



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE SOINS-ÉTUDES
PIERRE DAGUET**

La martinie
Route du mans
72303 SABLE SUR SARTHE
SEPTEMBRE 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	7
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
5. SUIVI DE LA DÉCISION	7
PROGRAMME DE VISITE	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	20
DOSSIER PATIENT	26
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	31
ANNEXE	36

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE DE SOINS-ETUDES PIERRE DAGUET	
Adresse	La martiniere 72303 SABLE SUR SARTHE
Département / région	SARTHE / PAYS DE LA LOIRE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but non lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	750720575	FONDATION SANTE DES ETUDIANTS DE FRANCE	8 rue deutsch de la meurthe Bp 147 75664 Paris
Etablissement de santé	720018100	CENTRE DE SOINS-ETUDES PIERRE DAGUET	La martiniere Route du mans 72303 SABLE SUR SARTHE

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	95	10

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	
Regroupement / Fusion	
Arrêt et fermeture d'activité	
Création d'activités nouvelles ou reconversions	

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Hospitalisation complète	A définir	Programmé	Simple	Santé mentale
2	Adolescent	Hospitalisation partielle	A définir	Programmé	Complexe (ex: réhosp.)	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

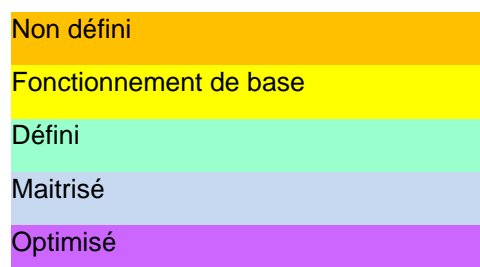
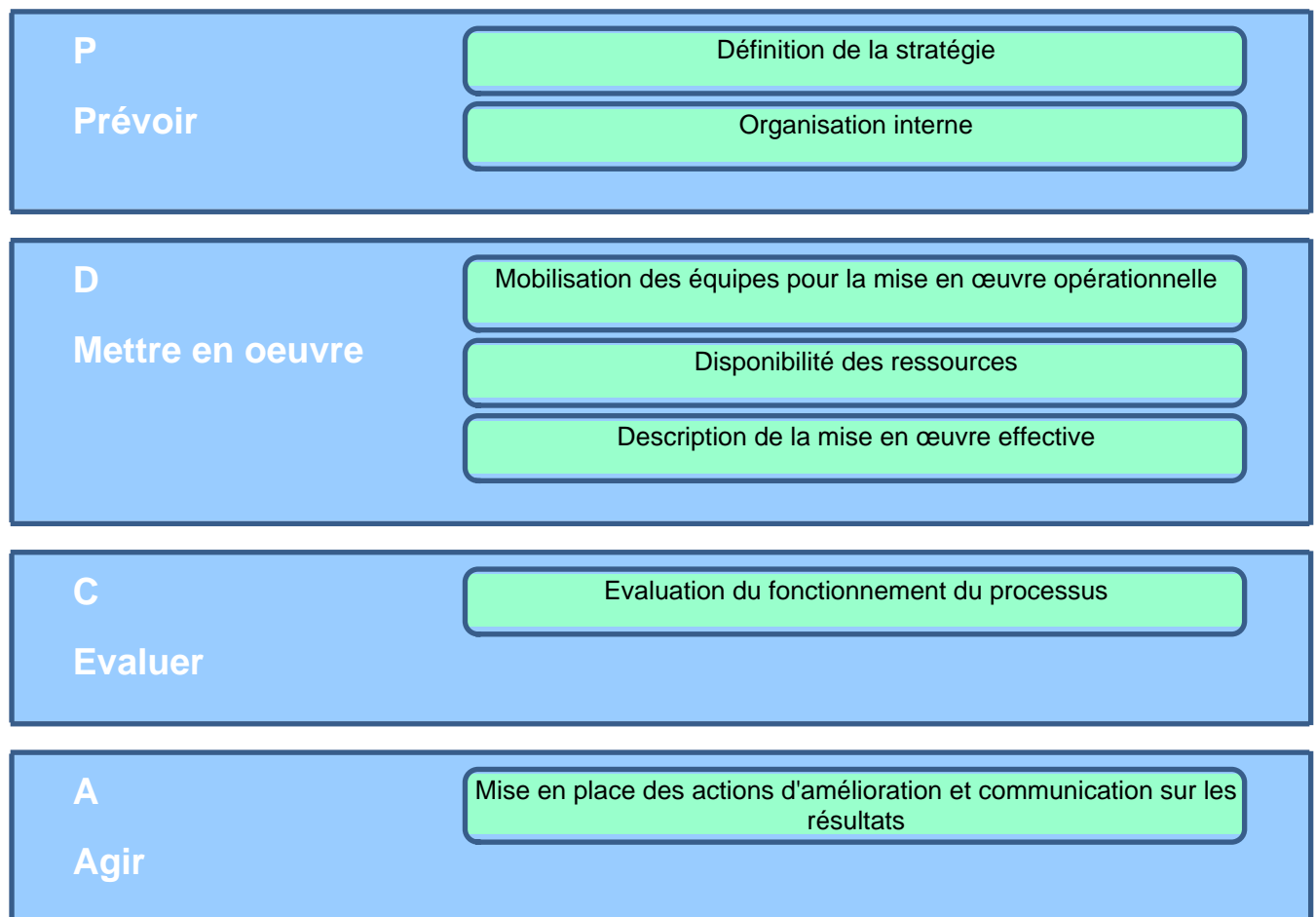
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Elle est élaborée et mise à jour en 2016, elle retrace les engagements institutionnels, les acteurs et instances en lien avec le PAQSS.

Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Elle est validée en comité de direction puis au comité de pilotage qualité. Elle conditionne le PAQSS. Ce dernier est réalisé depuis une étude des processus mis en place par la HAS. Des groupes de professionnels ont été mis en place pour cette réflexion et élaboration du PAQSS. Ces groupes ont aussi permis de mettre en avant des risques pour compléter le compte qualité.

La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins inscrite dans les orientations stratégiques est portée par le management. La politique qualité GDR elle même définit ses neuf axes d'engagement au travers des autres processus. La politique s'intègre au PRS et CPOM et tient compte d'orientation partagée avec le réseau propre à la fondation mais aussi s'inscrit dans la dynamique loco-régional avec Aquarel santé, le réseau lutin (infections nosocomiale), le réseau des ESPIC.

La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins intègre notamment la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise. La politique stipule des outils et méthodes pour recherches des risques à priori. Dans ce cadre elle met en avant ses vigilances, les EPP, le Patient traceur, enquêtes de satisfaction, et autres audits.

La stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins. L'organisation et la réflexion des groupes de travail sur les processus mis en place sont pluriprofessionnels. Il est aussi mis en place des référents soignants pour le CLAN, CLuD, CLIN.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus par le CODIR. Les axes sont déclinés par le COPIL qualité qui oriente l'organisation interne pour mettre en place les maillons du processus.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires.

Les risques identifiés sont sources d'adaptation par l'établissement. Il prévoit un trousseau de formation initiale aux soignant au regard de leurs spécificité de prise en charge.

Les locaux ont été réalisés avec des aménagements spécifiques aux activités de soins et d'éducation scolaire avec recherche de salles tant individuelles que permettant les temps de groupe pour les soins.

Les effectifs de services sont déployés en regard de risques dont RPS, ou de l'attention portée aux situation de stress de l'usager. La gestion documentaire organisée depuis le département qualité est mise à jour et leur outil de gestion documentaire permet d'alerter chaque professionnel des nouveaux documents en place.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

Des groupes de travail ont élaboré un PAQSS par thématique avec identification des risques. Le département qualité avec le coordonnateur des risques ont travaillé sur un PAQSS général (issu des PAQSS thématiques) et mis en évidence les risques dans le compte qualité. Le CoPil qualité est par ailleurs le lieu de remonté du terrain via le suivi des EPP en lien avec la commission EPP, le suivi des vigilances depuis le CoViGiRis, le suivi des EI depuis la cellule des EI. Les différentes composantes du système qualité et gestion des risques sont coordonnées et piloté par le coordonnateur.

