

Bientraitance et promotion/ mise en œuvre des droits des patients

Septembre 2014

Avertissement



Caractérisation générale



Planifier

Définition de la politique



Organisation interne



Mettre en œuvre

Mobilisation des équipes



Disponibilité des ressources



Effectivité de la mise en œuvre



Évaluer

Évaluation du fonctionnement du processus



Agir

Mise en place des actions d'amélioration



Pour en savoir plus





Les présents guides sont des outils de visite à destination des experts-visiteurs de la HAS visant à leur apporter une connaissance de la thématique à partir de laquelle ils pourront conduire leur investigation.

- Ils permettent une remise en perspective des attentes du Manuel de certification selon l'approche processus et donnent des éléments de compréhension pour maîtriser la qualité et la sécurité liées à la thématique.
- Ils précisent notamment des points d'observation permettant d'affiner le regard sur la mise en œuvre réelle au regard des organisations et dispositions prévues par l'établissement.

Ces guides présentent parfois des modalités de mise en œuvre qui vont au-delà des exigences de la certification. Elles visent à indiquer comment optimiser la maîtrise du processus. À ce titre, les établissements sont libres de les appliquer. Ils peuvent avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il leur appartient d'en faire état et de démontrer que les dispositions prises sont satisfaisantes pour maîtriser et/ou améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Les experts-visiteurs fondent leur investigation sur ces guides sans pour autant investiguer chacune des lignes de façon exhaustive ou littérale. Ils tiennent compte des situations spécifiques rencontrées pendant leur visite pour prioriser leurs investigations sur les points essentiels.

Ces guides seront évolutifs et prendront en compte notamment les retours d'expérience.

Éléments d'appréciation **surlignés en vert** : exigence directement rattachée à la thématique traitée

Éléments d'appréciation **surlignés en jaune** : exigence mettant en avant des liens avec les autres guides thématiques

Les encadrés ne préjugent pas du caractère obligatoire mais sont illustratifs.

Caractérisation générale



L'investigation de la thématique « **Droits des patients** » vise à évaluer que l'établissement promeut une démarche globale dans la prise en charge de l'usager et dans l'accueil de son entourage, visant à promouvoir le respect de ses droits et libertés, son écoute et la prise en compte de ses attentes, tout en prévenant la maltraitance.

Cette démarche repose sur un questionnaire tant collectif qu'individuel de la part des acteurs, et une responsabilité partagée entre les professionnels et l'institution. La promotion des droits et de la bientraitance des patients est sous-tendue par une association constante des usagers et de leurs proches aux décisions tant au niveau individuel que collectif.

Elle est inséparable d'une politique de collaboration avec les associations de bénévoles et de malades intervenant dans l'établissement et les représentants des usagers.





Identification des besoins, analyse des risques



Identification des objectifs d'amélioration



Identification des mesures de traitement des risques

Identification des besoins, analyse des risques



L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques en impliquant la CRUQPC et notamment les représentants des usagers.

- Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRUQPC (10a E1- EA2).
- Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont identifiées (10c E1- EA1).
- L'établissement s'est organisé pour favoriser le témoignage, la prise de parole par les personnes et leurs proches.

Les sources de données utilisées par l'établissement pour réaliser son analyse des risques sont par exemple :

- les résultats des questionnaires de satisfaction ;
- les évaluations, les audits, les enquêtes, les analyses statistiques dont les événements indésirables ;
- le suivi des plaintes et réclamations ;
- les résultats des indicateurs ;
- l'écoute des patients, des membres des instances, des professionnels ;
- les enquêtes bientraitance ;
- la lecture croisée avec des usagers des documents disponibles pour le grand public ;
- les échanges avec les bénévoles associatifs intervenant dans les services, avec la maison des usagers quand elle existe ;
- des focus groups avec des patients ou des proches ;
- la reconnaissance de l'expérience du patient pour devenir acteur de sa santé ;
- les comptes rendus des comités d'éthique ;
- les informations et éléments d'analyse dont disposent les représentants des usagers ;
- etc.



