



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION

INSTITUT PSYCHOTHERAPIQUE

Parc de la menantiere
49110 Le Pin-En-Mauges
FÉVRIER 2020

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	18
DOSSIER PATIENT	23
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	26

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

INSTITUT PSYCHOTHERAPIQUE LA MENANTIERE	
Adresse	Parc de la menantiere 49110 Le Pin-En-Mauges
Département / région	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 menantiere 49110 Le Pin-En-Mauges

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

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<p>*Convention avec CH CHOLET,HL LYS HYROME,HP ST MARTIN, HP ST JOSPEH effective depuis le 1er janvier 2008 concernant le partage de poste médecin et infirmière hygiéniste</p> <p>*Convention avec EHPAD NOTRE DAME DU BON SECOURS effective depuis le 1er janvier 2014 concernant la cuisine centrale et le serveur commun</p>

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 avec obligation d'amélioration (C).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligation d'amélioration

Parcours du patient

Recommandations d'amélioration

Droits des patients
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

La participation de l'établissement au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé est effective.

5. Suivi de la décision

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

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 ou personne âgée	Psychiatrie en hospitalisation complète	Névrose ou psychose	Programmé	/	Santé mentale
2	Adulte ou personne âgée	Psychiatrie en hospitalisation complète	Difficultés psychologiques ou troubles du comporte	Programmé	/	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

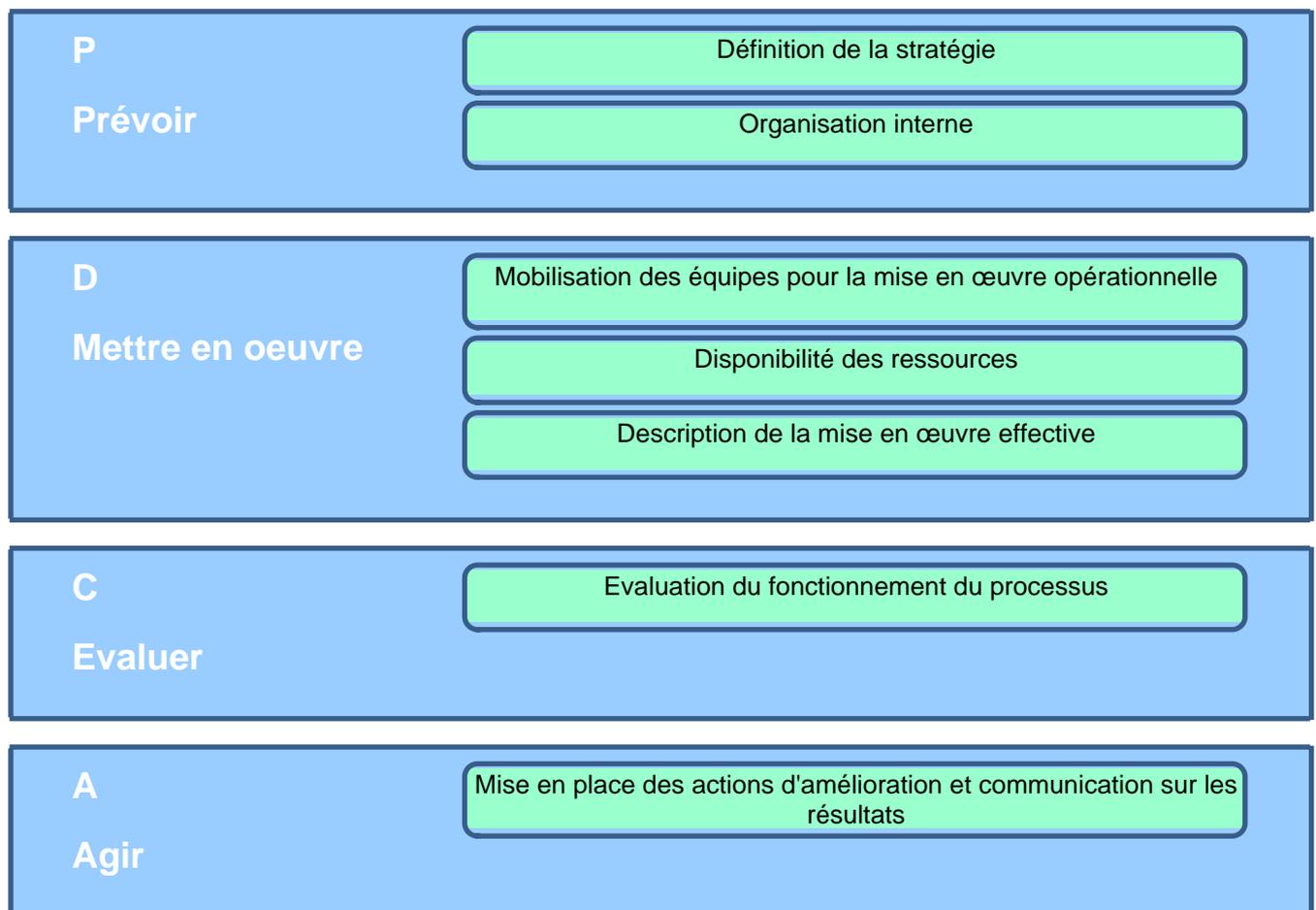
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'Institut psychothérapique n'a pas élaboré de projet d'établissement au moment de la visite mais a choisi de définir ses orientations stratégiques dans son rapport final bilan CPOM 2012-2018 conclu avec l'ARS-Pays de Loire. La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins est inscrite dans les orientations stratégiques de l'Institut.