Les dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques sont coordonnés. Le coordinateur des risques à une mission transversale permettant un niveau d'alerte global et un apport méthodologique en lien avec les professionnels du département qualité.

Les représentants d'usagers ont participé à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité / sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CDU.

La démarche d'évaluation des risques a priori est opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement. La recherche des risques est associée à l'application d'une échelle de criticité permettant une cotation pouvant mener à une priorisation.

Le déploiement et la mise en œuvre de démarches d'EPP avec l'engagement effectif des professionnels est formalisé. Cette organisation est supporté par la commission EPP, les thématiques sont validées par la CME, un tableau des EPP est suivi quant à l'avancement de chacune. Le PAQSS met en avant d'autres

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les cadres participent au travail d'autoévaluation et à la détermination des risques des processus. Ils accompagnent les actions sur le terrain. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières). Les rencontres de terrain mettent en avant le travail fait par l'encadrement quant à l'information de ces éléments. Ils bénéficient d'outils complémentaires soutien des messages (news letter, gestion documentaire) et bénéficient de temps institutionnels hebdomadaires et mensuels pour informer des éléments de la déclinaison de la politique QGDR.

Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les pilotes et les cadres participent à cette dynamique d'appropriation par le terrain et de mise en place des pratiques.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. L'établissement met à disposition des ressources humaines au département qualité, support aux professionnels de terrain. Les salles de travail bénéficient d'accès informatique pour leur portail de gestion documentaire, des classeurs support papier de la gestion documentaire sont disponibles, mis à jour par les assistants qualité et la recherche de signature des professionnels est faite pour valider la prise en compte des informations de ces classeurs. L'établissement met en place diverses formations aux professionnels de santé ayant attrait à la dimension QGDR (analyse de processus, correspondant hygiène, gestion des risques associés aux soins, formation au patient traceur).

Le dispositif de gestion des événements indésirables est approprié et opérationnel permettant une analyse des causes notamment profondes, selon une méthodologie adaptée et associant les acteurs concernés. La déclaration des EI est opérationnelle et connue des professionnels. La cellule opérationnelle se réunit chaque semaine afin de traiter les EI. Les réponses sont partagées auprès de l'ensemble des professionnels du service. Des Rex sont réalisés sur des événements porteur de gravité (2 en 2016) (indice de gravité supérieur à 3 selon leur cotation nouvellement mise en place).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité développent une culture qualité avec la mise en place de référents (EMED, Clan CIUD, hygiène) et participent au recueil des EI.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les professionnels bénéficient des outils de traçabilité depuis leur gestion documentaire, dont les FEI.

Les réunions de cellules opérationnelles étudiant les EI est opérationnelle depuis cette année et les EI à criticité >3 sont étudiés en Rex. Le tableau des EPP est disponible et les professionnels intègrent la réalisation de ce travail pluridisciplinaire.

Le dispositif de gestion documentaire est opérationnel et connu. Les différents professionnels de terrain et encadrement connaissent et sont en capacité de retrouver les éléments dans le logiciel de gestion documentaire. Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, prenant en compte l'ensemble des éléments attendus est validé et connu. Le PAQSS élaboré depuis l'auto-évaluation intègre la correspondance des attendus aux éléments de preuve du manuel de certification. Les points forts et les risques sont travaillés en groupe et partagés aux équipes lors de réunions spécifiques.

La déclinaison opérationnelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est structurée avec un pilotage des échéances à objectif défini. Le suivi est réalisé avec le coordonnateur gestionnaire des risques. L'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels et représentants des usagers contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Ce suivi est un indicateur communiqué à la CDU, avec une absence de plaintes à l'année n-1.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils

identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Il est retrouvé le suivi de certains tel temps écoulé entre la demande d'entrée et l'entrée effective. Les EI donnent lieu à des Rex (2 selon une criticité cotation 3). Les EPP sont connues et permettent une réflexion et une évaluation des thématiques à risques reconnues travaillant sur la pertinence des soins pour la plus part. Des audits sont mis en place. L'évaluation de la satisfaction des usagers est mise en lien avec la CRU. Les enquêtes de satisfaction sont communiquées aux usagers, ils peuvent participer à l'évocation de réponse adaptée aux risques.

A / AGIR

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

Des supports et modalités de diffusion sont établis. Les professionnels sont sensibilisés au suivi des audits par une communication par affichage, les protocoles et nouvelles procédures sont informés par un message d'alerte de l'outil de gestion documentaire. Une news letter est mise à disposition de lecture avec les fiches de paie sur les avancées de GDR.

La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

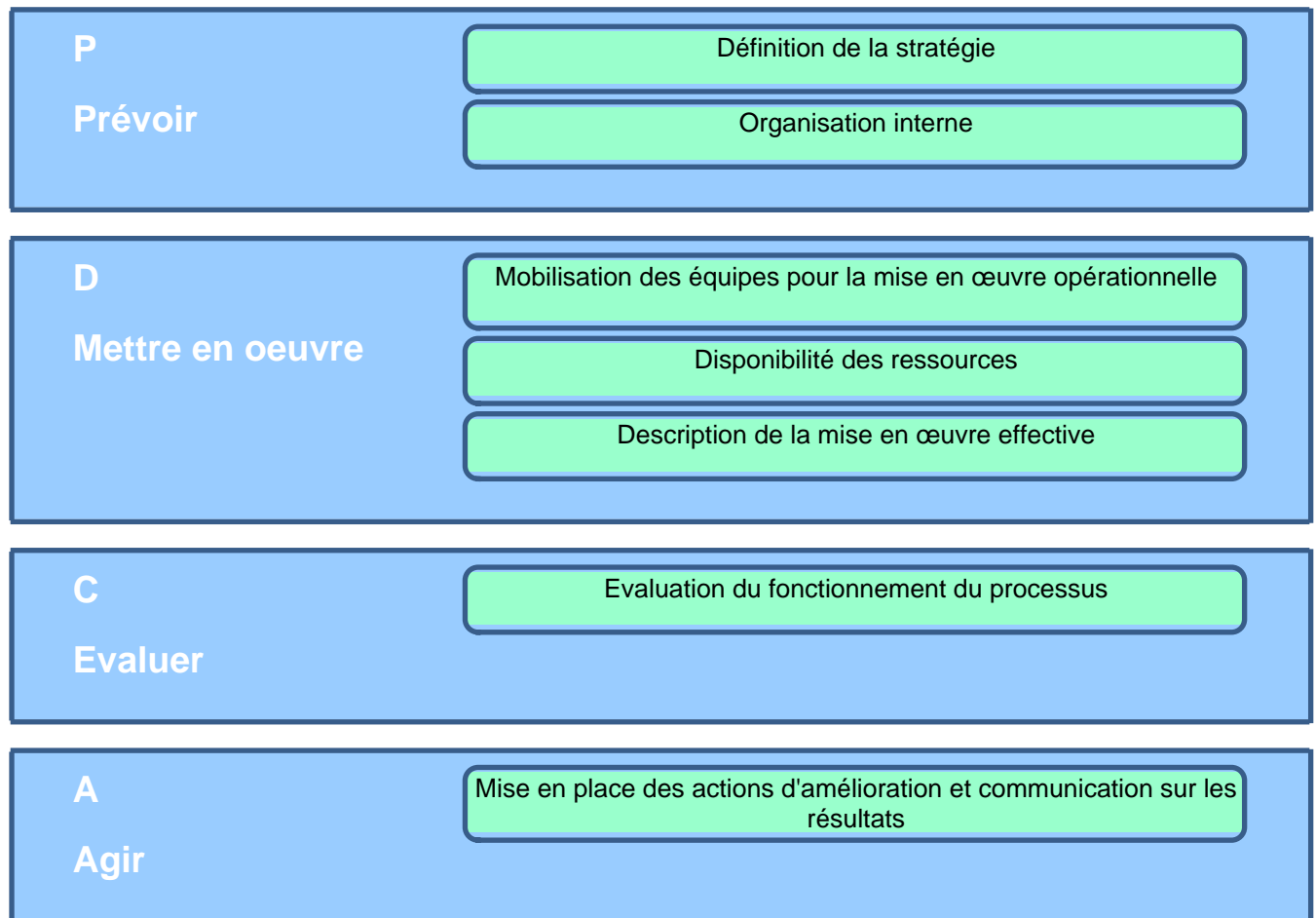
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La thématique du droit des patients implique transversalement les instances de l'établissement, celle-ci est déclinée dans un programme d'action formalisé. Le groupe en charge de cette thématique élabore une cartographie des risques et un plan d'action.

Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques et les projets de l'établissement (bienveillance, dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles, etc.) en association avec la CRU. Ces orientations sont retrouvées dans la politique qualité GDR et aussi dans le projet d'établissement. L'information sur les droits est partagée au public via le livret d'accueil, les affichages de la charte de la personne hospitalisée, et de la charte de bienveillance.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus sur la base d'un binôme coordonnateur des soins et médecin.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires.

Il met en place une CDU avec un règlement intérieur. Les représentants des usagers participent à cette dernière. Depuis le début d'année l'établissement met à disposition des représentant des usagers un local pour organiser une permanence d'accueil les jeudis.

Un protocole de conduite à tenir en cas de maltraitance est formalisé. La charte de la personne hospitalisée et de bienveillance, charte de confidentialité, sont affichées ainsi que les résultats des questionnaires de satisfaction.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. La gestion de ces éléments est réalisée par le département qualité suite à validation en CDU. Le département qualité réalise aussi les audits et informe des résultats.

Le dispositif d'hospitalisation sans consentement est structuré : procédures, information et recherche d'adhésion des patients, formation des professionnels, etc. L'établissement ne bénéficie pas de soins sans consentement. Si une mesure de soins sans consentement devait être prescrite, elle se ferait par orientation de l'usager sur un établissement psychiatrique de recours conventionné. Par ailleurs il existe une chambre d'apaisement disponible sur prescription (sur des indications cliniques validées par la collégialité médicale) avec accord de la personne sur un placement maximal de 24h. Ce soins spécifique ne correspond pas à une mise en chambre fermée. Une évaluation de la mesure est faite en sortie de chambre par le médecin.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. L'évaluation des risques a permis de mettre en place des vigilances et notamment un aménagement des pratiques tenant compte de la réflexion des liberté d'aller et venir, la mise en place du consentement aux tuteurs pour les autorisations de sortie en journée, la plage horaire des sorties en corrélation avec une réhabilitation et la pratique sanitaire.

Les protocoles en lien avec ce processus sont immédiatement partagés avec l'encadrement et les soignants suite à un message d'alerte dans la gestion documentaire ou un partage en réunion institutionnelle avec l'encadrement du service qualité.

Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières). Ces messages de sensibilisation sont renforcés par les affichages idoines aux droits des patients.

Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Cette évaluation est principalement réalisée avec le soutien de la CDU et l'opérationnalité du département qualité à la mise en place annuelle du questionnaire de bienveillance (réponses anonymisées). Cette enquête est issue d'un questionnaire retravaillé depuis un outil du réseau Aquarel.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). De façon formelle ou informelle les attitudes et/ou organisations du soins sont

réaménagées notamment suite aux retours des réunions soignants soignés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. L'établissement vient de mettre à disposition un local pour les représentants des usagers, en ce début d'année pour la réalisation d'une permanence le jeudi. La CDU se réunit de manière pluriannuelle. Des formations en lien avec la bientraitance ont été réalisées (éthique et sexualité pour exemple). Des aménagements d'espaces et de pièces sont réfléchis au regard de l'intimité des usagers et perfectibles au souhaits évoqués de ces derniers. Certaines règles de vie partagées dans le règlement intérieur sont appliquées aussi dans un souhait de protection de la personne : réflexion portée sur la vulnérabilité/la liberté d'aller-venir/l'intimité ainsi que les horaires de sortie jusque 21h et l'interdiction de se regrouper en chambre individuelle.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les protocoles, règlements sont connus, appliqués dans les services.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, une attention particulière est portée entre les activités de soins et scolaires. Des temps de transmissions interrogeant soit le fonctionnement soit les prise en charge individuelles (synthèses) sont effectives et bénéficient de support de traçabilité. Les affichages sont réalisés quant aux droits des patients.

Les prescriptions en lien avec un aménagement des libertés sont transcrites au dossier et partagées, consenties avec la personne et l'équipe (par exemple: limitation à la surveillance nocturne pour limiter les réveils, aménagement individuel des horaires de sortie au delà des 21h..).

L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CRU est donnée dans le livret d'accueil, partagée avec les représentants des usagers en CDU et donnent lieu à des affichages dans les services. Pour ce faire l'établissement vient de mettre en place des tableaux spécifiques en lien avec les affichages QGDR.

Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont traitées. La question du tutoiement/vouvoiement a fait étape depuis l'ouverture de l'établissement par exemple. La conduite retenue est de solliciter la personne sur son souhait. Des aménagements de lieux sont organisés en extérieur en lien avec la loi Even, et la loi hôpital sans tabac. Des protocoles sur la survenue de violence sont en place avec conduite à tenir. Des vigilances aux intrusions sont effectives. L'établissement donne toute sa place aux représentants des usagers, ces derniers sont informés des suivis d'EI, de plaintes et réclamations, ils ont pu visiter l'aménagement et les modalités d'utilisation de la chambre d'apaisement.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées. Ce protocole est connu des professionnel et a pu donner lieu à la réalisation d'un Rex.

Le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins est également pris en compte, y compris les soins d'hygiène, et dans les conditions d'hébergement. Ce respect est notamment questionné lors des enquêtes annuelles de bientraitance, il fait l'objet d'une attention spécifique lors des soins, de la distribution des traitements et lors des entretiens individuels).

L'organisation et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Les éléments liés aux personnes sont consignés dans le dossier patient informatisé. Les éléments partagés en synthèse soignants enseignants sont assurés par le service à la personne.

Un accueil personnalisé et un soutien de l'entourage des patients est réalisé dans les situations qui le nécessitent. Le processus de soins est codifié. Les attentions à la place des familles est une préoccupation certaine dans ce processus. L'aménagement de temps de rencontres informatives et pour la participation aux soins est effectué selon les besoins. Ces rencontres sont proposées au bénéfice de l'utilisateur dans sa dynamique.

Le projet de prise en charge, l'organisation et les pratiques permettent le respect des libertés individuelles. Sous tendus de l'acceptation du règlement intérieur par l'utilisateur, ces éléments de vies collectives et de soins sont annoncés depuis les pré-admissions et rappelées en cours de soins hospitaliers

Il existe un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins.

Une organisation permet le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, du refus de soin. Ces éléments sont partagés dans le dossier de soins et de prescription des traitements. Le refus est travaillé avec la personne en entretien participant à la psychodynamique partagé en synthèses (dont le bilan clinique pluri-professionnel réalisé entre un mois et trois mois).

La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage est mise en œuvre dans la construction du projet personnalisé de soins. La participation est validée initialement par la production d'une lettre de motivation de la personne. Les pré-admissions, admissions se font avec les tuteurs. Le projet de soins est

élaboré suite à un temps initial d'hospitalisation et réévalué au mieux mensuellement avec l'équipe et la personne.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Des audits de bientraitance ont été réalisés par deux enquêtes auprès des professionnels. Ces questionnaires ont permis la mise en place d'actions d'amélioration validées en CDU et partagées aussi en réunions soignants soignés.

