thématique étudiée ici, on relève des remarques à ce sujet en particulier à propos de la vérification de l'identité des patients lors de l'administration. Les manquements à ce sujet s'expliquent par le fait qu'en santé mentale, les patients sont suivis sur de longues, voire très longues périodes. Ils sont bien connus des professionnels qui assez logiquement ne leur demande plus leur identité plusieurs fois par jour lorsqu'ils les connaissent depuis des années. De plus pour certaines pathologies associées à des troubles paranoïaques, cela pourrait être particulièrement mal perçu par les malades. Ce critère est pourtant étudié de la même façon qu'en MCO où les patients sont généralement de passage.

b) Transport et stockage

Pour 20 établissements, soit 37%, les règles de transport et/ou de stockage ne sont pas formalisées ou pas respectées. Dans plusieurs établissements on peut observer que le transport des stupéfiants n'est pas sécurisé par exemple. Dans d'autres c'est le rangement dans le service qui n'est pas adapté avec des armoires peu fonctionnelles ou accessibles à tous, non fermées à clefs. Les modalités de rangement ne sont parfois pas définies, non organisées entre la pharmacie et les services. Il peut aussi s'agir d'étiquetages non corrects, de chaîne du froid non respectée...

c) Analyse pharmaceutique et gestion du traitement personnel

Dans 13% des établissements, la gestion du traitement personnel n'est pas correcte. Soit il n'existe pas de procédure à ce sujet soit celle-ci est mal respectée. Le traitement personnel n'est pas tracé et il n'y a pas de trace de sa recherche, les règles de rangements et d'identification ne sont pas mises en œuvre par exemple.

La gestion du traitement personnel et en particulier sa traçabilité a un impact sur l'analyse pharmaceutique. Pour près de 17% des établissements, cette pratique n'est pas exacte. Dans certains elle n'est simplement pas organisée. Dans d'autres elle est incomplète : pas de ré-analyse lors des changements de traitement, analyse ne prenant pas en compte les données biologiques... Le cas le plus fréquent est celui d'une analyse pharmaceutique non-effectuée hors hospitalisation complète. Soit parce qu'elle n'est pas organisée pour l'extrahospitalier, soit parce que les pratiques de prescriptions en hôpital de jour ou en ambulatoire ne la permettent pas.

d) Information des patients

Près de 15% des établissements n'ont pas de procédure formalisant l'information des patients sur le bon usage des médicaments qui leur sont prescrits. Pour 10% environ, l'information se fait de manière informelle à l'oral, non structurée ni tracée dans le dossier patient. Aussi, il n'existe pas de supports d'information ou alors ils sont peu appropriés ou non utilisés par les professionnels.

Tous ces écarts auraient très bien pu être observés en établissement de MCO. Encore une fois il serait intéressant de connaître les résultats d'une étude similaire réalisée dans ce domaine d'activité pour voir si des écarts sont plus ou moins marqués dans l'une ou l'autre des disciplines et alors relever des non-conformités beaucoup plus présentes en psychiatrie et essayer de les expliquer.

On note tout de même quelques points particuliers touchant tous à la PECM hors de l'hospitalisation complète : La moins bonne utilisation du logiciel de prescription, une non-traçabilité de l'administration de médicaments fournis par la PUI, l'absence d'analyse pharmaceutique en extrahospitalier, etc.

Ce ne sont que quelques exemples issus des rapports analysés mais on voit globalement que le circuit du médicament a parfois l'air de moins bien fonctionner hors de l'hôpital.

La démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse en psychiatrie n'est pas tout à fait la même que celle d'un établissement de soins de MCO. Les établissements de santé mentale disposent bien souvent d'un circuit du médicament particulier qui concerne à la fois l'intra et l'extrahospitalier avec des structures éloignées de l'hôpital. L'analyse des risques et leur maîtrise est plus complexe. La PECM fait intervenir un grand nombre de structures et d'acteurs. Cela est à prendre en compte concernant le transport des médicaments, les délais d'approvisionnement, le système d'information, la communication, etc. Sur le terrain on observe de nombreuses variantes, par exemple en extrahospitalier, le traitement est pris en charge complètement ou partiellement selon les établissements, le type de structure, etc. Ainsi les soignants peuvent administrer des traitements de la PUI et de l'officine. C'est une réalité complexe et cette non harmonisation accroît les risques pour les patients.

IV. Conclusion et proposition

Les critères présents dans le manuel de certification et les EIO pour l'évaluation de cette thématique sont adaptés à la psychiatrie pour la PECM des patients en structure d'hospitalisation complète

On l'a vu, la principale particularité influant sur la PECM médicamenteuse en psychiatrie est le circuit étendu aux structures extrahospitalières. On observe des écarts relevés en lien avec cette spécificité, pour autant les critères de la certification ne la prennent pas en compte. Un arrêté de 1999 fixe les règles de prescription, dispensation et administration des médicaments des établissements médico-sociaux disposant d'une PUI. Il n'indique pas si les PUI doivent prendre en charge totalement ou

partiellement les traitements des patients concernés par exemple. Des recommandations claires assorties de critères spécifiques lors des visites de certification devraient d'une part harmoniser et sécuriser les pratiques et d'autre part mieux adapter la visite de certification aux établissements de santé mentale.

Hormis cette spécificité à prendre en compte, il existe en psychiatrie des éléments différents dans la prise en charge médicamenteuse des patients qui ont leur importance et mériteraient d'être intégrés aux critères d'évaluation de la procédure de certification.

Un des enjeux principaux de la prise en charge médicamenteuse en psychiatrie est le défaut d'observance. C'est important à considérer car cela peut être la cause de réadmission en hospitalisation. Il serait intéressant au travers de la certification de vérifier les dispositifs que les établissements mettent en place pour pallier à ce problème et plus largement pour améliorer la qualité de la PECM en psychiatrie.

Pour exemple, on peut citer trois types de dispositifs :

1) L'information du patient sur son traitement.

On l'a vu, cela peut faire défaut. La majorité des patients suivis en psychiatrie sont pourtant tout à fait aptes à assimiler l'intérêt et le bon usage de leur traitement. Pour les patients, le traitement peut être source de confusion et des explications sont nécessairement à fournir pour favoriser la meilleure observance possible notamment sur les effets indésirables, en prévention de la réadmission. Au mieux on pourrait attendre des établissements la mise en place d'éducation thérapeutique avec des séances consacrées aux médicaments.

2) L'optimisation du lien ville-hôpital

Hors hospitalisation, il peut être compliqué pour les patients de suivre leur traitement et ses évolutions. Les structures ambulatoires, où sont suivis la majorité des patients, sont indispensables pour faire le lien, et un manque de coordination entre l'intra et l'extrahospitalier peut être la cause d'une rupture dans le suivi du patient et donc sa prise en charge médicamenteuse. La collaboration entre les acteurs est nécessaire de manière à optimiser les suivis. De même, les patients suivis en psychiatrie sont souvent sujets à des affections somatiques et se retrouvent avec des prescriptions de leur médecin traitant. Il faut aussi pouvoir décloisonner ou du moins faire le lien entre le suivi psychiatrique et somatique et prendre en considération la totalité des traitements personnels du patient pour une prise en charge de qualité.

3) La conciliation médicamenteuse

Pour aller plus loin, au-delà de l'analyse pharmaceutique, la conciliation médicamenteuse actuellement en développement pour tous types d'établissements de santé, trouverait un grand intérêt à être mise en place en santé mentale (et donc constituer un critère de conformité pour la PECM en psychiatrie). Les parcours de soins en psychiatrie sont particulièrement complexes, avec une multitude d'intervenants et difficultés liées à la maladie et aux traitements.

La conciliation médicamenteuse dont le but est avant tout de sécuriser la prise en charge, apparaît particulièrement adaptée pour pallier aux problèmes de continuité des traitements et assurer leur qualité. En plus, cela contribue aussi à l'information du patient.