L'analyse des risques/l'identification des besoins sont réalisées, en particulier par le croisement des événements indésirables et des réclamations :

- pour toutes les étapes de la prise en charge du patient, surtout aux interfaces, lors du déplacement du patient d'un service à l'autre ;
- au regard des différents processus ;
- au regard des différentes catégories de populations et de leur degré de vulnérabilité (enfants, personnes âgées, etc.) ou des différentes pathologies ;
- au regard des différents circuits de prise en charge ; dont ceux qui, par leur organisation, fonctionnent en vase clos : réanimation, service de psychiatrie ou services d'urgences ;
- etc.

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie (8d E1- EA2).

Cela permet de définir des priorités d'amélioration pour la prise en charge des patients, de repérer les droits non mis en œuvre ou difficiles à mettre en œuvre pour les professionnels.

Cette identification des priorités doit permettre de mesurer le degré de sensibilisation des professionnels sur le sujet.

Identification des objectifs d'amélioration



Politique et objectifs

Il existe une politique bientraitance et promotion/mise en œuvre des droits des patients. Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et l'analyse des risques.

- Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement (1d E1- EA1).
- La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.) (10a E1- EA3).
- Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b E1- EA1).
- La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement (10e E1- EA1).

Cette politique repose sur une conception du patient, autonome, acteur de sa santé, qui nécessite de développer l'information et la communication avec le patient pour lui donner les moyens de prendre en charge sa santé, d'initier des partenariats avec les professionnels, de développer le rôle des représentants des usagers, celui des associations, et le rôle de la CRUQPC...

Elle comprend des objectifs et des indicateurs mesurables, déclinés par secteur d'activité, pour ceux qui le nécessitent.

Exemples d'objectifs :

- favoriser l'accessibilité des personnes en situation de handicap ;
- améliorer l'information du patient et l'annonce du diagnostic ;
- améliorer l'information du patient sur les coûts liés à son recours aux soins (dépassement d'honoraires, forfait journalier, coût de la télévision...) ;
- améliorer les modalités d'accueil des patients ;
- amener des actions de promotion de la bientraitance au sein des équipes ;
- adapter les modalités d'information aux difficultés, déficience ou handicap des personnes (ex. : information en braille, traduite en langues étrangères...) ;
- informer les professionnels et les usagers sur l'existence, le rôle et la façon de communiquer avec les représentants des usagers - RU - (affichage institutionnel, affichage et document « Un représentant des usagers : pour quoi faire ? ») ;



Exemples d'objectifs (fin) :

- développer des partenariats RU-professionnels de santé au sein de commissions, groupes de travail ;
- associer étroitement les RU à l'analyse et au traitement des réclamations au sein d'une cellule de traitement des dossiers des usagers (revue des réclamations...) ;
- organiser la sortie du patient (du service des urgences ou suite à une hospitalisation programmée) en relation avec les professionnels en ville ;
- informer sur le rôle des associations auprès des professionnels et des usagers ;
- créer une dynamique inter associative par des rencontres régulières entre associations, RU et chargé des relations avec les usagers ;
- développer les liens avec la ville par l'intermédiaire des associations, créer un « comité des usagers du territoire » ;
- informer les usagers sur le rôle et les moyens de recours à la CRUQPC ;
- former et sensibiliser les professionnels aux droits des patients, au rôle des RU et de la CRUQPC ;
- développer les cellules de traitements des dossiers ;
- développer la place de la médiation en caractérisant mieux les missions des médiateurs médicaux et non médicaux ;
- etc.

Communication

- La politique est diffusée à l'échelle de l'établissement.
- Il existe une stratégie de communication régulière et positive des objectifs et des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers (2e E1- EA2) ainsi que des succès obtenus.

Identification des mesures de traitement des risques



La mise en œuvre de cette politique est déclinée en un programme d'amélioration (8a E1- EA1).

Ce programme d'amélioration est contenu dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement porté notamment par le coordonnateur qualité et gestion des risques.

Il prend en compte les résultats de la certification mais aussi les résultats des évaluations internes et externes de l'ES.