L'évaluation périodique du respect des droits des patients, de la satisfaction du patient et de son entourage sont programmées. Les enquêtes de satisfactions sont réalisées et les résultats sont communiquées depuis la CDU aux usagers notamment avec affichages. Par ailleurs la réalisation d'un patient traceur a permis d'évaluer la pertinence d'un cas au regard des indications et protocole partagés entre professionnels sur l'utilisation de cet outil au soins.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Ces éléments sont gérés par le suivi du coordonnateur gestionnaire des risques et les pilotes du processus. Il donne lieu à des actions concrètes validées par le terrain. On retrouve ainsi une évaluation médicale à l'aménagement individualisé des visites d'évaluations cliniques nocturnes en chambre des usagers par les soignants, le questionnement à l'usager du tutoiement ou du vouvoiement...

Des supports et modalités de diffusion sont établis. Le protocole d'utilisation de la chambre d'apaisement est réalisé suite à évaluation et concertation des modalités de prescription. Un affichage des chartes en lien avec le droit des patients est mis en place et discuté en réunion soignants-soignés. Ce temps a aussi pour objectif de laisser part aux avis et questionnements des usagers sur le fonctionnement de l'établissement et attendus des usagers. Les différentes évaluations donnent lieu à une information partagée et affichée.

La communication des résultats est réalisée, en interne auprès des professionnels et des usagers. Les réunions institutionnelles depuis le copil qualité, la CDU sont les premiers lieux de validation des résultats et de partage des expériences et améliorations à mettre en place. Ces éléments sont diffusés à disponibilité de chacun depuis la gestion documentaire et évoqué entre autre sur des temps de réunions fonctionnelles soignants cadres mais aussi soignants soignés. Certaines améliorations ont pu donner lieu à une transmission via la news letter.

Les actions d'amélioration du dispositif sont mises en place au regard des résultats obtenus. Le questionnement de l'intimité de la chambre de la personne a pu mettre en évidence un questionnement, un aménagement et une attention continue aux pratiques des soignants. Ces attentions sont la prescriptions individualisée à la surveillance nocturne, l'annonce anticipée des actions d'entretien liés à l'hôtellerie...Sinon les professionnels de santé questionnent et partagent autour des transmissions et du secret partagé.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

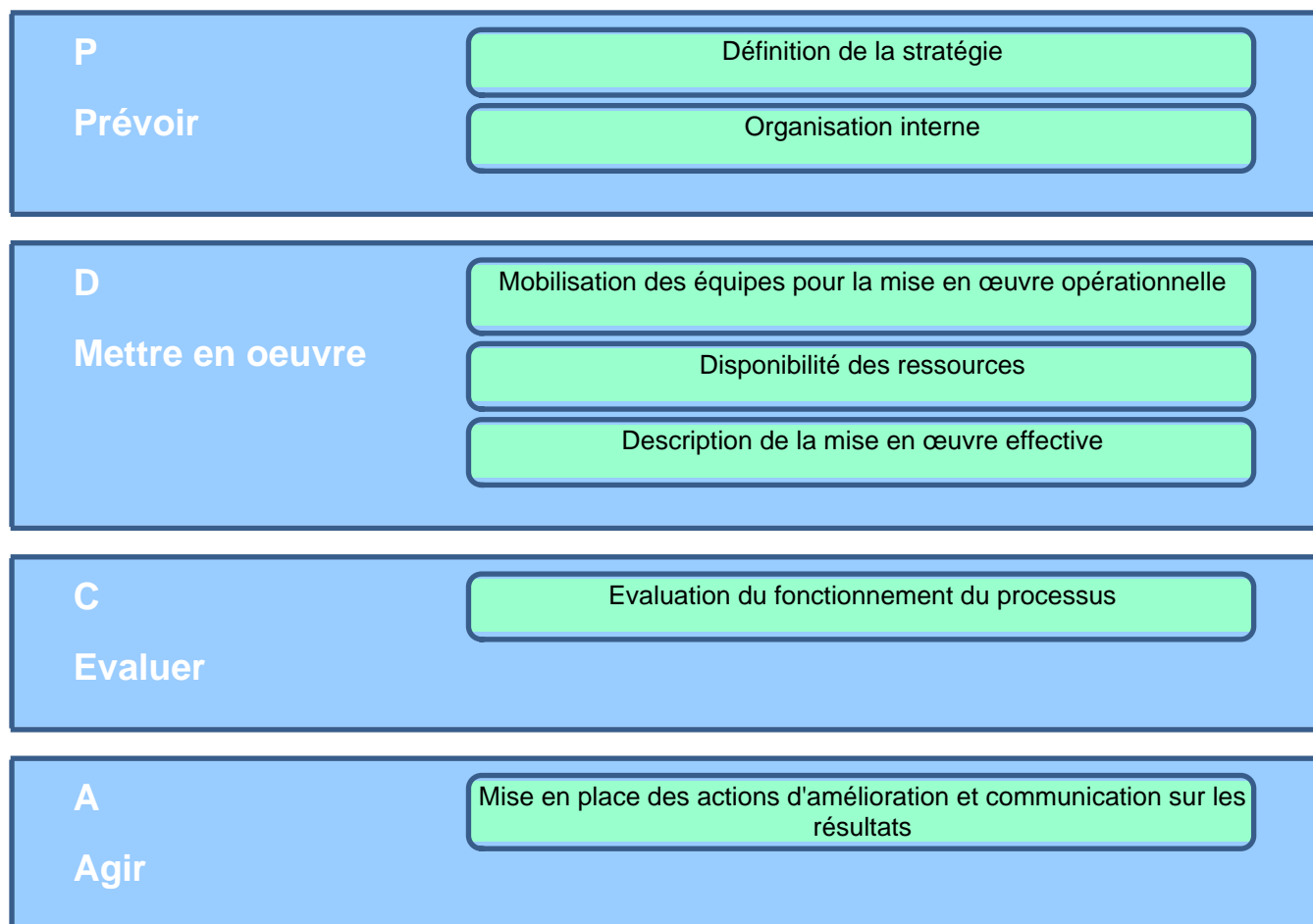
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie d'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et le volet relatif au parcours du patient dans le projet d'établissement.

La politique de la fondation s'inscrit dans les orientations "soins études" du projet d'établissement pour des patients de 15 à 25 ans en décrochage scolaire, atteints de pathologies psychiatriques et le cas échéant de comorbidités somatiques associées.

La politique s'inscrit également dans les orientations du CPOM 2012-2017 signé avec l'ARS des Pays de Loire. Des objectifs stratégiques sont définis en terme d'optimisation, de promotion et de personnalisation du parcours du patient élève.

Les besoins de la prise en charge ont été identifiés suite à une analyse de risques, avec les professionnels et les sous commissions de la CME, sur la base notamment du manuel V 2010 et des objectifs CPOM.

L'analyse a donné lieu à une cartographie et à un programme d'action hiérarchisé selon l'échelle de criticité la HAS.

Le programme est validé par le CODIR et la CME.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement met en œuvre une organisation pour piloter le processus.

Le pilotage repose sur le coordonnateur médical (président de la CME) et la directrice des soins en lien avec les sous commissions de la CME (CLIN, CLAN, CLUD).

Les missions de ces professionnels ont été formalisées dans une fiche de poste communiquée aux intéressées et présentée en visite.

Un groupe de référents soignants est adossé aux pilotage du processus.

Au regard des besoins et de ses risques, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines en terme d'effectifs et de formation. L'organisation interne assure l'adéquation des ressources et des compétences. Pour répondre à son projet "soins études", l'établissement a recruté des professionnels du secteur sanitaire, social et de l'éducation nationale. La montée en charge depuis l'ouverture en 2012 a été corrélée à la capacité d'embauche notamment en ce qui concerne le secteur d'enseignement.

Pour accompagner la nouvelle équipe recrutée, composée majoritairement de jeunes professionnels, l'établissement a élaboré une stratégie de formation qui perdure actuellement pour les nouveaux embauchés.