C'est 3 éléments constituent des pistes qui montrent les possibilités d'une évaluation de la prise en charge médicamenteuse en santé mentale plus adaptée.

Il existe d'autres particularités en psychiatrie telles que l'utilisation plus fréquente des solutions buvables avec certains risques que cela présente qui seraient peut-être à mieux considérer (liés à l'utilisation des pipettes, l'identification des gobelets, etc.), ou les problématiques de vérification d'identité qu'on a évoquées précédemment. Aussi en psychiatrie, la prise en charge et donc le temps investi sont plutôt consacrés au relationnel. Les aspects plus techniques de contrôles par exemple dans le circuit du médicament peuvent paraître plus accessoires pour les professionnels de terrain.

Tant d'exemples qui illustrent que cette thématique a aussi ses particularités en ce qui concerne la santé mentale et celles-ci semblent importantes à prendre en considération pour une évaluation adaptée. Ainsi, l'intégration de ces aspects aux critères de la procédure de certification pour le champ de la psychiatrie permettrait de mieux prendre en compte la réalité du fonctionnement journalier dans cette discipline et pousserait les établissements à s'améliorer sur des sujets bien appropriés.

Pour conclure sur cette étude, nous pouvons en relever les points forts mais aussi apporter quelques critiques.

D'abord sur notre échantillon. Les 141 établissements de l'échantillon total représentent près de 40% des établissements psychiatriques ayant une activité exclusivement de psychiatrie en France. Cependant en se limitant aux structures à mono-activité pour permettre l'analyse des rapports de certification, on exclut un certain nombre d'établissements surement plus grands, avec peut-être plus de structures extrahospitalières et des résultats différents. (Notre échantillon comprend un nombre relativement important de petites structures ne pratiquant que l'hospitalisation complète).

Il n'est donc pas parfaitement représentatif de l'activité psychiatrique en France.

Ensuite concernant la méthode. L'étude n'a porté que sur l'analyse de rapports de certification de psychiatrie. Une analyse similaire de rapports d'établissements de MCO aurait permis une comparaison avec ceux de psychiatrie et l'apport d'informations supplémentaires du type "tel écart est-il aussi souvent relevé en MCO qu'en psychiatrie ou significativement plus ou moins présent ?". Cela pourrait faire l'objet d'un autre travail.

Malgré ces améliorations possibles, cette étude a permis de relever des éléments pour tenter de répondre à notre problématique. Le point prépondérant étant que les critères existants de la procédure de certification ne sont globalement pas contraires à l'activité dans les structures psychiatriques mais ne permettent pas de prendre en considération certaines particularités majeures de la discipline notamment en n'évaluant pas de manière spécifique l'activité extrahospitalière.

Conclusion

La finalité de ce travail était, à travers l'analyse de rapports de certification d'établissements de psychiatrie, de pouvoir répondre à notre problématique à savoir, la procédure de certification est-elle adaptée à cette discipline ?

Des recherches nous ont permis de relever les particularités de la psychiatrie qui ont aussi un impact dans la manière de mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité dans ce secteur notamment à cause de son rapport aux normes et aux standards.

Les critères évalués par la procédure de certification sont les mêmes quelle que soit l'activité de l'établissement de santé mais malgré cela on a pu relever que, pour la plupart, ils ne sont pas incompatibles avec les pratiques dans une structure d'hospitalisation en psychiatrie. Les écarts observés sont en majorité en lien avec des exigences normalement attendues pour chaque établissement de santé y compris ceux de santé mentale.

L'étude a montré que les établissements ont la nécessité d'évoluer et d'améliorer leurs pratiques sur des points essentiels à la qualité de la prise en charge comme les conditions d'hébergement par exemple, pour citer le critère faisant l'objet du plus d'écarts. On a vu cependant qu'en psychiatrie, les guides et recommandations de bonnes pratiques pouvaient faire défaut. Certes, il en existe par exemple pour la prise en charge médicamenteuse mais ceux-ci ne précisent pas les modalités de mise en œuvre spécifiques à la psychiatrie comme la dispensation des structures extrahospitalières. De la même façon, des recommandations sur le sujet compliqué de la liberté d'aller et venir permettraient de trancher sur la bonne pratique à adopter. Bien que les référentiels ne soient pas évidents à construire en santé mentale, il semble que de tels guides soient nécessaires pour harmoniser et cadrer les pratiques parfois très diverses d'un établissement à un autre. En plus de sécuriser la prise en charge, pour les patients comme pour les professionnels, cela en faciliterait l'évaluation.

En allant plus loin dans la réflexion et en prenant en considération les données issues de nos recherches sur les spécificités de la discipline, on constate aisément que les critères de la certification, s'ils sont corrects, ne permettent pas d'évaluer exactement la pratique des établissements. L'aspect le plus net est celui du côté hospitalo-centré de la procédure. Le parcours d'un malade en psychiatrie est rythmé par son suivi en ambulatoire et les hospitalisations sont plus rares voire inexistantes pour certains. Cela semble aujourd'hui très faiblement pris en compte au regard des critères évalués et de la méthodologie employée.

Lors des visites, la prise en charge extrahospitalière, majoritaire, doit nécessairement être évaluée (Par exemple, ne pas centrer l'évaluation patient traceur sur l'hospitalisation mais utiliser la méthode du patient traceur en ville développée récemment).

On pourrait aussi citer le fait que l'évaluation des structures d'hospitalisation, plus conforme au parcours du patient hospitalisé en MCO, ne prenne pas forcément en compte la réalité du fonctionnement journalier en psychiatrie. Les services d'hospitalisation y sont moins des lieux de passage que quasi des lieux de vies, et par conséquent certains aspects comme l'identitovigilance y sont abordés d'une toute autre manière.

Si l'on devait résumer, disons que la procédure de certification n'est pas complètement inadaptée mais assurément incomplète. Pour concorder pleinement avec la discipline, elle devrait mieux prendre en compte à la fois la réalité de la prise en charge psychiatrique et la réalité de fonctionnement des établissements de santé mentale.

La prise en charge psychiatrique et le fonctionnement des structures évoluent continuellement. De moins en moins centrée sur l'hospitalisation, ils favorisent aussi la prise en charge médico-sociale et s'appuient de plus en plus sur les capacités et la participation des patients. Il apparaît alors que l'enjeu pour la HAS, en plus de davantage s'adapter à la discipline, soit de rester réactif aux changements à venir.

Bibliographie

- [1] ATIH, «Psychiatrie, chiffres clés. Données issues du Rim-P 2015,» 2017.
- [2] «Dictionnaire,» Bibliothèque Numérique de Droit de la Santé et d'Ethique Médicale (BNDS), [En ligne]. Available: <https://www.bnnds.fr/dictionnaire/>. [Accès le 1 avril 2017].
- [3] «Loi n°84-5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier,» Legifrance, [En ligne]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000501106>. [Accès le 1 mai 2017].
- [4] «Décret n°87-367 du 3 juin 1987 portant création du Comité national pour l'évaluation médicale,» Legifrance, [En ligne]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006065976&dateTexte=20030526>. [Accès le 1 mai 2017].
- [5] C. Chabannes-Gurvil, «ANDEM/ANAES Fonds de l'évaluation médicale (1987-2000),» HAS, 2055.
- [6] «Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière,» Legifrance, [En ligne]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668>. [Accès le 1 mai 2017].
- [7] «Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée,» Legifrance, [En ligne]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206&dateTexte=19960425>. [Accès le 1 mai 2017].
- [8] «Décret no 97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé,» Legifrance, [En ligne]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000381075&categorieLien=id>. [Accès le 1 mai 2017].
- [9] Manuel d'accréditation des établissements de santé, ANAES, 1999.
- [10] «Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie,» Legifrance, [En ligne]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>. [Accès le 1 mai 2017].
- [11] «Article L4135-1 du code de la santé publique,» Legifrance, [En ligne]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688891&dateTexte=29990101&categorieLien=cid>. [Accès le 1 mai 2017].
- [12] «Article L161-37 du code de la sécurité sociale,» Legifrance, [En ligne]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000017832778&cidTexte=LEGITEXT000006073189>. [Accès le 1 mai 2017].
- [13] Manuel de certification des établissements de santé V2010, HAS, 2009.
- [14] Manuel de certification des établissements de santé V2010, HAS, 2014.
- [15] Éléments d'Investigation Obligatoires (EIO) et situations à risque, HAS, 2015.
- [16] Guide méthodologique Compte Qualité certification V2014, HAS, 2015.
- [17] HAS, «Guide méthodologique à destination des établissements de santé - certification V2014,» 2017.
- [18] Ministère de la santé, «Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015,» 2012.
- [19] «Note d'orientation, Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale,» HAS, 2013.
- [20] DREES, «L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé,» 2017.
- [21] DREES, «Les patients suivis en psychiatrie,» 2017.