Les actions sont issues d'initiatives institutionnelles et déclinées pour celles qui le nécessitent en actions spécifiques au niveau des secteurs d'activité.

Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi (8a E3- EA1) :

- responsabilités pour chacune des actions ;
- planification des actions dans des délais fixés ;
- suivi des actions, clôture et communication des résultats.

Exemples d'actions dans le cadre du programme d'amélioration :

- informer les usagers sur l'hôpital, sur les services, sur les indicateurs reprenant les résultats IPAQSS mais aussi ceux qui traduisent la bientraitance/maltraitance... via un site et des panneaux d'information ;
- adapter les supports d'information pour les patients déficients visuels ;
- faire disparaître les dossiers des patients à la vue de tous sur les chariots ;
- informer par le livret d'accueil du circuit d'expression et d'écoute des patients, du circuit des réclamations ;



Exemples d'actions dans le cadre du programme d'amélioration (fin) :

- distribuer des questionnaires de sortie, questionnaire en ligne, enquêtes de satisfaction, « journée enquête » ;
- s'assurer que des protections hygiéniques ne sont utilisées qu'en cas d'incontinence avérée des personnes ;
- diminuer et harmoniser les pratiques de contention dans l'établissement ;
- mettre en place des entretiens d'infirmiers avec les personnes hospitalisées pour préparer la sortie ;
- organiser un espace d'échange avec les usagers ;
- organiser l'accueil des représentants des usagers par la direction (planning de découverte et de visite du site) ;
- développer un livret des associations ;
- organiser une journée annuelle des associations ;
- rendre possible la présence des représentants des usagers au sein de l'établissement en prévoyant un badge pour faciliter leur identification par les usagers et les professionnels ;
- créer une maison des usagers ;
- etc.

L'établissement met en place un système de priorisation des actions, notamment pour celles issues de la conformité à la réglementation (8c E1- EA2).

Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement (8a E1- EA4), dont la CRUQPC, pour concertation. Il est intégré au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement (8a E1- EA2).

Organisation interne



Pilotage



Rôles et responsabilités



Ressources



Interfaces





Une organisation (structure pilote, cellule de coordination ou pilote) est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique de bientraitance et promotion/mise en œuvre des droits des patients à l'échelle de l'ES.

Elle est articulée à la CRUQPC.

Exemples d'organisation :

- désignation d'un chargé des relations avec les usagers (temps plein ou temps partiel) ;
- sous-groupe de la CRUQPC ;
- cellule qualité articulée à la CRUQPC ;
- médecin médiateur ;
- cellule de médiation ;
- etc.

Ses missions, sa composition et son mode de fonctionnement sont définis. Elle assure le suivi du programme d'amélioration, le recueil des indicateurs, l'analyse des résultats et leur communication.

Exemples de missions spécifiques :

- elle est chargée d'animer le déploiement d'actions de bientraitance ;
- elle s'appuie sur les représentants des usagers pour recueillir le point de vue des personnes de manière qualitative ;
- elle suit le recueil de la satisfaction et impulse des actions en fonction des résultats...



Les rôles et responsabilités des professionnels concernés ou impliqués dans la politique « parcours du patient » et sa mise en œuvre sont définis et précisés dans les fiches de poste (1f E1- EA3, 1f E2- EA2, 2e E1- EA1) ou dans une charte de fonctionnement (unité de chirurgie ambulatoire [UCA]).

Les personnes concernées sont par exemple :

- le directeur et le président de la CME ;
- la direction qualité et gestion des risques ;
- le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et le gestionnaire des risques ;
- les chefs de service, le médecin coordonnateur de l'UCA ;
- les cadres des services ;
- les professionnels de terrain ;
- etc.





Ressources humaines

Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation (3a E1- EA1).

- Elles sont en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.
- Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés (3a E2- EA3, 1d E2- EA2, 10c E2- EA3).
- Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement.

