



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE
CERTIFICATION
INSTITUT
PSYCHOTHERAPIQUE**

Parc de la Ménantière

49110 Le Pin-En-Mauges

Décembre 2020

SOMMAIRE

| | |
|--|---|
| SOMMAIRE | 2 |
| INTRODUCTION | 3 |
| PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | 4 |
| PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE..... | 6 |
| THÉMATIQUE « PARCOURS DU PATIENT » | 7 |

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.

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 différents composants 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. L'additif au rapport de 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).

Le présent additif au rapport de certification rend compte de l'analyse du compte qualité supplémentaire communiqué par l'établissement après une certification avec obligation(s) d'amélioration. Cette analyse porte sur la ou les obligation(s) d'amélioration et se fait selon 3 axes :

- L'identification et la hiérarchisation des risques,
- La cohérence et déploiement du programme d'actions,
- La mobilisation des données et évaluation du programme d'actions,

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

| INSTITUT PSYCHOTHERAPIQUE LA MENANTIERE | |
|---|---|
| Adresse | Parc de la Menantière |
| Département / région | 49110 Le Pin-En-Mauges MAINE-ET-LOIRE / 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 |
| GCS de moyens | | GCS MAUGES BOCAGE CHOLETAIS | 6 rue Saint Gilles 49120 CHEMILLE |
| Entité juridique | 490535705 | ASSOCIATION SANITAIRE ET SOCIALE | 2 place Cathelineau 49110 Le Pin-En-Mauges |
| Etablissement de santé | 490002979 | INSTITUT PSYCHOTHERAPIQUE LA MENANTIERE | Parc de la Menantière 49110 Le Pin-En-Mauges |

| Activités | | |
|-------------------------|----------------------|----------------------------------|
| Type de prise en charge | Activités | Nombre de lits d'hospitalisation |
| Santé mentale | Psychiatrie générale | 62 |

DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, issus de l'analyse du compte qualité, la Haute Autorité de santé :

- prononce la certification de l'établissement avec recommandation(s) d'amélioration,

2. Décisions

RECOMMANDATION(S) D'AMELIORATION

Parcours du patient

Droits des patients

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

3. Suivi de la décision

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

Votre prochain Compte Qualité devra nous parvenir au format V2020. La HAS ne manquera pas de vous informer des développements en cours de cette future version.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

THÉMATIQUE « Parcours du patient »

1. Identification & hiérarchisation des risques

| Axes d'analyse | Réponse | Constat |
|--|---------------|---|
| Prise en compte des éléments du rapport de certification pour mettre à jour l'identification des risques ? | Oui | L'institut psychothérapique a identifié des risques en lien avec la thématique « Parcours patient » et notamment relatifs aux écarts du rapport de certification (traçabilité dans le dossier patient, délai de transmission du compte-rendu d'hospitalisation, évaluation et amélioration du processus). |
| Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ? | Partiellement | L'institut psychothérapique n'a pas expliqué le choix de chacun de ses risques mais il a explicité pour chaque risque un dispositif de maîtrise et le plan d'actions en lien avec ses risques. |
| Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ? | Oui | Les niveaux de maîtrise mentionnés sont cohérents avec les dispositifs de maîtrise et les plans d'actions en cours ou finalisés. |