- [22] Encyclopédie BORDAS, volume VIII, page 4156, SGED, 1997.
- [23] J. Hochmann, Histoire de la psychiatrie, Presses universitaires de France, 2015.
- [24] A. Raoult, «Psychiatrie, pathologies et soins infirmiers,» Théories et pratiques infirmières, 2005.
- [25] A. Milon, «Rapport d'information du Sénat fait au nom de la commission des affaires sociales relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux,» 2012.
- [26] F. Rouillon, Psychiatrie française, psychiatrie en France, Springer, 2012.
- [27] C. Cordier, «Le premier anniversaire de la loi de Santé met au jour les réformes restant encore à mener,» Hospimédia, 25 Janvier 2017. [En ligne]. Available: <http://abonnes.hospimedia.fr/dossiers/20170125-politique-de-sante-le-premier-anniversaire-de-la/20170124-une-instruction-detaillera-l-offre-de-soins-attendue>. [Accès le 1 mai 2017].
- [28] J.-C. P. e. C. Hanon, Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie, Doin, 2014.
- [29] J.-L. Gautier, Hospitalisation psychiatrique sous contrainte et droits fondamentaux, Les éditions du Menhir, 2012.
- [30] A. Pena, L'internement psychiatrique, liberté individuelle et dualisme juridictionnel : la nouvelle done, RFDA, 2011.
- [31] «LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge,» Legifrance, [En ligne]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&categorieLien=id>. [Accès le 1 juin 2017].
- [32] «LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,» Legifrance, [En ligne]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>.
- [33] N. Dissez, «Qu'est-ce que la santé mentale ?,» *Journal français de psychiatrie n°27*, p. 92, avril 2006.
- [34] «La santé mentale : renforcer notre action,» OMS (Organisation Mondiale de la Santé), Avril 2016. [En ligne]. Available: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>.
- [35] ANAES, «Principe de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé,» 2002.
- [36] ANAES, «Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé,» 1996.
- [37] C. V. H. Lecllet, Qualité en santé, 150 questions pour agir, AFNOR, 2007.
- [38] V. Kovess, Evaluation de la qualité en psychiatrie, Economica, 1994.
- [39] A. Caria, Démarche qualité en santé mentale, une politique au service des patients, In Press, 2003.
- [40] F. Chapiro, «La démarche qualité en psychiatrie : poser les bonnes questions,» *Annales Médico-Psychologiques 171*, pp. 38-40, 2013.
- [41] J.-F. Allilaire, «Les enjeux de la démarche qualité en psychiatrie,» *Annales Médico-Psychologiques 171*, pp. 22-24, 2013.
- [42] E. Corruble, «Vous avez dit "Qualité" ?,» *Annales Médico-Psychologiques 171*, pp. 34-37, 2013.
- [43] HAS, «L'évaluation des pratiques professionnelles, Annexe du guide pratique "Préparer et conduire votre démarche de certification",» 2013.
- [44] HAS, «Quels outils privilégier pour l'EPP en psychiatrie ?,» HAS, 20 octobre 2010. [En ligne]. Available: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1108909/fr/quels-outils-privilégier-pour-l-epp-en-psychiatrie. [Accès le 1 Juin 2017].

- [45] M.-C. Hardy-Baylé, «Pour une démarche de qualité en psychiatrie appliquée aux pratiques professionnelles et aux référentiels de prise en charge,» *L'information psychiatrique volume 82*, pp. 29-37, 2006.
- [46] HAS, «Rubrique : indicateurs de qualité et de sécurité (plusieurs pages Web),» 2017. [En ligne]. Available: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249986/fr/indicateurs-de-qualite-et-de-securite. [Accès le 1 juin 2017].
- [47] DGOS, «Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé - IQSS,» 19 mai 2017. [En ligne]. Available: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/les-indicateurs/article/les-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-dans-les-etablissements-de>. [Accès le 1 juin 2017].
- [48] HAS, «Les indicateurs IPAQSS, annexe du guide pratique "Préparer et conduire votre démarche de certification",» 2013.
- [49] HAS, «Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins TDP en santé mentale,» 2015.
- [50] HAS, «Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins DEC en santé mentale,» 2015.
- [51] HAS, «Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins DTN en santé mentale,» 2015.
- [52] HAS, «Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins TDP version 2 en MCO,» 2015.
- [53] HAS, «IQSS Dossier patient adulte en santé mentale, résultats nationaux de la campagne 2016 - données 2015,» 2016.
- [54] ANAP, «Le parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale, première approche,» 2015.
- [55] ANAP, «Mettre en oeuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale, méthodes et outils pour les territoires,» 2016.
- [56] ANAP, «Autodiagnostic des parcours en psychiatrie et en santé mentale,» 1 Juin 2017. [En ligne]. Available: <http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/autodiagnostic-des-parcours-en-psychiatrie-et-en-sante-mentale/>. [Accès le 19 Juillet 2016].
- [57] HAS, «Le patient-traceur en établissement de santé, Guide méthodologique,» 2014.
- [58] HAS, «Rapport d'expérimentation, Patient traceur : démarche d'analyse en équipe du parcours du patient,» 2016.
- [59] HAS, «Le patient traceur : démarche d'analyse en équipe du parcours du patient, guide méthodologique,» 2016.
- [60] HAS, «Scope Santé,» [En ligne]. Available: <https://www.scopesante.fr/>. [Accès le 1 Avril 2017].
- [61] HAS, «Certification V2014 : Bilan à mi-parcours,» 2017.
- [62] «Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,» Legifrance, [En ligne]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>. [Accès le 1 juillet 2017].
- [63] Ministère de la santé et des solidarités, «Usagers vos droits, charte de la personne hospitalisée,» 2006.
- [64] «Parcours de santé, vos droits,» Ministère des solidarités et de la santé, [En ligne]. Available: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/>. [Accès le 2017 juillet 1].
- [65] ANAES, «Conférence de consensus, liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité,» 2004.
- [66] HAS, «Recommandation de bonne pratique, Isolement et contention en psychiatrie générale,» 2017.