Exemples de formation :

- sur la bientraitance ;
- sur les droits des usagers ;
- sur les rites et religions ;
- sur la collaboration avec les usagers ;
- à la médiation ;
- à la communication interculturelle ;
- à l'accueil des personnes en situation de handicap ;
- à l'accueil des personnes en situation de précarité sociale ;
- à l'accueil des accompagnants des patients ;
- etc.

- Des modalités de recrutement et d'intégration des nouveaux arrivants/des intérimaires sont définies (3b E1- EA1).

Ressources documentaires

Processus

Les besoins en processus sont identifiés et formalisés concernant :

- les modalités de signalement des cas de maltraitance (10a E1- EA1) ;
- les modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage (10d E1- EA1) ;
- l'organisation de l'accueil des enfants hospitalisés tenant compte de la présence en continu des parents (10d E1- EA2) ;
- l'organisation relative à l'information donnée au patient (11a E1- EA1) ;
- l'organisation permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soin (11b E1- EA1) ;
- le processus d'information du patient en cas de dommage lié aux soins (11c E1- EA1) ;
- l'accès du patient à son dossier (14b E1- EA1).

Les modalités d'exploitation des réclamations des patients et proches au sein de chaque secteur d'activité sont prévues.

Les professionnels concernés et les représentants des usagers participent à leur élaboration et les documents sont mis à leur disposition.

Procédures

Les besoins en procédures sont identifiés (5c E1- EA1). Elles visent l'objectif de considérer les personnes comme des partenaires dans le soin.

Elles sont formalisées, adaptées à la taille de l'établissement et intégrées au dispositif de gestion documentaire (5c E1- EA1).



Exemples de procédures :

- de signalement des situations de maltraitance ;
- de recueil du consentement ;
- de désignation de la personne de confiance ;
- de recueil des directives anticipées ;
- de délivrance d'information médicale ;
- d'annonce du diagnostic ;
- d'annonce d'un dommage associé aux soins ;
- de mise en place de contention ;
- d'accès au dossier médical ;
- d'accueil des proches ;
- de recueil de l'expression des usagers (notamment plaintes et réclamations) et de leur traitement ;
- etc.

Documents d'information des patients

Les besoins en supports d'information des patients (plaquettes, affiches, dépliants, brochures, matériel audio et vidéo) sont identifiés et les outils élaborés.

Le livret d'accueil comporte un chapitre sur les droits des patients, présente la CRUQPC et indique les moyens de contacter les représentants des usagers.

L'accès à des ressources d'information diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité (11a E2- EA2).

Exemples :

- fiche de présentation du service ;
- affichage des horaires de visites autorisées ;
- fiches d'information sur les droits des personnes ;
- fiches d'information sur l'existence et le rôle de la CRUQPC et les représentants des usagers ;
- versions en langues étrangères de l'ensemble des supports, en fonction des communautés accueillies ;
- annuaire ressources interprètes pour les patients ne parlant pas français ;
- charte de bientraitance ;
- etc.

Ressources en matériel

L'établissement a adapté ses locaux, son équipement et sa signalisation pour répondre aux besoins et attentes des usagers.

Exemples :

- lieux pour accueillir voire héberger les proches ;
- signalétique permettant aux usagers de s'orienter facilement ;
- locaux permettant la déambulation notamment pour les services et les unités de soins accueillant des personnes désorientées ;
- accès à Internet pour lutter contre l'isolement des personnes hospitalisées au long cours ou favoriser l'activité professionnelle des personnes ayant un recours fréquent à l'unité de soins (ex. : centre de dialyse) ;
- centre de médiation interculturel, mise à disposition d'un interprétariat ou d'une liste de professionnels parlant une langue étrangère, ou langue des signes ;
- locaux aménagés pour accueillir les patients handicapés quel que soit leur handicap ;
- etc.





L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la mise en œuvre du programme d'amélioration de la bientraitance et de la promotion des droits des patients.

La gestion des interfaces est organisée, notamment celles avec :

- les différents acteurs concernés ;
- les différents processus concernés ;
- les différents secteurs concernés ;
- etc.