Le plan de formation prend en compte les problématiques psychiatriques et les problématiques somatiques d'animation et d'éducation pour s'inscrire dans les enjeux du projet de la fondation.

L'établissement a identifié les besoins en matériels. Des dispositifs médicaux participent à la prise en charge des risques en terme de mobilité et de surveillance clinique.

Les ressources matérielles de l'urgence vitale ont été définies. L'ensemble des secteurs cliniques, administratifs, d'hébergement et d'enseignements ont été pris en compte dans la localisation des dispositifs.

La gestion documentaire répond aux besoins et aux risques identifiés dans le compte qualité. Son organisation sous format informatique a été progressive depuis l'ouverture.

La gestion des interfaces est organisée.

La concertation entre les professionnels des différents secteurs cliniques et les secteurs médico- techniques (laboratoire radiologie etc ...) est organisée. Des partenariats sont établis, par exemple avec le CHU d'Angers dans la prise en charge de l'anorexie, ou le pôle santé de SABLE sur Sarthe pour la prise en charge des comorbidités.

Une convention a été signée avec la pharmacie de ville.

L'établissement a en projet des partenariats avec les universités du territoire pour assurer le suivi des étudiants post baccalauréat.

Les règles de présence et un système de gardes et astreintes assurent la permanence des soins.

Une organisation a été définie pour assurer 24 / 24, une présence sur site de compétence médicale, avec si besoin une astreinte de senior. De même une permanence infirmière a été prévue 24 / 24.

Une astreinte administrative est également organisée.

L'établissement organise l'accès aux programme d'éducation thérapeutique avec les partenaires du territoire de recrutement des patients.

Une organisation a été définie pour faire face à l'orientation de personnes se présentant pour une urgence.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels. La déclinaison repose sur une concertation. Les pilotes du processus et les pilotes de sous commission de la CME relaient les actions du niveau institutionnel vers les secteurs avec l'aide de l'encadrement de santé. Les référents parcours des UF remontent à leur tour les informations du terrain auprès des pilotes.

Le management s'assure de la conformité des pratiques et associe les équipes aux audits de dossier et aux EPP.

Des actions correctives identifiées avec la professionnels sont mises en œuvre.

Les équipes disposent des résultats concernant les évaluations via le support intranet mis à jour régulièrement par le service qualité.

L'encadrement de santé, communique sur les enjeux lors de réunions formelles ou informelles.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel, et documentation sont disponibles dans les secteurs.

Les différents secteurs de la prise en charge disposent des compétences adaptées au projet "soins études" de la structure ; en terme d'effectif médical, soignant, social, ou de l'éducation nationale.

L'établissement a formé deux soignants à l'éducation thérapeutique.

Un infirmier est en cours de DU d'hygiène.

Il existe des temps dédiés de médecins généralistes et de pédiatre pour la prise en charge des comorbidités somatiques. Les partenariats organisent le recours aux différents spécialistes.

Des compétences de psychologues, de personnels d'animation, d'assistantes sociales sont disponibles sur la structure.

Les besoins de formation sont inscrits aux plans de formation présentés en visite. Un socle de formation en psychiatrie est planifié annuellement pour les jeunes professionnels en particulier.

Des formations sont également proposées pour répondre aux orientations spécifiques des objectifs du dernier CPOM sur la prise en charge des patients à risques (conduites addictives etc ...).

Des dispositifs médicaux sont présents sur le site en particulier concernant la prise en charge des UV. Chaque secteur de soins dispose d'un chariot d'urgence. Un défibrillateur est installé sur le site et un autre est en commande au jour de la visite pour compléter l'organisation.

La gestion documentaire est accessible sur le logiciel dédié à chaque poste de travail comme cela a été vu lors de la visite.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne.

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins.

L'évaluation de la situation est réalisée dans un délai compatible avec son état de santé. Elle débute lors de la pré-admission et se poursuit lors de l'admission. Durant ces périodes, une investigation de l'état de santé globale est réalisée sur le plan psychiatrique et somatique ; intégrant ainsi un volet somatique dans le projet de soins.

Le projet personnalisé est établi de façon concertée entre les professionnels des différents métiers du soins et de l'éducation lors de réunions pluri - professionnelles planifiées.

La réévaluation du projet est établie à périodicité conformément au calendrier des réunions de service et des réunions institutionnelles présenté aux experts.

La traçabilité du projet est effective comme en témoigne les deux patients traceurs.

Le dépistage des troubles nutritionnels est tracé dans le dossier de soins. Un audit de 2016 témoigne d'une nette amélioration de la traçabilité depuis 2015.

L'identification et la prise en compte du risque suicidaire sont assurées pour les patients présentant une symptomatologie à risques. La prise en charge du patient à risque répond au protocole en place au jour de la visite.

Bien que les professionnels ne mettent pas en œuvre de programme d'éducation thérapeutique sur le site de SABLE sur Sarthe, le maintien du patient dans son programme d'origine ou au besoin, son inscription dans un programme est effectif.

Le dispositif d'appel des urgences vitales est opérationnel.

La conformité du chariot d'urgence après utilisation est tracée et la maintenance du défibrillateur assurée en interne.

L'organisation de la sortie des patients permet d'assurer la continuité des soins. Les modalités de coordination avec les professionnels d'aval sont mises en œuvre. Des fiches de liaison sont utilisées par les personnels soignants.

L'indicateur sur le délai d'envoi du CRH suivi par l'établissement lui est favorable.

Il existe une articulation avec de activités de réadaptation. En cas d'échec du projet "soins études" , des liens sont établis avec par les partenaires d'aval (ESEAT, CMP etc...) pour requalifier le projet du patient.

Cependant le dépistage du risque suicidaire n'est pas tracé en l'absence de symptomatologie. L'établissement identifie systématiquement les patients à risque suicidaire à la préadmission puis à l'admission. Cependant, en l'absence de risque, l'évaluation du risque suicidaire n'est pas tracée dans le dossier du patient. Le protocole de dépistage ne prend pas en compte le dépistage systématique en l'absence de symptomatologie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Dans le cadre de l'audit du dossier du patient, l'établissement dispose d'indicateurs concernant les étapes du parcours et de la prise en charge.

L'établissement s'implique dans des EPP de pertinence des soins.

Un événement indésirable choisit sur la base d'un taux de criticité a donné lieu à un REX en 2015.

Les résultats sont communiqués via les différents supports d'information institutionnels ou aux équipes par l'encadrement de santé, le service qualité lors de réunions d'information dédiées.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'améliorations conduit à réexaminer les risques afin de déterminer les mesures complémentaires. Les actions réalisées dans la suite du compte qualité donnent lieu à un ajustement de la cartographie par le service qualité.

Les nouvelles actions sont intégrées dans le programme qualité par le service qualité.