- [67] «Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-s,» Legifrance, [En ligne]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000393107&categorieLien=id>. [Accès le 2017 aout 1].
- [68] DGOS, «Qualité de la prise en charge médicamenteuse, outils pour les établissements de santé,» 2012.
- [69] Ministère des solidarités et de la santé, «Outils et dispositifs d'aide aux professionnels,» [En ligne]. Available: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/outils-et-dispositifs-d-aide-aux-professionnels>. [Accès le 1 août 2017].
- [70] P. R. A. Moulsmas, «Maîtrise des risques liés au circuit du médicament en établissements psychiatriques : de la prescription à l'administration des médicaments,» *Risques et qualité, volume III n°4*, pp. 216-224, 2006.
- [71] HAS, «Mettre en oeuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé » 2016.
- [72] HAS, « Fiche thématique : Organisation du circuit du médicament en établissement de santé », 2005

Table des illustrations

Tableau 1 : Résultats de certification.....	39
Tableau 2 : Résultats de certification – thématique Parcours patient.....	40
Tableau 3 : Résultats de certification – thématique Droits des patients.....	40
Tableau 4 : Résultats de certification – thématique Management de la qualité et de la gestion des risques.....	40
Tableau 5 : Résultats de certification – thématique Prise en charge médicamenteuse.....	41
Tableau 6 : Résultats de certification – thématique Dossier patient.....	41
Tableau 7 : Attendus de la certification – thématique Droits des patients.....	45
Tableau 8 : Attendus de la certification – thématique Prise en charge médicamenteuse.....	53

Table des matières

Remerciements.....	1
Sommaire.....	2
Introduction.....	3
Partie 1 – La procédure de certification V2014 : les bases du diagnostic.....	6
Chapitre 1 : La procédure de certification des établissements de santé.....	6
I) Historique et législation.....	6
II) La version actuelle : V2014.....	10
a) <i>L'approche par thématique</i>	10
b) <i>Le compte qualité</i>	11
c) <i>Les visites de certification</i>	11
Chapitre 2 : La discipline psychiatrique et ses spécificités.....	13
I) La psychiatrie en chiffres.....	13
II) Historique.....	15
III) La sectorisation.....	15
IV) Soins sans consentement et restrictions de libertés.....	17
V) De la psychiatrie à la santé mentale : extension de définition.....	19
Chapitre 3 : La démarche d'amélioration continue de la qualité en psychiatrie.....	21
I) La démarche qualité.....	21
II) La démarche qualité en santé mentale.....	22
a) <i>Le patient au centre de la démarche</i>	23
b) <i>Droits et valeurs</i>	23
c) <i>Freins et moteurs pour la mise en œuvre de la démarche</i>	24
III) Référentiels de bonne pratique et évaluation des pratiques professionnelles.....	25
IV) Indicateurs de qualité et de sécurité des soins.....	28
Partie 2 – La procédure de certification V2014 : incompatibilités, difficultés et propositions.....	33
Chapitre 1 : Préparation et mise en œuvre de la démarche de certification.....	33
I) Les audits de processus.....	33
a) <i>Le dossier patient</i>	34
b) <i>Le parcours patient</i>	35
II) Le patient traceur.....	36
Chapitre 2 : Précisions méthodologiques et données générales.....	39

Chapitre 3 : Droits des patients.....	43
I) Que sont les droits des patients ?.....	43
II) Exigences de la procédure de certification.....	44
III) Résultats de l'étude.....	46
a) <i>Dignité, bienveillance et confidentialité</i>	46
b) <i>Information et recherche de consentement</i>	47
c) <i>Restrictions de libertés</i>	47
IV) Conclusion et propositions.....	50
Chapitre 4 : La prise en charge médicamenteuse.....	52
I) Qu'est-ce que la prise en charge médicamenteuse ?.....	52
II) Exigences de la procédure de certification.....	53
III) Résultats de l'étude.....	53
a) <i>Prescription, dispensation, administration</i>	54
b) <i>Transport et stockage</i>	55
c) <i>Analyse pharmaceutique et gestion du traitement personnel</i>	55
d) <i>Information des patients</i>	56
IV) Conclusion et propositions.....	56
Conclusion.....	60
Bibliographie.....	62
Table des illustrations.....	66
Table des matières.....	67
Annexes.....	69

Annexes

Annexe 1 : Echantillon total, résultats de certification.....	70
Annexe 2 : Description des échantillons étudiés.....	75
Echantillon 1 : Etablissements avec écarts dans la thématique "Prise en charge médicamenteuse".....	75
Echantillon 2 : Etablissements avec écarts dans la thématique "Droits des patients".....	78
Annexe 3 : Résultats de l'étude : Thématique "Droits des patients".....	81
Annexe 4 : Résultats de l'étude : Thématique "Management de la prise en charge médicamenteuse".....	83

Annexe 1 : Echantillon total, résultats de certification

Etablissement	Niveau de certification	Thématiques					Privé	Public
		Droits des patients	Parcours des patients	PECM	Management QGDR	Dossier patient		
CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE DE L'AIN	D	D	B	A	B	A	1	
CLINIQUE DE LA ROSERAIE	B	B	A	A	A	A	1	
EPSM de l'Aisne	E	D	C	D	D	D		1
CLINIQUE TEMPS DE VIE SAINT-QUENTIN	B	A	A	B	A	B	1	
CLINIQUE DE LA COSTIERE	B	A	A	B	A	A	1	
CLINIQUE LE VAL D'ESTREILLES	B	A	A	B	A	A	1	
CENTRE READAPT POST CURE LEON CASSAN	B	B	A	B	A	A	1	
CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE	B	B	B	B	A	A	1	
CHS EDOUARD TOULOUSE	C	B	C	C	A	A		1
CHS MONTPERRIN	C	A	B	C	A	A		1
CHS VALVERT MARSEILLE	B	A	B	B	A	A		1
CLINIQUE DE L'ESCALE	B	A	B	A	A	A	1	
CLINIQUE L'EMERAUDE	B	A	A	A	A	B	1	
CLINIQUE MON REPOS	B	B	B	B	B	B	1	
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DES TROIS LUCS	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE LA JAUBERTE	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE SAINT ROCH MONTFLEURI	C	C	B	B	B	B	1	
CLINIQUE VALFLEUR	B	A	B	A	A	A	1	
CENTRE DE READAPTATION DE MAURS	A	A	A	A	A	A	1	
CH CAMILLE CLAUDEL - LA COURONNE	B	B	B	B	A	A		1
CHS CTRE READAP.SOCIO-PROFESSIONNEL	B	B	B	A	A	A		1
CENTRE JOUR VILLA SAN ORNELLO	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE DU CAP	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE SAN ORNELLO	A	A	A	A	A	A	1	
CENTRE HOSPITALIER BON SAUVEUR	B	B	B	B	A	B	1	
CLINIQUE DU VAL JOSSELIN	B	B	A	A	A	A		1
CHS LE VALMONT - SITE DE MONTELEGER	D	B	C	C	D	B		1

ETABLISSEMENT MEDICAL LA TEPPE	C	A	A	C	A	B	1	
HOPITAL DE JOUR ENFANTS MONTELMAR	C	C	A	A	B	B	1	
CH BONNEVAL	C	C	A	A	B	A		1
CLINIQUE DE KERFRIDEN	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE DE L'IROISE	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE PEN AN DALAR	B	A	A	B	B	B	1	
EPSM GOURMELEN SITE QUIMPER	C	C	B	A	B	B		1
CLINIQUE BELLE RIVE	B	A	A	B	A	B	1	
CLINIQUE LA CAMARGUE MONT DUPLAN	B	B	A	A	A	A	1	
CLINIQUE LES SOPHORAS	B	B	A	A	A	A	1	
CENTREPOSTCURE ROUTE NOUVELLE	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE D'AUFREY	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE DE BEAUPUY	B	A	A	B	B	A	1	
CLINIQUE DE MONTBERON	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE DU CHATEAU DE SEYSSES	A	A	A	A	A	A	1	
CENTRE HOSPITALIER DU GERS	C	C	A	B	B	A		1
CLINIQUE BETHANIE	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE LA LIRONDE	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE ST ANTOINE	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE ST MARTIN VIGNOUL	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE STELLA	B	B	A	A	A	A	1	
CLINIQUE DE L'ESPERANCE	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE DU MOULIN	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE CHAMPGAULT	B	A	A	A	A	B	1	
CLINIQUE DU VAL DE LOIRE	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE VONTES	B	A	A	A	A	B	1	
CENTRE DE TRAITEMENT DE LA MGEN	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE MEDICALE JEAN SARRAILH	A	A	A	A	A	A	1	
CENTRE DE POST-CURE LA MUSARDIÈRE	C	C	C	A	C	A	1	
CLINIQUE DE SAINT VICTOR	C	C	C	C	C	B	1	
CLINIQUE DES MONTS DU FOREZ	A	A	A	A	A	A	1	