Exemples d'interfaces :

- interfaces entre **processus** : le programme d'amélioration de la bientraitance et de la promotion des droits comprend les dimensions contenues dans :
 - la thématique du parcours, plus particulièrement sur les aspects accueil dans l'établissements et organisation de la sortie, éducation thérapeutique,
 - la prise en charge de la douleur,
 - la prise en charge en fin de vie,
 - l'accès au dossier médical,
 - l'identité du patient ;
- interfaces **entre secteurs d'activité** : la question de la promotion de la bientraitance et des droits des usagers est transversale à de nombreuses activités : les secteurs cliniques mais également administratif et logistique ; la direction qualité et la direction juridique... l'interface avec l'entrée et la sortie de l'hôpital est assurée, par la mise en place de médecin ou d'infirmier coordonnateur.





Pour les processus de prise en charge

Le management des secteurs d'activités (logistique, médical, soignant, médico-technique, et administratif) s'est saisi des enjeux liés à la promotion de la bientraitance et au respect des droits des patients en lien avec les orientations de l'établissement.

- Les projets médicaux et/ou des secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier de la liberté d'aller et venir (isolement et contention mais aussi limitation de contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.) (10e E1- EA3).
- La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée (10e E2- EA2).
- Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies (13a E1- EA1).
- Le management des secteurs d'activité communique auprès de son équipe sur la politique de bientraitance et promotion/mise en œuvre des droits des patients de l'établissement, sa mise en œuvre (programme d'actions associé) et son évolution.
- Il impulse une démarche au sein de son secteur, en lien avec les orientations de l'établissement :
 - chaque service ou unité a identifié ses propres besoins, ses risques spécifiques ;
 - il (elle) a choisi ses objectifs opérationnels et plans d'amélioration et les met en œuvre (8a E2- EA1) ;
 - ses objectifs sont en lien avec ses moyens.
- Il s'assure de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...).

Exemples d'évaluation de conformité :

- la traçabilité effective de la douleur dans le dossier ;
- la traçabilité de l'information et de recueil du consentement du patient dans le dossier ;
- la traçabilité de la personne de confiance désignée ;
- l'information du patient ;
- le recueil de ses attentes ;
- le respect de sa dignité ;
- le respect des protocoles sur la contention ;
- le respect des protocoles sur la mise en isolement ;
- le respect des protocoles concernant l'utilisation des protections chez les personnes incontinentes ;
- le respect des étapes de l'annonce d'un dommage associé aux soins ;
- l'accueil des proches ;
- etc.

- Des actions correctives sont mises en place en cas de non-maîtrise des pratiques ou de non-atteinte des objectifs fixés (10b E3- EA1).
- Les usagers (représentants des usagers ou bénévoles associatifs ou personnes hospitalisées ou proches) participent à l'identification et à la mise en œuvre des actions d'amélioration.

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur.

- Chacun des professionnels connaît les objectifs en matière de promotion de la bientraitance et des droits des usagers définis au sein du service et les mesures pour les atteindre.
- Les équipes ont accès aux résultats :
 - des indicateurs de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement (2e E2- EA2) ;
 - des évaluations sur la thématique concernée et notamment celles concernant la satisfaction des usagers (9b E2- EA2).



- Des temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats.
- Les projets de prise en charge prennent en compte les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect (10e E1- EA2).
- La réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient et/ou de son entourage concernant les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrée dans le projet de soins personnalisé (10e E2- EA3).
- Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie (10e E2- EA4).
- Des modalités spécifiques d'information sont mises en œuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.) (11a E2- EA1).
- Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur (12a E2- EA2).