La politique intègre notamment les obligations légales et réglementaires, la gestion de crise ainsi que la démarche de gestion des risques et plus particulièrement la gestion des risques a priori et a posteriori.

L'axe des Évaluations de Pratiques Professionnelles (EPP) est inscrit dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Cependant, l'axe de développement et de mise en œuvre des EPP n'est pas entièrement défini. En début de visite, la politique EPP n'est pas opérationnelle. Les modalités de mise en œuvre ont été rédigées en visite. Elles n'ont pas été validées par la CME et diffusées aux professionnels.

Les 5 axes de la politique qualité et sécurité des soins sont validés par le COPIL et la CME. Elle est déclinée dans le "Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins" (PAQSS) qui est annuel, formalisé et priorisé. Les ressources et modalités de suivi de la politique et du programme sont identifiées.

Le processus est établi en fonction de l'évaluation structurée des risques. Les risques intégrés au compte qualité ont été identifiés à partir de l'examen de la réglementation, des orientations nationales et régionales (ARS), des résultats d'audits internes et externes, des besoins des patients, des fiches d'évènements indésirables entre autres avec la contribution des pilotes de processus et des personnes ressources.

Une méthodologie a été choisie pour la priorisation des risques du compte qualité (fréquence, gravité et maîtrise) avec la nomination d'un pilote et d'un échancier pour chaque action.

Le compte qualité est articulé avec le PAQSS institutionnel.

Toutefois, l'établissement n'a pas identifié tous ses risques prioritaires notamment en ce qui concerne le risque lié à la non traçabilité des médecins et des psychologues dans le DPI.

ORGANISATION INTERNE

L'Institut psychothérapique a établi une organisation pour piloter le processus Management de la qualité et des risques. Un organigramme décrit la gouvernance de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Les missions du service qualité sont formalisées.

Suite à la dernière visite de certification, aux visites de suivi et à la visite ciblée, l'embauche d'un responsable qualité (RAQ) confirme l'inscription de l'établissement dans la démarche qualité. La responsable des soins, également coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins en lien avec le président de la CME, la direction, et le COPIL associé au RAQ et à l'infirmière coordonnatrice nommée Responsable de la Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse (RQPECM) complètent le dispositif.

Les interactions des acteurs reposent sur des circuits définis et articulés entre eux (CME, COPIL, management décisionnel, coordinateurs des soins, professionnels référents dans les unités).

La cohérence des missions et des compétences est assurée. Les plans de formations 2017 et 2018 intègrent des actions de formation concernant des risques associés aux soins et risques professionnels et bientraitance, ainsi que les situations de violences.

Le dispositif de gestion documentaire informatisé est en place, accessible et adapté. L'accès à la documentation par intranet est privilégié pour garantir le recours aux documents en vigueur. Leur production est assurée de manière structurée et ils sont mis à la disposition des équipes. Les documents sont diffusés et actualisés.

Le dispositif de gestion des évènements indésirables (EI) est approprié et opérationnel. Une analyse des causes associe les acteurs concernés, notamment les professionnels des services concernés par l'évènement par la mise en œuvre de CREX pour lequel il existe une charte de non sanction des professionnels en cas de signalement d'un EI.

La gestion des plaintes et des réclamations est organisée en lien avec la CDU, et contribue au programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge, l'articulation avec la gestion des risques est effective.