KORIAN LE CLOS MONTAIGNE	C	C	C	C	B	C	1	
CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE	B	B	A	A	A	B	1	
CHS BLAIN	C	B	B	C	B	B		1
CLINIQUE LA BRIERE	B	A	A	B	A	A	1	
CHD FLEURY LES AUBRAIS	C	C	B	B	A	B		1
CLINIQUE BELLE ALLEE	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE DU PONT DE GIEN	A	A	A	A	A	A	1	
CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE LEYME	B	B	A	A	B	A	1	
CESAME STE GEMMES SUR LOIRE	B	B	A	B	A	A		1
CLINIQUE SAINT-DIDIER	C	A	A	C	A	A	1	
INST. PSYCHOTHERAPIQUE LA MENANTIERE	D	D	C	D	C	C	1	
APPARTEMENT S. DE RIOU- FBS PICAUVILLE	C	C	A	A	A	A	1	
CENTRE D'ALCOOLOGIE - FBS MANCHE	B	A	A	B	A	A	1	
CENTRE DE POST-CURE L'AMITIÉ	A	A	A	A	A	A	1	
ETABT PUBLIC DE SANTE MENTALE MARNE	D	B	B	B	C	B		1
CLINIQUE NOTRE DAME DE PRITZ	A	A	A	A	A	A	1	
CHS CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE NANCY	B	B	B	A	B	B		1
CLINIQUE DU GOLFE	A	A	A	A	A	A	1	
EPSM JEAN-MARTIN CHARCOT	C	C	B	C	A	A		1
CHS DE JURY	C	B	C	B	B	B		1
MAISON DE SANTE STE MARGUERITE NOVEANT	A	A	A	A	A	A	1	
CENTRE HOSPITALIER PIERRE LÔO	B	B	B	A	A	A		1
CLINIQUE DU CHATEAU DU TREMBLAY	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE DE L'ESCREBIEUX	B	A	A	B	A	A	1	
CLINIQUE DES 4 CANTONS	B	B	B	A	A	A	1	
EPSM DES FLANDRES	B	B	A	A	A	A		1
EPSM LILLE METROPOLE	A	A	A	A	A	A		1
HOPITAL DE JOUR DE LA M.G.E.N.	B	A	A	B	A	A	1	
CLINIQUE EUGENIE	B	A	B	A	B	A	1	
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'ORNE	B	B	B	B	A	B		1
ASSOC REGIONALE ESPOIR ET VIE	C	B	C	C	A	B	1	

CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE L AUZON	B	A	B	A	A	B	1	
CENTRE HOSPITALIER DES PYRENEES	C	C	A	B	A	A		1
CLINIQUE BEAU SITE	B	A	A	B	A	A	1	
CLINIQUE D'AMADE	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE MIRAMBEAU	A	A	A	A	A	A	1	
CHS LEON JEAN GREGORY	A	A	A	A	A	A		1
CLINIQUE DU PRE	B	A	A	B	A	A	1	
CENTRE HOSPITALIER D'ERSTEIN	B	A	A	A	B	A		1
EPSAN BRUMATH	B	B	B	A	B	B		1
CENTRE DE POST-CURE OULLINS	C	C	A	B	C	B	1	
CLINIQUE LYON CHAMPVERT	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE MEDICALE MON REPOS	C	C	B	C	C	C	1	
CLINIQUE NOTRE DAME	B	A	A	A	B	A	1	
CLINIQUE SAINT VINCENT DE PAUL LYON	A	A	A	A	A	A	1	
CHS ST REMY ET NORD FRANCHE-COMTE	A	A	A	A	A	A		1
CHS DE LA SAVOIE	B	B	B	B	A	A		1
CLINIQUE MÉDICALE LE SERMAY	B	A	A	B	B	A	1	
CLINIQUE NOUVELLE DES VALLEES	B	A	B	A	A	A	1	
EPSM DE LA VALLEE D'ARVE INTRA & ADMIN	C	C	A	A	A	A		1
CENTRE MOGADOR	C	A	B	C	A	A	1	
CENTRE POST CURE L ELAN RETROUVE	A	A	A	A	A	A	1	
CENTRE POST CURE RENE CAPITANT	C	B	C	C	C	C	1	
CLINIQUE MEDICO UNIVERS GEORGES HEUYER	C	A	B	C	C	C	1	
CLINIQUE VILLA MONTSOURIS	A	A	A	A	A	A	1	
ETB SANTE MENTALE DE PARIS MGEN	A	A	A	A	A	A	1	
HDJ BOULLOCHE CEREP	A	A	A	A	A	A	1	
HDJ ENTRAIDE UNIVERSITAIRE	B	A	A	B	A	B	1	
CHS DU ROUVRAY SOTTEVILLE-LES-ROUEN	C	A	A	B	B	B		1
CLINIQUE DU CHATEAU DE PERREUSE	A	A	A	A	A	A	1	
CHS THEOPHILE ROUSSEL	B	A	B	B	A	A		1

CLINIQUE D YVELINES	B	B	A	A	A	A	1	
CENTRE HENRY EY CH PERONNE	B	A	A	A	A	A		1
CHS DE MONTFAVET	C	C	A	C	A	B		1
CH HENRI LABORIT	B	A	B	A	B	B		1
CENTRE HOSPITALIER DE RAVENEL	C	C	C	B	A	B		1
CLINIQUE DE REGENNES	A	A	A	A	A	A	1	
CTRE HOSPITALIER SPECIALISE AUXERRE	A	A	A	A	A	A		1
MAISON REPOS ET CONV. BOISSEAUX	C	A	B	C	C	B	1	
CENTRE DENISE CROISSANT	B	A	B	B	A	A	1	
CLINIQUE DU CHATEAU DE GARCHES	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE DUPRE	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE NEUROPSY LES PERVENCHES	C	C	C	A	C	B	1	
CTRE DE SANTE MENTALE DE RUEIL MGEN	A	A	A	A	A	A	1	
HDJ LES LIERRES	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE PSY DE L ALLIANCE	A	A	A	A	A	A	1	
MAISON DE SANTE D EPINAY LE NOBLE AGE	C	C	A	A	A	B	1	
CHS FONDATION VALLEE	C	B	A	C	A	B		1
HDJ DE CHEVILLY LARUE	A	A	A	A	A	A	1	
CLINIQUE LA NOUVELLE HELOISE	A	A	A	A	A	A	1	
EPSMR-GRAND POURPIER (ST PAUL)	C	C	C	B	B	C		1
LES FLAMBOYANTS OUEST	A	A	A	A	A	A	1	
							103	38

Résumé

Certifié	Nombre	Pourcentage	Public	Privé
A	52	36,88%	7,7%	92,3%
B	51	36,17%	29,4%	70,6%
C	33	23,40%	48,5%	51,5%
D	4	2,84%	50%	50%
E	1	0,71%	100%	0%
Total	141	100%	26,95%	73,05%

Annexe 2 : Description des échantillons étudiés

Echantillon 1 : Etablissements avec écarts dans la thématique "Prise en charge médicamenteuse"