Exemples d'actions d'amélioration menées en équipe :

- révision des modalités d'accueil et d'interface avec les autres services pour éviter des temps d'attente trop longs à certaines étapes du parcours, y compris au niveau des consultations externes ;
- définition des modalités d'accueil des personnes handicapées ;
- amélioration de l'accueil des proches : horaires de visites, exceptions, possibilité de se restaurer sur place, de dormir sur place, modalités d'information des proches ;
- modalités de recueil des directives anticipées ;
- prise en compte des observations sur les aspects hôteliers ;
- réalisation de temps d'échanges collectifs et pluriprofessionnels autour des situations de patients, prévus et tracés, prenant en compte la subjectivité du vécu des patients ;
- réflexion et mise en débat de la question de la contention en pluriprofessionnalité, afin que les situations et procédures soient claires et partagées par chacun ;
- réflexion et organisation sur les conditions de confidentialité de l'information des personnes ;
- mise en œuvre d'une vision dynamique de l'information de la personne et de ses proches incluant l'ensemble des professionnels avec des rôles déterminés ;
- création et remise de plaquettes informatives pour les patients (contention, personne de confiance, traitement antalgique palier 3...).





Disponibilité des compétences



Disponibilité des documents



Disponibilité des ressources matérielles

Disponibilité des compétences



Le management des secteurs d'activité s'assure d'avoir les ressources et les compétences adaptées aux risques et aux besoins liés à ses activités.

Les compétences présentes ou mobilisables permettent de répondre aux attentes des personnes prises en charge au-delà du seul aspect des soins cliniques.

Exemples de compétences mobilisables :

- soins de support ; équipes mobiles douleur et soins palliatifs ;
- recours aux assistantes sociales ;
- intervention des associations de malades en complémentarité avec les professionnels ;
- psychologue...

→ Les professionnels en poste sont formés (3a E2- EA3) :

- des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre (10a E2- EA2) ;
- les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c E2- EA3) ;
- des formations aux droits des patients destinées aux professionnels sont organisées (1d E2- EA2) ;
- des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins sont menées (11c E2- EA1) ;
- des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre (10a E2- EA2) ;
- les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles (10e E2- EA3) ;
- les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie (13a E2- EA5).



Exemples de modalités de formation :

- formation institutionnelle ;
- co formation entre professionnels et représentants des usagers ou associatifs ;
- implication des associations dans la formation des professionnels ; possibilités offertes aux associations de proposer des informations spécifiques sur la pathologie les concernant aux personnels soignants ;
- etc.

Disponibilité des documents



Dans les services concernés, les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles et à jour (5c E2- EA1, 5c E2- EA2, 5c E2- EA3).

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) (1d E2- EA1).

Des documents d'information sont mis à disposition des patients.

Exemples :

- le livret d'accueil ;
- l'affichage sur les droits des usagers, le recours possibles à la CRUQPC et les moyens de contacter les représentants des usagers ;
- une liste des associations intervenant sur l'établissement ou à l'extérieur ;
- etc.

Disponibilité des ressources matérielles



Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients (10b E2- EA2).

Les conditions matérielles sont assurées pour l'accueil des proches : lieu de convivialité, salle protégée, lit d'appoint...

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels (12a E2- EA2).



**Points à confirmer avec un traceur système (auprès des équipes) ou à croiser avec les résultats d'un patient traceur (auprès des équipes et des patients).**

- Les soins, y compris les soins d'hygiène (toilette, recueil des selles et des urines...), sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients (10b E2- EA1).
- L'organisation des repas est pensée pour aider les personnes en difficulté : opercule retiré, ergonomie des couverts, aide pour manger si les personnes ne peuvent pas le faire seules...
- Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre (10e E2- EA2).
- Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients (10b E2-EA2).
- L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c E2- EA1).
- Les modalités de partage des informations relatives au patient permettent le respect de la confidentialité (10c E2- EA1).
- L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage (10d E2- EA1).
- L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent (10d E2- EA2).
- Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance (11a E1- EA2).
- La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est favorisée (11b E2- EA1).
- Des interventions visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins proposé sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soin (11b E2- EA2).
- Les professionnels mettent en œuvre la démarche d'information en cas de dommage associé aux soins (11c E2- EA2).
- La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée (12a E2- EA2).
- Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur (12a E2- EA2).
- Le patient est informé des droits d'accès à son dossier (14b E2-EA1).