La communication des résultats est là aussi organisée suivant la politique de communication institutionnelle sur différents supports et différentes réunions, de façon formelle ou informelle.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>Le dépistage du risque suicidaire n'est pas tracé en l'absence de symptômes de risque.</p> <p>L'établissement identifie systématiquement les patients à risque suicidaire à la préadmission puis à l'admission. Cependant, en l'absence de risque, l'évaluation du risque suicidaire n'est pas tracée dans le dossier du patient.</p> <p>Le protocole de dépistage ne prend pas en compte le dépistage systématique en l'absence de symptomatologie.</p>	19c

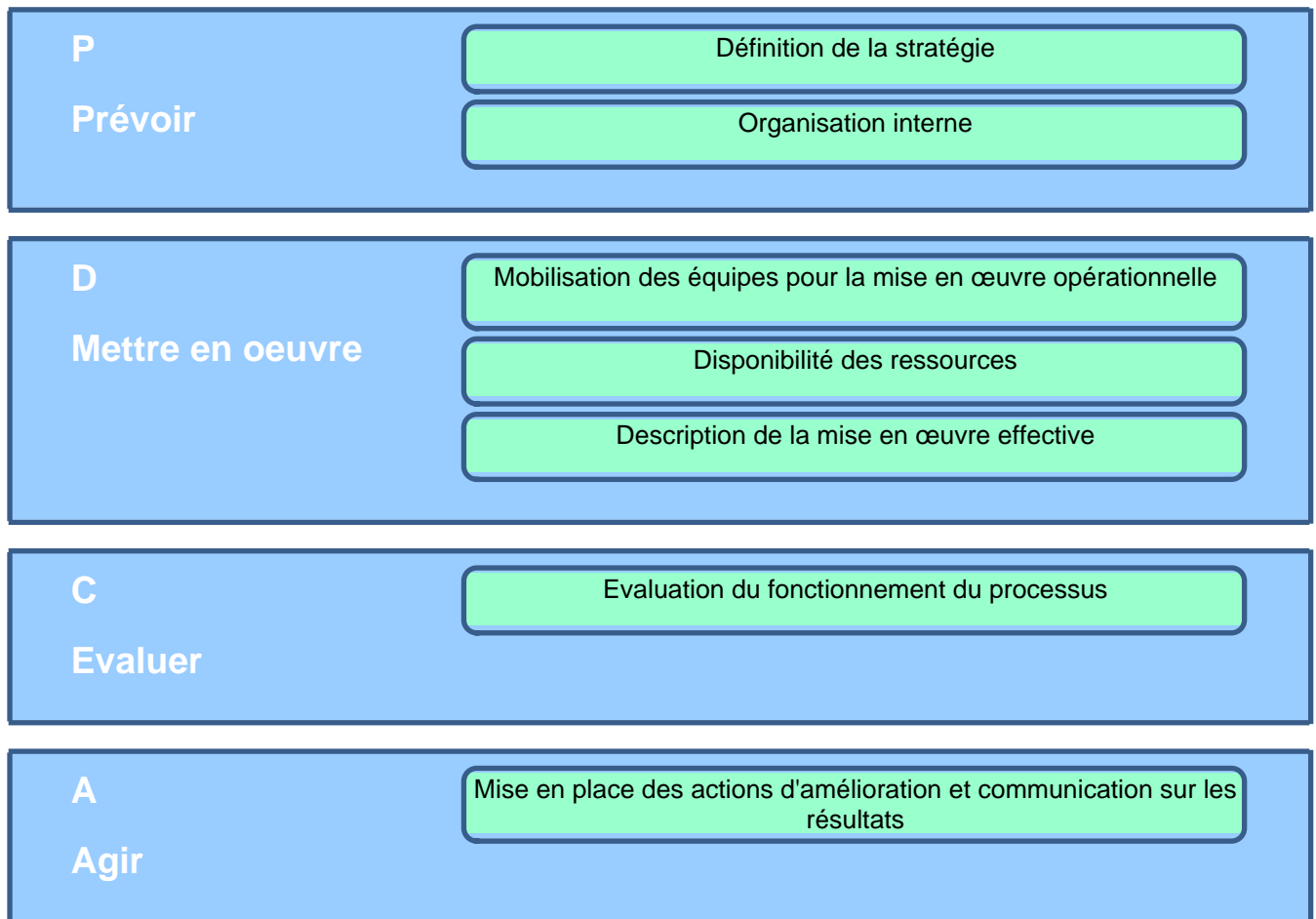
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du dossier patient est élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques. La politique s'inscrit dans les projets régionaux du système d'information autour d'hôpital numérique et des orientations du CPOM 2012 -2017, notamment en terme de processus de production et de maîtrise de la chaîne de traitement des informations médicales.

La politique du dossier patient informatisé est arbitrée sur l'établissement par la direction générale de la fondation.

La politique prend en compte l'organisation de l'accès du patient à son dossier et son information.

Les besoins ont été identifiés dans une cartographie des risques, réalisée par les professionnels sur l'ensemble des étapes du circuit du dossier patient.

Le manuel de certification V 2010 a servi de base à la réflexion.

Des objectifs ont été définis et figurent dans la politique qualité.

Le programme d'action issu de l'analyse est validé en CODIR et en CME ; il comporte les éléments nécessaires au suivi.

Ce programme s'articule avec le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus.

Le médecin psychiatre, gestionnaire des risques liés aux soins par ailleurs et la secrétaire médicale ont été nommés pour assurer le pilotage et le co-pilotage ; les missions de ces professionnels sont définies et communiquées.

Un groupe de travail pluri-professionnel et un groupe de référents de l'outil informatique complètent le processus.

Le droit d'accès au dossier par le patient est piloté par la direction du site en lien avec les professionnels concernés et dans le respect des missions de la CDU.

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines en terme d'effectif. Un TIM est recruté pour le site et la direction est en cours de recrutement d'un temps médical ; ce technicien a intégré le groupe de pilotage.

L'établissement organise la mise à disposition des outils et la formation des professionnels.

Un plan d'équipement a été défini pour équiper en nombre suffisants de PC, les différents postes de travail ; soignants, médicaux et administratifs.

L'établissement a organisé les conditions matérielles d'archivage des dossiers ; supports, transports et accessibilité.

Concernant l'appropriation de l'outil informatique, la stratégie de formation des professionnels est élaborée annuellement, en particulier pour les nouveaux arrivants, médecins, soignants et administratifs.

L'établissement s'assure de l'existence du système documentaire.

La gestion documentaire est organisée pour répondre aux besoins des professionnels dans l'utilisation de l'outil et pour la transmission de l'information.

La gestion des interfaces est assurée. L'accès et la traçabilité dans le dossier informatique par les professionnels sont sécurisés.

Des mesures dégradées sont définies pour assurer la continuité de l'accès au dossier informatisé en cas de panne de réseau.

La nécessité et les besoins de collaboration des professionnels de l'ensemble des acteurs du site sont pris en compte en terme de saisie et de communication des données. Il existe pour cela, plusieurs niveaux de sauvegarde.

La communication pour sensibiliser les professionnels est assurée. La stratégie d'information de l'établissement met en œuvre différents supports pour communiquer sur les enjeux et la démarche, auprès des professionnels et des patients élèves.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels. Les professionnels ont été impliqués dans la mise en œuvre d'actions pour leur UF au regard des objectifs institutionnels ; par exemple dans le cadre de l'adaptation de l'outil informatique aux spécificités de la psychiatrie.

Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le

processus. Au moment de la visite, les professionnels ont été engagés par la direction générale de la fondation (siège) dans une enquête d'envergure, pour identifier les axes d'amélioration, de vigilance, les nouvelles organisations à mettre en place autour de l'outil informatique ; cette enquête est accompagnée sur le terrain par le service qualité.

Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Le suivi de la conformité par le management est essentiellement lié aux audits de dossiers mis en œuvre notamment depuis 2015.

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

Les actions d'améliorations mises en œuvre dans les UF font suite principalement aux résultats des audits internes et de l'enquête de dossier menée par le siège.

Les résultats sont communiqués aux équipes. Les managers du processus actualisent régulièrement les différents supports de communication sur l'intranet auquel les professionnels ont accès (CR des instances , etc...).

L'encadrement de santé et le service qualité assurent les retours d'informations suite aux réunions institutionnelles.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. La mise à disposition des effectifs et des compétences sont coordonnées entre le niveau local et le niveau de la direction générale.

Le déploiement du plan d'équipement (PC, serveur...) est en cohérence avec les orientations stratégiques ; comme en témoigne les indicateurs hôpital numérique et la visite de service.

Les plans de formation des trois dernières années communiqués aux experts, traduisent la stratégie de formation pour les nouveaux arrivants dans les différents métiers.

La documentation informatisée est accessible, en terme de protocoles sur la gestion et de circuit du dossier, sur l'ensemble des secteurs utilisateurs. Les protocoles comportent les responsabilités des professionnels par métier, les règles de tenue, de confidentialité, d'archivage, de composition et de temps utile.