Etablissements avec recommandations, obligations ou réserves pour la thématique "Prise en charge médicamenteuse"	Niveau de certification	PCM	Statut	Nombre de lits hospitalisation complète	Nombre de lits hospitalisation partielle
1 EPSM de l'Aisne	E	D	public	421	403
2 CLINIQUE TEMPS DE VIE SAINT-QUENTIN	B	B	privé lucratif	54	12
3 CLINIQUE DE LA COSTIERE	B	B	privé lucratif	75	0
4 CLINIQUE LE VAL D'ESTREILLES	B	B	privé lucratif	60	0
5 ASSOCIATION AUDOISE SOCIALE ET MÉDICALE (ASM)	B	B	privé d'intérêt collectif	322	64
6 CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE	B	B	privé d'intérêt collectif	295	115
7 CHS EDOUARD TOULOUSE	C	C	public	230	284
8 CHS MONTPERRIN	C	C	public	330	265
9 CHS VALVERT MARSEILLE	B	B	public	158	228
10 CLINIQUE MON REPOS	B	B	privé lucratif	146	15
11 CLINIQUE SAINT ROCH MONTFLEURI	C	B	privé lucratif	209	18
12 CH CAMILLE CLAUDEL - LA COURONNE	B	B	public	259	149
13 CENTRE HOSPITALIER BON SAUVEUR	B	B	privé d'intérêt collectif	183	100
14 CHS LE VALMONT - SITE DE MONTELEGER	D	C	public	244	72
15 ETABLISSEMENT MEDICAL LA TEPPE	C	C	privé d'intérêt collectif	165	0
16 CLINIQUE PEN AN DALAR	B	B	privé lucratif	120	24
17 CLINIQUE BELLE RIVE	B	B	privé lucratif	110	12
18 CLINIQUE DE BEAUPUY	B	B	privé lucratif	160	0
19 CENTRE HOSPITALIER DU GERS	C	B	public	165	90
20 CLINIQUE DE SAINT VICTOR	C	C	privé lucratif	96	25
21 KORIAN LE CLOS MONTAIGNE	C	C	privé lucratif	79	0
22 CHS BLAIN	C	C	public	201	130
23 CLINIQUE LA BRIERE	B	B	privé lucratif	63	23

24 CHD FLEURY LES AUBRAIS	C	B	public	247	237
25 CESAME STE GEMMES SUR LOIRE	B	B	public	371	430
26 CLINIQUE SAINT-DIDIER	C	C	privé lucratif	29	0
27 INST. PSYCHOTHERAPIQUE LA MENANTIERE	D	D	privé non lucratif	62	0
28 FBS MANCHE	B	B	privé d'intérêt collectif	143	116
29 ETABT PUBLIC DE SANTE MENTALE MARNE	D	B	public	353	86
30 EPSM JEAN-MARTIN CHARCOT	C	C	public	271	190
31 CHS DE JURY	C	B	public	354	39
32 CLINIQUE DE L'ESCREBIEUX	B	B	privé lucratif	75	12
33 HOPITAL DE JOUR DE LA M.G.E.N.	B	B	privé non lucratif	0	33
34 CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'ORNE	B	B	public	203	134
35 ASSOC REGIONALE ESPOIR ET VIE	C	C	privé non lucratif	48	0
36 CENTRE HOSPITALIER DES PYRENEES	C	B	public	348	273
37 CLINIQUE BEAU SITE	B	B	privé lucratif	40	15
38 CLINIQUE DU PRE	B	B	privé lucratif	106	20
39 CH SAINT JEAN	C	B	privé d'intérêt collectif	369	170
40 CLINIQUE MEDICALE MON REPOS	C	C	privé lucratif	142	20
41 CHS DE LA SAVOIE	B	B	public	259	72
42 CLINIQUE MÉDICALE LE SERMAY	B	B	privé lucratif	91	20
43 SPASM	C	C	privé d'intérêt collectif	115	121
44 CENTRE POST CURE RENE CAPITANT	C	C	privé non lucratif	0	48
45 CLINIQUE MEDICO UNIVERS GEORGES HEUYER	C	C	privé d'intérêt collectif	59	16
46 HDJ ENTRAIDE UNIVERSITAIRE	B	B	privé lucratif	0	8
47 CHS DU ROUVRAY SOTTEVILLE-LES-ROUEN	C	B	public	554	356
48 CHS THEOPHILE ROUSSEL	B	B	public	146	166
49 CHS DE MONTFAVET	C	C	public	454	609
50 CENTRE HOSPITALIER DE RAVENEL	C	B	public	257	119
51 MAISON REPOS ET CONV. BOISSEAUX	C	C	privé d'intérêt collectif	25	0
52 CENTRE DENISE CROISSANT	B	B	privé non lucratif	0	70
53 CHS FONDATION VALLEE	C	C	public	80	72
54 EPSMR-GRAND POURPIER (ST PAUL)	C	B	public	235	160

Résumé

Statut	Nombre	Pourcentage	Moyenne nombre lits Hospitalisation complète	Moyenne nombre lits Hospitalisation partielle	Certification				PECM		
					B	C	D	E	B	C	D
Public	22	40,74%	279	207	6	13	2	1	14	7	1
Privé non lucratif	14	25,93%	128	61	6	7	1		7	6	1
Privé lucratif	18	33,33%	92	12	13	5			14	4	
Total	54	100%	177	104	25	25	3	1	35	17	2
					46,30%	46,30%	5,56%	1,85%	64,81%	31,48%	3,70%

Echantillon 2 : Etablissements avec écarts dans la thématique "Droits des patients"

Etablissements avec recommandations, obligations ou réserves pour la thématique "Droits des patients"	Niveau de certification	Droits des patients	Statut	Nombre de lits hospitalisation complète	Nombre de lits hospitalisation partielle
1 CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE DE L'AIN	D	D	privé d'intérêt collectif	396	124
2 CLINIQUE DE LA ROSERAIE	B	B	privé lucratif	82	10
3EPSM de l'Aisne	E	D	public	421	403
4CENTRE READAPT POST CURE LEON CASSAN	B	B	privé d'intérêt collectif	322	64
5CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE	B	B	privé d'intérêt collectif	295	115
6CHS EDOUARD TOULOUSE	C	B	public	230	284
7CLINIQUE MON REPOS	B	B	privé lucratif	146	15
8CLINIQUE SAINT ROCH MONTFLEURI	C	C	privé lucratif	209	18
9CH CAMILLE CLAUDEL - LA COURONNE	B	B	public	259	149
10CHS CTRE READAP.SOCIO-PROFESSIONNEL	B	B	public	170	60
11CENTRE HOSPITALIER BON SAUVEUR	B	B	privé d'intérêt collectif	183	100
12CLINIQUE DU VAL JOSSELIN	B	B	privé lucratif	92	36
13CHS LE VALMONT - SITE DE MONTELEGER	D	B	public	244	72
14 HOPITAL DE JOUR ENFANTS MONTELMAR	C	C	privé d'intérêt collectif	235	118
15CH BONNEVAL	C	C	public	225	119
16EPSM GOURMELEN SITE QUIMPER	C	C	public	281	216
17CLINIQUE LA CAMARGUE MONT DUPLAN	B	B	privé lucratif	55	8
18CLINIQUE LES SOPHORAS	B	B	privé lucratif	92	12
19CENTRE HOSPITALIER DU GERS	C	C	public	165	90
20CLINIQUE STELLA	B	B	privé lucratif	164	0
21CENTRE DE POST-CURE LA MUSARDIÈRE	C	C	privé lucratif	42	0
22CLINIQUE DE SAINT VICTOR	C	C	privé lucratif	96	25
23KORIAN LE CLOS MONTAIGNE	C	C	privé lucratif	79	0
24CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE	B	B	privé d'intérêt collectif	281	183
25CHS BLAIN	C	B	public	201	130
26CHD FLEURY LES AUBRAIS	C	C	public	247	237

27CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE LEYME	B	B	privé non lucratif	194	74
28CESAME STE GEMMES SUR LOIRE	B	B	public	371	430
29INST. PSYCHOTHERAPIQUE LA MENANTIERE	D	D	privé non lucratif	62	0
30bon sauveur	C	C	privé d'intérêt collectif	185	66
31ETABT PUBLIC DE SANTE MENTALE MARNE	D	B	public	353	86
32CHS CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE NANCY	B	B	public	360	144
33EPSM JEAN-MARTIN CHARCOT	C	C	public	271	190
34CHS DE JURY	C	B	public	354	39
35CENTRE HOSPITALIER PIERRE LÔO	B	B	public	170	60
36CLINIQUE DES 4 CANTONS	B	B	privé non lucratif	25	25
37EPSM DES FLANDRES	B	B	public	233	113
38CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'ORNE	B	B	public	203	134
39ASSOC REGIONALE ESPOIR ET VIE	C	B	privé non lucratif	48	0
40CENTRE HOSPITALIER DES PYRENEES	C	C	public	348	273
41EPSAN BRUMATH	B	B	public	488	588
42 ST JEAN	C	C	privé d'intérêt collectif	369	170
43CLINIQUE MEDICALE MON REPOS	C	C	privé lucratif	142	20
44CHS DE LA SAVOIE	B	B	public	259	72
45EPSM DE LA VALLEE D'ARVE INTRA & ADMIN	C	C	public	165	38
46CENTRE POST CURE RENE CAPITANT	C	B	privé non lucratif	0	48
47CLINIQUE D YVELINES	B	B	privé lucratif	126	0
48CHS DE MONTFAVET	C	C	public	454	609
49CENTRE HOSPITALIER DE RAVENEL	C	C	public	257	119
50CLINIQUE NEUROPSY LES PERVENCHES	C	C	privé lucratif	64	0
51MAISON DE SANTE D EPINAY LE NOBLE AGE	C	C	privé lucratif	176	0
52CHS FONDATION VALLEE	C	B	public	80	72
53EPSMR-GRAND POURPIER (ST PAUL)	C	C	public	235	160

Résumé

Statut	Nombre	Pourcentage	Moyenne nombre lits Hospitalisation complète	Moyenne nombre lits Hospitalisation partielle	Certification				Droits des patients		
					B	C	D	E	B	C	D
Public	26	49,06%	271	188	9	14	2	1	15	10	1
Privé non lucratif	13	24,53%	200	84	6	5	2		8	3	2
Privé lucratif	14	26,42%	112	10	7	7			7	7	
Total	53	100%	211	115	22	26	4	1	30	20	3
					41,51%	49,06%	7,55%	1,89%	56,60%	37,74%	5,66%

Annexe 3 : Résultats de l'étude : Thématique "Droits des patients"

Pour rappel, l'étude a porté sur l'analyse de 53 rapports de certification d'établissements de psychiatrie ayant eu des recommandations, obligations d'amélioration ou réserves sur la thématique "Droits des patients" suite à la visite de certification V2014. Les écarts identifiés ont été relevé et classé (en fonction de la thématique ou de l'étape du P.D.C.A.). En regard de chaque écart est indiqué le nombre d'établissement concerné (sur 53), puis l'équivalent en pourcentage et enfin le critère du manuel de certification auquel il se rattache.

Respect des patients : Dignité, intimité, confidentialité, bienveillance			
Les conditions d'hébergement ne permettent pas toujours le respect de la dignité et de l'intimité des patients	32	60,38%	10b
La confidentialité des informations relatives aux patients n'est pas toujours garantie	8	15,09%	10c
Modalités de signalement et conduite à tenir en cas de maltraitance non définies et diffusées	8	15,09%	10a
Les pratiques du service peuvent atteindre la dignité des patients (mise en pyjama par exemple)	4	7,55%	10b

Restrictions de libertés			
L'organisation de l'établissement ne permet pas de garantir la liberté d'aller et venir	20	37,74%	10e
Prescriptions relatives aux restrictions de libertés (isolement/apaisement/contention) non conformes	11	20,75%	10e
Notamment car pas de réévaluation de la prescription	7	13,21%	10e
Pratiques relatives aux restrictions de libertés non conforme	5	9,43%	10e
Existence de prescription de mesures de restriction de liberté "si besoin", "itérative" (pas de validation dans les 24h, pas de réévaluation)	5	9,43%	10e
Règles du service restrictives de liberté (interdiction ou limitation du tabac, effets personnels interdits, visites interdites)	5	9,43%	10e
Les projets médicaux n'intègrent pas les situations nécessitant une restriction de liberté	4	7,55%	10e
Pas de traçabilité de la réflexion bénéfice risque des mesures de restrictions de libertés	3	5,66%	10.e
Dispositif d'hospitalisation sans consentement non conforme, Procédure non complètement mise en œuvre	3	5,66%	19d
Pas de traçabilité des mesures de restrictions individuelles (interdiction du téléphone, des visites, des effets personnels)	1	1,89%	10e

Information des patients et recherche de consentement			
Recherche de la personne de confiance peu connue/ peu mise en œuvre/ peu tracée	7	13,21%	11a
La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins n'est pas opérationnelle	5	9,43%	11c
Pas d'information mise en œuvre des patients sur leurs droits	4	7,55%	1d
Pas de trace de l'adhésion du patient à son projet de soins, de la recherche du consentement du patient	2	3,77%	11b

Organisation de la thématique/Niveau institutionnel (Politique, pilotage, CDU)			
Pas de formalisation des procédures ou procédures non à jour ou non conformes concernant des thématiques de "droits des patients"	10	18,87%	1d
Objectifs politiques non défini en fonction d'une analyse formalisée des risques correcte ou complète (voire inexistante)	9	16,98%	1d
Les orientations stratégiques n'intègrent pas de notions "Droits des patients" comme : le respect de la dignité et l'intimité du patient, les restrictions de libertés, la bienveillance	6	11,32%	1d
Organisation, pratiques de la CDU non conformes	6	11,32%	1d
Pas d'organisation structurée du pilotage du processus	6	11,32%	1d
Pas de politique formalisée sur le droit des patients	5	7,55%	1d
Stratégie et objectifs (politique) non validés en instances concernées	3	5,66%	1d
Fonctionnement du groupe pilote de la thématique non formalisé, non précisé au plan institutionnel	3	5,66%	1d
Pas de traitement des questions éthique prévu ou effectif	2	3,77%	1d
Politique de droits des patients existante mais non intégrée aux orientations stratégiques	1	1,89%	1d
Règles de vie non harmonisées entre les différents secteurs	1	1,89%	1d

Organisation de la thématique/Niveau opérationnel : Services, Professionnels de terrain			
Pas (trop peu) de formation aux droits des patients	13	24,53%	1d
Déclinaison opérationnelle des objectifs non garantie, non saisie des enjeux au niveau des secteurs	6	11,32%	1d
Pas de lien organisé entre le pilotage institutionnel et les secteurs d'activité	4	7,55%	1d
Déclaration d'évènements indésirables liés aux droits des patients très rares	1	1,89%	1d

Evaluation du processus			
Processus non évalué dans sa globalité (sujets clés pas tous évalués)	9	16,98%	1d
Pas de dispositif structuré d'évaluation relatif aux droits des patients, voire pas d'évaluation du processus	6	11,32%	1d
Pas d'évaluation régulière et structurée des pratiques de restriction de libertés	3	5,66%	10e
Très faible retour des questionnaires de sortie	2	3,77%	1d
Questionnaires de sortie non adaptés	2	3,77%	1d

Amélioration du processus			
Pas de dispositif structuré et complet d'amélioration continue du processus	8	15,09%	1d
Actions d'amélioration pas toutes intégrées dans le PAQSS global	6	11,32%	1d
Professionnels peu informés des actions en place, du plan d'actions, des évaluations et leurs résultats	3	5,66%	1d

Annexe 4 : Résultats de l'étude : Thématique "Management de la prise en charge médicamenteuse"

Pour rappel, l'étude a porté sur l'analyse de 54 rapports de certification d'établissements de psychiatrie ayant eu des recommandations, obligations d'amélioration ou réserves sur la thématique " Management de la prise en charge médicamenteuse " suite à la visite de certification V2014. Les écarts identifiés ont été relevé et classé (en fonction de la thématique ou de l'étape du P.D.C.A.). En regard de chaque écart est indiqué le nombre d'établissement concerné (sur 54), puis l'équivalent en pourcentage et enfin le critère du manuel de certification auquel il se rattache.