Exemples de points d'observation

- L'utilisation des protections chez des patients continents est évaluée et non systématique.
- Le recueil des selles et des urines se fait dans le respect des personnes et dans les délais les plus brefs suivant leur demande.
- La manière dont les professionnels s'adressent aux patients est adaptée.
- L'aménagement des locaux ou l'organisation des pratiques permet de garantir la confidentialité des échanges avec le patient.
- Les dossiers médicaux ne sont pas à la vue des usagers ou visiteurs.



Exemples de points d'observation (fin)

- Le patient dispose des informations dont il a besoin pour pouvoir participer aux décisions le concernant s'il le souhaite :
 - il sait qu'il peut refuser un soin ;
 - il sait qu'il peut accéder à son dossier médical ;
 - soins, des services qui lui sont proposés et de son reste à charge.
- Le patient a été informé de la survenue d'un EI.
- Les patients savent auprès de qui poser leurs questions, même après l'hospitalisation.
- Les professionnels savent expliquer et illustrer la manière, dans les contextes de soin, dont ils :
 - recueillent le consentement ;
 - délivrent l'information ;
 - annoncent le diagnostic ;
 - annoncent la survenue de dommage associé aux soins.
- Ils peuvent expliquer les caractéristiques et les besoins spécifiques des personnes qu'ils accueillent. Les questions que cela leur a posées et les adaptations prises pour y répondre.
- Les professionnels ont proposé au patient de désigner sa personne de confiance.
- Les représentants des usagers ont accès aux lettres de plaintes *in extenso*.

Points à confirmer avec la CRUQPC

Les représentants des usagers ont accès à l'ensemble des lettres d'éloge, de plaintes et de réclamations, sans sélection préalable ni anonymisation des courriers, sauf en cas d'envoi.





À l'échelle de l'établissement, la qualité et l'efficacité du processus « Bientraitance et promotion/mise en œuvre des droits des patients » sont évaluées à périodicité définie (1d E3- EA3).

Cette évaluation globale est réalisée par le pilote du processus :

- sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues des secteurs d'activité ;
- et/ou sur la base d'évaluations réalisées à l'échelle de l'établissement.

Exemples d'évaluations réalisées ou consolidées à l'échelle de l'établissement :

- assurer un suivi du témoignage des usagers ;
- recueillir leur satisfaction ;
- recueillir le point de vue des professionnels ;
- recueillir le point de vue de bénévoles associatifs intervenant dans les services ;
- etc.

Les modalités d'évaluation reposent sur l'implication des représentants des usagers et sont discutées au sein de la CRUQPC.

Tableau de bord des indicateurs

Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

Le contenu du tableau de bord comprend, quand ils sont disponibles :

- les indicateurs nationaux ;
- les indicateurs régionaux ;
- les indicateurs locaux.

Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière au sein des instances, des réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité (2e E2- EA2).

Les résultats sont synthétisés dans le tableau de bord de l'établissement lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé, au minimum, une fois par an, au sein des différentes instances de l'établissement : CRUQPC, CME, CSIMRTS, conseil de surveillance ou CA.

- Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées (10a E3- EA1).
- L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c E3- EA1).
- Le respect des bonnes pratiques en matière de préservation des libertés individuelles et en matière de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRUQPC, CME, CSIRMT, etc.) (10e E3- EA1).
- Des actions d'évaluation en matière de respect des droits des patients sont mises en œuvre dans chaque secteur d'activité, en lien avec la CRUQPC (1d E3- EA1).
- Le bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique est établi (10d E3- EA2).

L'efficacité des actions mises en œuvre est mise en évidence par la diminution du niveau de risque et l'amélioration de la réponse aux besoins.

- Le cas échéant, l'analyse permet d'identifier :
 - les points à risque nécessitant une surveillance particulière ;
 - les dysfonctionnements récurrents communs à tous les secteurs d'activité ;
 - les mesures complémentaires à prendre pour la révision du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les délais de mise en œuvre des actions d'amélioration sont respectés ou, le cas échéant, argumentés.





Amélioration continue



Communication sur les résultats

Amélioration continue



L'établissement réexamine les risques significatifs (et leur évolution – diminution – stagnation – augmentation) non éliminés totalement ou les besoins non satisfaits totalement afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque.