Il existe une organisation de l'accès du patient à son dossier. Des supports d'informations pour des patients élèves sont insérés dans le livret d'accueil. L'information prend en compte les particularités des populations accueillies (patients mineurs, majeurs...).

Les modalités de traitement des demandes sont mises en œuvre comme en témoigne la rencontre des usagers..

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne.

Les professionnels ont été formés à l'utilisation du dossier patient informatisé comme ils l'ont confirmé en visite, et renseignent l'outil en temps utile.

Les deux audits conduits sur 2015 et 2016 témoignent de la progression de la traçabilité des soins; ce que confirme également l'investigation des deux patients traceurs.

Les règles de gestion du dossier patient sont mises en œuvre comme le confirme l'investigation du circuit depuis les admissions jusqu'à l'archivage.

Concernant la gestion documentaire, la majorité des protocoles, procédures et support sont connus des professionnels rencontrés.

Les modalités de communications en temps utile du dossier patient entre l'ensemble des acteurs internes et avec les partenaires sont mises en œuvre. Le système d'information permet la communication des données en temps utile au sein de la structure. Les modalités et les supports définis sont mis en œuvre pour communiquer les données aux partenaires d'aval, en cas de transfert par exemple.

Lors de la pré admission le patient est informé de ses droits notamment avec la remise du livret d'accueil.

La mise à disposition du dossier au patient qui en fait la demande est effective et les professionnels rencontrés en visite connaissent les modalités lorsque la demande est formulée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sont assurés par le pilote et le service qualité sur la base d'outils et d'indicateurs.

Bien que l'établissement ne soit pas éligible aux IQSS, les pilotes de processus conduisent avec le recours du service qualité et à périodicité, un audit de tenue du dossier patient. Les indicateurs issus de cet audit sont communiqués.

La mise à disposition des dossiers au patient fait l'objet d'indicateurs de suivi.

Au jour de la visite l'établissement ne dispose pas d'événements indésirables sur la thématique.

Les résultats sont communiqués via les différents supports d'information institutionnels et par les référents des secteurs cliniques auprès des collègues qui en font la demande.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'améliorations conduit à réexaminer les risques afin de déterminer les mesures complémentaires.

Un audit en 2015 a servi à définir les premiers indicateurs de l'établissement, ouvert en 2012.

L'audit conduit fin 2016 a permis de déterminer les actions complémentaires qui sont en cours de mise en œuvre au jour de la visite.

Les nouvelles actions et évaluations sont intégrées dans le programme qualité par le service qualité sans priorisations.

La communication des résultats est là aussi organisée suivant la politique de communication institutionnelle sur différents supports et différentes réunions, de façon formelle ou informelle.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

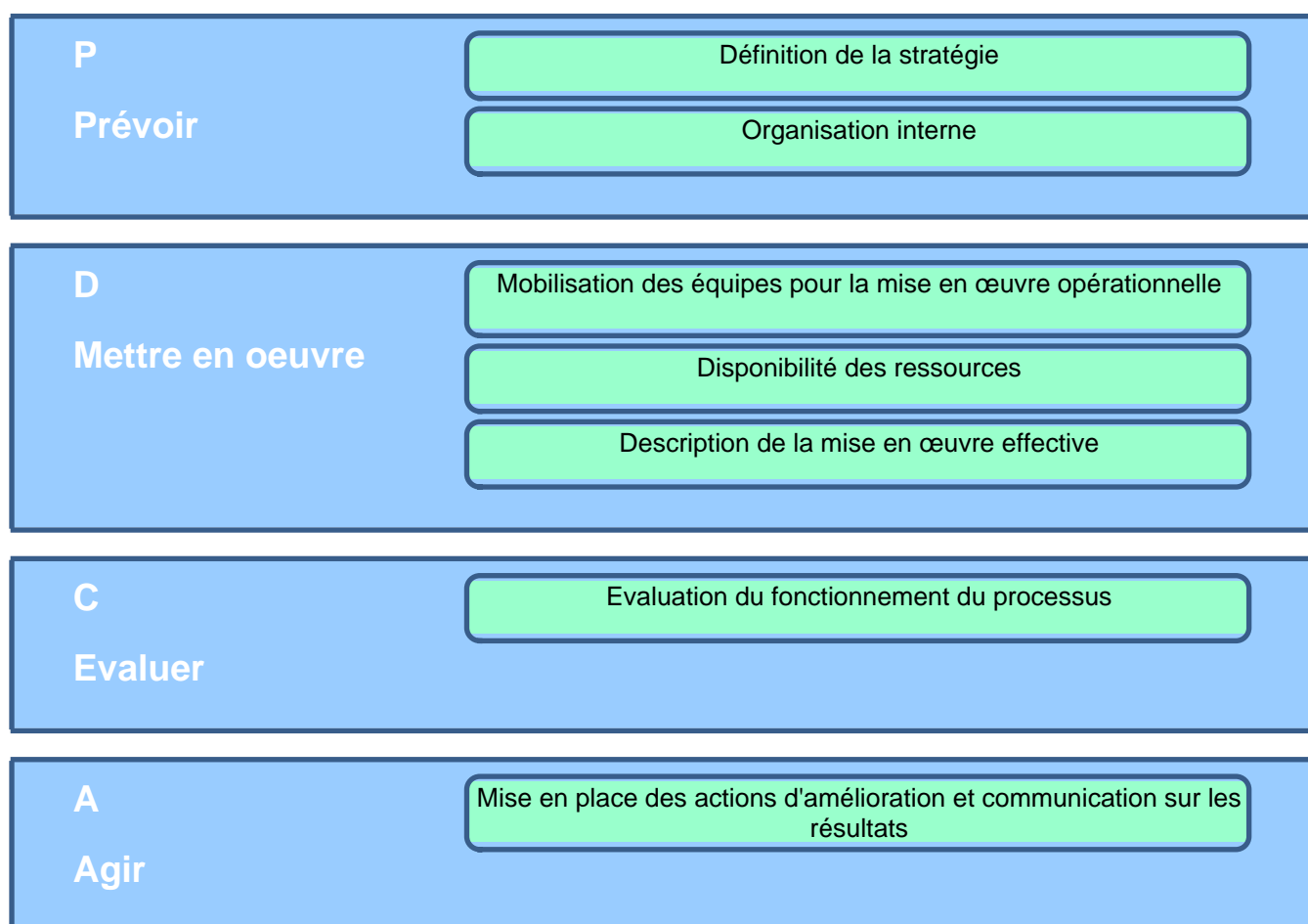
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de prise en charge médicamenteuse concernant la population des patients élèves de 15 à 25 ans, atteints de pathologies psychiatriques et le cas échéant de comorbidités somatiques, a été rédigée en décembre 2016. Elle prend en compte les éléments de la réglementation et s'inscrit dans les orientations du CPOM 2012-2017.

Des objectifs d'amélioration ont été définis dans la politique qualité.

Une évaluation des risques a été réalisée en 2015 dans le cadre de la préparation à la certification, avec l'appui d'un groupe de travail pluri-professionnel. Cette analyse a donné lieu à une cartographie des risques de l'ensemble des étapes du processus et à un programme d'actions d'amélioration hiérarchisé sur la base de l'échelle de cotation HAS.

Ce programme qualité est validé par la COMED puis par la CME. Ce programme s'articule avec le compte qualité.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est déployé sur l'ensemble de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus. Un responsable du management de la prise en charge médicamenteuse, médecin psychiatre, a été nommé pilote du processus conjointement par le directeur et le président de CME ainsi que le pharmacien comme co-pilote. Les fiches de poste ont été rédigées et communiquées aux intéressés.

Un groupe de professionnels représentant chaque secteur de soins, composé majoritairement de paramédicaux complète le dispositif de pilotage.