Organisation de la thématique/Niveau institutionnel (Politique, pilotage)			
Politique incomplète qui ne comporte pas l'ensemble des attendus	16	29,63%	20.a
Politique ne ciblant pas tous les types de prise en charge : la prise en charge des sujets âgés	16	29,63%	20.b
Dispositif de gestion documentaire non totalement structuré/complet/diffusé/approprié, manuel d'assurance qualité non finalisé	16	29,63%	20.a
Pas de projet de développement du SIH défini (lié à la sécurisation de la PECM) ou incomplet	7	12,96%	20.a
Politique non basée sur une analyse formalisée des risques correcte ou complète (voire inexistante)	6	11,11%	20.a
Pas de formalisation des rôles de chacun (fiches de poste)	6	11,11%	20.a
Pas de politique formalisée	4	7,41%	20.a
La politique ne précise pas les objectifs stratégiques poursuivis	4	7,41%	20.a
Organisation de la PUI non/mal définie	4	7,41%	20.a
Permanence pharmaceutique non organisée/non assurée	3	5,56%	20.a

Organisation de la thématique/Niveau opérationnel : Services, Professionnels de terrain			
Pas (trop peu) d'organisation de formations aux risques d'erreurs médicamenteuses	18	33,33%	20.a
Signalement des évènements liés à la PCM peu développé, rare	12	22,22%	20.a
Informatisation de la PCM non aboutie	5	9,26%	20.a
Pas d'appropriation de la démarche par le management	3	5,56%	20.a
Pas de continuité du traitement assurée entre l'hospitalisation et l'ambulatoire	3	5,56%	20.a bis

Evaluation du processus			
Pas (ou trop peu) d'évaluations programmées/réalisées	17	31,48%	20.a
Evaluation du processus non structurée, dispositif d'évaluation inexistant ou partiel	14	25,93%	20.a
Audit périodique du circuit du médicament non conforme/prévu/réalisé	12	22,22%	20.a
Recueil/analyse des erreurs médicamenteuses non (mal) structuré/effectué	11	20,37%	20.a
Pas de tableau de bord d'indicateurs	7	12,96%	20.a
Les résultats d'évaluations ne conduisent pas à des actions d'amélioration/n'alimentent pas le PAQSS	4	7,41%	20.a

Amélioration du processus			
Pas de communication aux professionnels sur les actions d'amélioration, les évaluations	7	12,96%	20.a
Actions d'amélioration pas toutes identifiées	6	11,11%	20.a
Pas de dispositif institutionnel d'amélioration continue structurée	6	11,11%	20.a
Certaines actions et leur suivi ne sont pas mis en œuvre	3	5,56%	20.a

Prescription, dispensation, administration			
Règles et/ou modalités d'administration non conformes	28	51,85%	20.a bis
Traçabilité de l'administration non conforme	24	44,44%	20.a bis
Traçabilité de l'administration non en temps réelle	18	33,33%	20.a bis
Modalités de dispensation non établies/non conformes	11	20,37%	20.a bis
Règles de prescriptions non respectées	7	12,96%	20.a bis
Pas de support unique pour la prescription et l'administration	6	11,11%	20.a bis
Règles de prescription non formalisées ou non conformes	6	11,11%	20.a bis
Délivrance globale dans les services, pas de délivrance nominative	5	9,26%	20.a bis
Prescription et/ou administration non saisies dans le logiciel dédié	4	7,41%	20.a bis
Outils d'aide à la prescription et à l'administration non élaborés	3	5,56%	20.a bis

Autres aspects du circuit du médicament, de la PECM			
Règles de stockage/rangement/transport non formalisées et/ou non respectées	20	37,04%	20.a bis
Analyse pharmaceutique non organisée/pas totalement effective	9	16,67%	20.a bis
Procédure de gestion du traitement personnel non respectée, pas de traçabilité ou mention de sa recherche (voire pas de procédure)	7	12,96%	20.a bis
Pas d'identification des médicaments à risque	5	9,26%	20.a bis
Pas de formalisation des règles permettant de sécuriser le circuit du médicament pour tous les types de prises en charge, dans toutes les structures	3	5,56%	20.a bis
Règles de bonne pratique de préparation pas toujours respectées	3	5,56%	20.a bis
Modalités de sécurisation du stockage non définies/non conformes	2	3,70%	20.a bis

Information des patients			
Modalités d'information du patient sur son traitement non structurées	8	14,81%	20.a bis
Pas de traçabilité de l'information donnée au patient	6	11,11%	20.a bis
Supports d'information des patients/non connus/non utilisés/mal adaptés (voire inexistant)	5	9,26%	20.a bis

V2014 : UNE PROCEDURE PLEINEMENT ADAPTEE A LA PSYCHIATRIE ?

Comme pour toutes les disciplines médicales, les établissements de psychiatrie connaissent une évaluation de leurs pratiques et de leur fonctionnement à travers la visite de **certification**. La procédure en vigueur actuellement est la version **V2014**. Pour chaque établissement, elle s'inscrit dans une **démarche d'amélioration continue de la qualité**.

Le domaine de la **santé mentale** a ses spécificités : prise en charge majoritairement ambulatoire, sectorisation ou hospitalisation sans consentement en sont quelques exemples.

On peut alors s'interroger sur le fait que la procédure de certification, identique pour tous les établissements de santé, soit adaptée à la **psychiatrie**.

Pour y répondre, il s'agira d'étudier les résultats de certification d'un échantillon d'établissements de santé mentale à travers l'analyse de leur rapport de certification.

Les résultats permettront de comprendre que, plus que totalement inadaptée à la psychiatrie, la procédure de certification semble plutôt incomplète. La réalité du fonctionnement journalier en psychiatrie n'est pas toujours correctement prise en compte par exemple mais le point le plus important concerne le fait qu'elle soit majoritairement hospitalo-centrée, occultant quelque peu la prise en charge extrahospitalière caractéristique de la psychiatrie.

A la suite de ces constats, ce travail nous permettra d'avancer des propositions d'**adaptation**.

Mots-clés : Certification, V2014, démarche d'amélioration continue de la qualité, santé mentale, psychiatrie, adaptation.

V2014 : A FULLY ADAPTED TO PSYCHIATRY PROCEDURE?

As with all medical disciplines, the psychiatric institutions experience an assessment of their practices and of their functioning through the **certification** visit. The current procedure is the **V2014** version. For each health facility, it is part of a **continuous quality improvement approach**.

The **mental health** field has its own specificities: mostly ambulatory care, sectorisation or without consent hospitalisation are some examples.

One might wonder whether an identical certification procedure for all care facilities, is adapted to **psychiatry**.

In answering this question, it will involve the study of certification results of a sample of mental health facility by analysing their certification report.

The results will allow to understand that the certification procedure seems more incomplete than totally unsuitable to psychiatry. For example, what happens on day-to-day operation in psychiatry is not always properly taken into account. But the most important point is that the procedure is too focused on the hospitalisation, concealing somewhat the extrahospital care, which is characteristic of psychiatry.

Following these findings, this work will allow to propose **adaptations**.

Keywords : Certification, V2014, continuous quality improvement approach, mental health, psychiatry, adaptations.