→ La politique de bientraitance et promotion/mise en œuvre des droits des patients est ajustée en fonction des résultats des indicateurs (2e E3- EA1) et du suivi du plan d'action associé.

Les actions d'amélioration portent sur :

- le respect de la dignité et de l'intimité des patients (10b E3- EA1) ;
- le respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c E3- EA2) ;
- l'amélioration de la satisfaction de l'entourage, en lien avec la CRUQPC (10d E3- EA1) ;
- le bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique (10d E3- EA2) ;
- la préservation des libertés individuelles et la gestion des mesures de restriction de liberté (10e E3- EA2) ;
- l'amélioration de la satisfaction du patient quant à l'information reçue (11a E3- EA1) ;
- l'amélioration du recueil du consentement du patient (11b E3- EA1) ;
- la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins (11c E3- EA1) ;
- le respect des droits des patients dans chaque secteur d'activité, en lien avec la CRUQPC (1d E3- EA1).

→ Le programme d'amélioration de la thématique est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations (8a E3- EA3) :

- de nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints ;
- des actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre de manière coordonnée et structurée.

→ Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques (PAQSS).

→ La CRUQPC est informée du nombre de demandes d'accès au dossier médical, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre (14b E3- EA2).

Communication sur les résultats



Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites. Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels concernés et auprès des usagers (2e E1- EA2).





Liste des éléments d'appréciation



Indicateurs

Liste des éléments d'appréciation



Liste des EA des critères directement rattachés à la thématique du guide

→ 1d E1- EA1	→ 10b E2-EA2	→ 10d E3- EA2	→ 11a E2- EA1
→ 1d E2- EA1	→ 10b E3- EA1	→ 10e E1- EA1	→ 11a E2- EA2
→ 1d E2- EA2	→ 10c E1- EA1	→ 10e E1- EA2	→ 11a E3- EA1
→ 1d E3- EA1	→ 10c E2- EA1	→ 10e E1- EA3	→ 11b E1- EA1
→ 1d E3- EA3	→ 10c E2- EA3	→ 10e E2- EA2	→ 11b E2- EA1
→ 10a E1- EA1	→ 10c E3- EA1	→ 10e E2- EA3	→ 11b E2- EA2
→ 10a E1- EA2	→ 10c E3- EA2	→ 10e E2- EA4	→ 11b E3- EA1
→ 10a E1- EA3	→ 10d E1- EA1	→ 10e E3- EA1	→ 11c E1- EA1
→ 10a E2- EA2	→ 10d E1- EA2	→ 10e E3- EA2	→ 11c E2- EA1
→ 10a E3- EA1	→ 10d E2- EA1	→ 11a E1- EA1	→ 11c E2- EA2
→ 10b E1- EA1	→ 10d E2- EA2	→ 11a E1- EA2	→ 11c E3- EA1
→ 10b E2- EA1	→ 10d E3- EA1		

Liste des EA cités dans le guide mais hors critères dédiés à cette thématique

→ 1f E1- EA3	→ 5c E1- EA1	→ 8a E2- EA1	→ 12a E2- EA2
→ 1f E2- EA2	→ 5c E2- EA1	→ 8a E3- EA1	→ 13a E1- EA1
→ 2e E1- EA1	→ 5c E2- EA2	→ 8a E3- EA3	→ 13a E2- EA5
→ 2e E1- EA2	→ 5c E2- EA3	→ 8c E1- EA2	→ 14b E1- EA1
→ 2e E2- EA2	→ 8a E1- EA1	→ 8d E1- EA2	→ 14b E2-EA1
→ 3a E1- EA1	→ 8a E1- EA2	→ 9b E2- EA2	→ 14b E3- EA2
→ 3a E2- EA3	→ 8a E1- EA4		
→ 3b E1- EA1			

Indicateurs



→ [Cliquer ici pour consulter « la fiche des principaux indicateurs correspondant à la thématique »](#) (en cours de rédaction).



Toutes les publications sur la certification
sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