La commission du médicament (COMED) est en place depuis 2015. Ses règles de fonctionnement ont été arrêtées en janvier 2017, et communiquées dans une procédure.

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines et les formations. Le pharmacien de l'officine a été recruté sur un temps dédié pour assurer une présence sur site.

Des formations ont été identifiées pour répondre aux exigences de l'arrêté du 6 avril 2011 notamment sur les erreurs médicamenteuses et sur la formation au logiciel.

L'établissement a organisé la gestion documentaire. Les attendus du manuel qualité définies par l'arrêté du 6 avril 2011 ont servi de base à la mise en œuvre de la gestion documentaire informatisée ; de même ont été pris en compte les données de la convention signée avec l'officine de ville.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels et les secteurs. Le système d'information organise les liens entre les praticiens prescripteurs, les professionnels soignants, le laboratoire et la pharmacie de ville.

Le système d'information prend en compte l'organisation de la continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie et lors des mouvements internes ainsi que les habilitations à prescrire et à administrer. En cas d'indisponibilité du SI, des mesures dégradées sont prévues.

Le recueil informatisé et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont organisés. Le circuit de diffusion intègre de façon systématique le manager de la prise en charge médicamenteuse et le pharmacien. Une cellule de gestion et d'analyse des DEI mise en place récemment est chargée d'assurer le suivi éventuel de REX pour les DEI dont la criticité est supérieure à un seuil défini.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en fonction des objectifs. L'encadrement et les pilotes de processus participent de façon formelle ou informelle à l'appropriation des enjeux de la PRISE EN CHARGE par les secteurs de soins.

La démarche s'appuie en particulier sur les comptes rendus de réunion d'instance, les référents soignants issus du groupe de pilotage du processus. Par exemple, lors de la montée en charge des protocoles, avant la visite, l'information a été déployée sur l'ensemble des UF, comme cela a été relaté lors des rencontres.

Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. La sensibilisation des professionnels repose principalement sur des outils de communication institutionnels, relayés par l'encadrement. Chaque UF A accès à l'ensemble des comptes rendus de réunion de la COMED et du groupe processus, aux résultats d'audits, au programme d'actions, et dispose

d'une messagerie d'alerte. Les échanges en visite ont permis de constater que les professionnels connaissent et utilisent les différents supports comme ils en ont fait la démonstration.

Les responsables du processus et l'encadrement s'assurent de la conformité des bonnes pratiques.

La conformité aux bonnes pratiques est principalement réalisée par la participation aux audits mis en œuvre et suivis périodiquement pour s'inscrire dans les objectifs du compte qualité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, effectifs et formation, répondent à l'organisation définie.

Le temps de pharmacien dédié sur l'établissement est planifié de façon périodique et sa présence communiquée aux professionnels.

Des actions de formation au logiciel ont été inscrites au plan de formation 2015, 2016 et ont concernés la grande majorité des professionnels utilisateurs.

L'établissement a également prévu la mise en œuvre dans le plan de formation 2017, d'une première session sur le repérage des erreurs médicamenteuses depuis l'ouverture, pour un groupe d'infirmiers et de médecins.

Les ressources en documentation sont accessibles sur tous les secteurs concernés.

L'établissement a communiqué sa politique, formalisé la majorité des procédures et des modes opératoires sur les différentes étapes du circuit conformément aux risques identifiés dans le CQ : prescription, dispensation, préparation, approvisionnement, détention, stockage, transport, administration, surveillance etc .

Les prescripteurs ont accès à des outils d'aide à la prescription et disposent d'un livret thérapeutique mis à jour. Les règles de prescription sont validées par la COMED et la CME.

Les ressources matérielles et les interfaces informatiques sont disponibles.

Des PC sont installés dans les différents poste de travail infirmiers ou médicaux, et dans les secrétariats chargés de l'envoi des commandes de médicaments à l'officine de ville.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activités connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. Les médecins mettent en œuvre les recommandations de bonnes pratiques notamment lors de la prescription de médicaments à risques, identifiés dans le livret thérapeutique. L'accès aux données de l'analyse pharmaceutique par les praticiens est opérationnel.

La délivrance nominative des traitements est effective. La transmission des ordonnances est adressée à l'officine par le secrétariat médical. Le stockage dans l'UF est conforme aux recommandations.

Le transport des médicaments et des dispositifs stériles depuis l'officine est effectué dans les conditions de sécurité prévues dans la convention, y compris pour les stupéfiants et les médicaments thermosensibles.

Le rangement des commandes est effectué par le service de nuit selon les règles de bonnes pratiques définies.

Les IDE se réfèrent aux les recommandations de bonnes pratiques d'administration dont ils disposent y compris pour les stupéfiants, les médicaments maintenues au réfrigérateur et la gestion du traitement personnels des patients élèves.

La traçabilité de l'administration est réalisée dans le dossier patient, en temps réel, molécule par molécule, comme cela a été constaté en visite.

Les professionnels connaissance et mettent en œuvre les procédures de délivrance des médicaments pour faire face aux urgences en dehors des heures d'ouverture de l'officine prestataire

L'information des patients sur le bon usage est réalisé. L'information sur les risques de certains médicaments fait l'objet d'une traçabilité de son consentement par le médecin prescripteur et les infirmiers savent retrouver l'accord du patient dans le dossier si nécessaire.

Lors de l'administration, les IDE sensibilisent les patients aux risques de leur traitement. L'organisation de la distribution a été réfléchi pour offrir des conditions propices à l'écoute et préserver la confidentialité.

Les professionnels disposent de la liste des programmes d'éducation thérapeutiques validés sur les Pays de Loire pour organiser le maintien des patients élèves dans leur programme ou leur inscription.

L'officine de ville met en œuvre les règles de bonnes pratiques de préparation. Cette activité est marginale sur l'établissement qui n'est par ailleurs pas concernés par la préparation de médicaments anti-cancéreux.

Lors de sortie, des modalités de délivrance des traitements sont mises en œuvre pour assurer la continuité du traitement.

La COMED est opérationnelle. Elle s'est réunie 14 fois en 2016 comme en témoigne les comptes-rendus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. L'évaluation du processus a été mise en œuvre en 2015 par un audit de processus sur l'ensemble des étapes du circuit.

Depuis, deux nouveaux audits ont été réalisés sur les conditions de stockage des médicaments et sur le

circuit du médicament.

L'établissement n'est pas éligible aux indicateurs IPAQSS mais dispose suite aux audits internes, d'indicateurs internes. Les indicateurs sont utilisés pour identifier les actions correctives et témoignent des évolutions en terme de bonnes pratiques. Le suivi de l'harmonisation du rangement des armoires à pharmacie de service sur l'ensemble des UF en est une illustration.

Le recueil des EI a donné lieu à deux retours d'expérience depuis l'ouverture : un en 2015 sur 3 déclarations et un en 2016 sur 20 déclarations. Ces EI ont été choisis sur la base de leur taux de criticité.

Les résultats sont communiqués par les comptes rendus de la COMED, de la CME et sur les divers supports accessibles, par tous sur l'intranet.

A / AGIR

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

Le suivi d'actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques. Suite aux actions correctives, les responsables du processus actualisent la cartographie des risques avec le service qualité. Les nouvelles mesures de traitement et le taux corrigé de la criticité figurent dans le document présenté en visite.

L'établissement a défini une stratégie de communication mise en œuvre pour partie par le service qualité : récemment un livret sur l'avancement de la démarche a été communiqué aux professionnels qui en ont témoigné auprès des experts.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Parcours du patient	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>Le dépistage du risque suicidaire n'est pas tracé en l'absence de symptômes de risque.</p> <p>L'établissement identifie systématiquement les patients à risque suicidaire à la préadmission puis à l'admission. Cependant, en l'absence de risque, l'évaluation du risque suicidaire n'est pas tracée dans le dossier du patient.</p> <p>Le protocole de dépistage ne prend pas en compte le dépistage systématique en l'absence de symptomatologie.</p>	19c