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

| Axes d'analyse | Réponse | Constat |
|---|------------------|--|
| Actualisation du plan d'actions au regard des risques ? | Oui | Le plan d'actions a été actualisé au regard des risques, eux-mêmes mis à jour pour prendre en compte les éléments du rapport de certification. |
| Cohérence et déploiement du plan d'actions ? | En grande partie | La plupart des actions d'amélioration, en lien avec les écarts du rapport de certification, sont mises en place : |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>Traçabilité des informations par psychiatres et psychologues dans le dossier patient</p> <p>Les psychologues et les 3 psychiatres libéraux sont sensibilisés tous les mois par leur participation au comité de pilotage de la qualité et par les résultats des indicateurs qui leur sont diffusés.</p> <p>Afin d'améliorer la traçabilité des psychiatres et psychologues dans le dossier patient, il a été créé, en janvier 2020, des chapitres pour les observations médicales et les observations psychologues. Par exemple, pour les observations médicales, il a été créé l'entretien d'entrée, individuel, familial et de sortie.</p> <p>Une nouvelle version du logiciel du dossier patient est prévue en janvier 2021 avec une formation des psychiatres et des psychologues.</p> <p>Le suivi des indicateurs mensuels de traçabilité des entretiens médicaux, mis en place à compter de janvier 2020, est réalisé en réunion de coordination et en réunion du groupe Dossier Patient.</p> <p>Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation</p> <p>Les 3 psychiatres libéraux sont sensibilisés tous les mois par leur participation au comité de pilotage de la qualité et par les résultats des indicateurs qui leur sont diffusés.</p> <p>Le suivi de l'indicateur mensuel « Délai de transmission du compte-rendu d'hospitalisation », mis en place à compter de janvier 2020, est réalisé en réunion de coordination et en réunion du groupe Dossier Patient.</p> <p>Evaluation et amélioration</p> <p>L'institut psychothérapique a programmé la réalisation de patients traceurs annuellement. Pour cela, une formation patient traceur a été réalisée en juin 2019 pour réaliser un premier patient traceur en novembre 2019. Un nouveau patient traceur est prévu en novembre 2020.</p> <p>En janvier 2020, des indicateurs ont été validés en comité de pilotage de la qualité, ils portent notamment sur :</p> |
|--|--|--|

| | | |
|---|------------------|---|
| | | <p>- le délai de transmission du compte rendu d'hospitalisation,</p> <p>- la traçabilité des entretiens médicaux (admission, individuels, familiaux, sortie) dans le dossier patient.</p> <p>Ces indicateurs sont suivis en réunion de coordination et en réunion du groupe Dossier Patient.</p> <p>Toutefois, la traçabilité des observations des psychologues, qui a été structurée dans le dossier patient informatisé, ne fait pas encore l'objet d'évaluation.</p> |
| Échéances définies et acceptables ? | Oui | Chaque action d'amélioration du plan d'actions comporte une échéance définie et acceptable. |
| Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ? | En grande partie | Des modalités de suivi sont mentionnées pour la plupart des actions d'amélioration du plan d'actions. Elles permettent de suivre la mise en œuvre pour les actions en cours et de mesurer l'efficacité des actions finalisées. |

3. Mobilisation des données et évaluation du programme d'actions

| Axes d'analyse | Réponse | Constat |
|---|------------------|--|
| Actualisation des données suite au rapport de certification ? | En grande partie | Les données ont été actualisées régulièrement pour des indicateurs en lien avec plusieurs écarts du rapport de certification « Traçabilité des entretiens médicaux dans le dossier patient » et « Délai d'envoi du compte-rendu d'hospitalisation ». Toutefois, la traçabilité des observations des psychologues, qui a été structurée dans le dossier patient informatisé, ne fait pas encore l'objet d'évaluation. |
| Présence de résultats démontrant une amélioration ? | Partiellement | Les résultats des indicateurs mensuels, mis en place depuis janvier 2020, montrent des résultats en amélioration certains mois de l'année mais encore très variables de mois en mois. Ainsi pour : |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>1- Les indicateurs mensuels « Traçabilité des entretiens médicaux dans le dossier patient » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les entretiens individuels d'admission montrent une amélioration significative de cette traçabilité de janvier à mai 2020 (entre 83% et 100%) et en septembre 2020 (92%), mais pas totalement pérenne car une forte baisse est à observer de juin à août 2020 (entre 20 à 67%). - Les entretiens des familles sont très variables de mois en mois, variant de 27% à 92%, avec une amélioration en septembre 2020 (65%) après une diminution forte en août 2020 (27%). - Les entretiens de sortie sont très variables de mois en mois, variant de 22% à 83%, avec une diminution aux mois d'août et septembre 2020 (60% en août et 50% en septembre 2020). <p>2- Les indicateurs mensuels « Délai d'envoi du compte-rendu d'hospitalisation » montrent des délais conformes certains mois (mai et août 2020) et dépassés de 2 à 14 jours pour les autres mois.</p> <p>L'institut ne donne pas encore de résultat d'évaluation concernant la traçabilité des observations des psychologues, qui a été structurée dans le dossier patient informatisé.</p> |
|--|--|--|