La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques notamment au niveau des vigilances est organisée et pilotée par le COPIL avec des référents désignés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme d'amélioration institutionnel (PAQSS) est décliné dans les services de l'établissement. Le RAQ et la responsable des soins et CGRAS utilisent la panoplie de réunions quotidiennes et hebdomadaires afin d'impliquer les professionnels dans la démarche qualité sécurité des soins et permettre la communication descendante. Les référents des instances relaient la sensibilisation des professionnels à la déclaration des événements indésirables et les encouragent à déclarer par une approche responsable. Les personnels déclarants sont pour la grande majorité issue des services de soins. De plus, le PAQSS est défini et réalisé mais n'est pas connu de l'ensemble des professionnels. Lors des investigations terrain, il a été constaté que les professionnels rencontrés n'avaient pas tous connaissance du PAQSS.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines nécessaires à la qualité et à la sécurité des soins en termes de compétences et d'effectifs formés (formation initiale, continue, qualifiante) sont disponibles au sein de l'établissement avec l'arrivée d'un responsable qualité (RAQ) à 80% en renforcement de la CGRAS en avril 2017. Des sensibilisations sont réalisées auprès des professionnels sur la gestion documentaire, le signalement et l'analyse des événements indésirables, ... Les ressources documentaires sont disponibles dans l'ensemble des unités via une gestion électronique des documents accessible par intranet. Les ressources informatiques nécessaires à la traçabilité des activités de soins sont allouées et opérationnelles dans les unités à partir du dossier informatisé du patient. La maintenance du SI est opérationnelle.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement constituant un seul service met en œuvre les actions prévues pour le fonctionnement et le management internes en termes de démarche qualité et sécurité des soins. Le dispositif de gestion documentaire électronique est connu et utilisé par l'ensemble des professionnels. La plupart des cartographies des risques propres à chaque processus et chaque instance sont actualisées, pilotées et suivies par les responsables avec leurs propres plans d'action et leurs indicateurs de suivi. Les interfaces sont opérationnelles et facilitées par des équipements informatiques (GED, DPI, intranet...). Le signalement des événements indésirables par voie électronique et leur analyse participative sont effectifs. Le retour aux déclarants est effectif. Le COPIL mensuel analyse les fiches d'événements indésirables et transmet les réponses et actions correctives aux déclarants ainsi qu'aux responsables chargés de communiquer les informations aux équipes. Il propose également la mise en place de CREX associés aux événements indésirables graves. 3 événements indésirables déclarés ont fait l'objet d'un CREX en 2017, 2 en 2018 et 3 en 2019 portant principalement sur le circuit du médicament et les fugues. Les actions correctives sont intégrées lors de l'actualisation du programme d'amélioration annuel de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Les éléments issus des plaintes et réclamations sont exploités, présentés en CDU et font l'objet d'actions correctives intégrées au programme d'actions qualité de l'établissement ainsi que les actions émanant de l'analyse des enquêtes de satisfaction (questionnaires de sortie par exemple). La CDU est fonctionnelle (4 réunions par an). Cependant, l'établissement n'a plus de représentants des usagers désignés. Le seul représentant des usagers participant avait démissionné depuis avril 2019. L'ARS est informée et doit proposer des candidats.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'Institut psychothérapique assure régulièrement l'évaluation du fonctionnement du processus de management de la qualité et de la sécurité des soins en suivant le taux de réalisation des actions du PAQSS. Des indicateurs de suivi des thématiques sont en place et une analyse des données est réalisée. Le suivi de la mise en œuvre du processus qualité et sécurité des soins et des activités de soins est assuré par les pilotes des instances principalement sur la base d'outils identifiés et définis dans le compte qualité : indicateurs de pratiques (suivi du taux de satisfaction des usagers, des plaintes et réclamations, du nombre de réunions, du nombre de déclarations d'EI, du nombre de CREX, du nombre de personnes sensibilisés à la méthode patient traceur, du nombre de patients traceurs organisés). Chaque instance réalise son bilan d'activité annuel. D'autres évaluations complètent le dispositif d'évaluation en cours (pour exemple : audit, enquêtes de satisfaction, benchmark).

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

Les actions d'amélioration sont intégrées au PAQSS qui est réajusté annuellement en définissant de nouveaux objectifs et en intégrant des actions correctives issues des évaluations.

La communication des résultats d'indicateurs et des actions est réalisée en interne. Des supports et modalités de diffusion sont établis en interne via intranet et messagerie interne. Ces données sont relayées par les responsables, référents et service qualité sur le terrain aux cours des différentes réunions de service et réunions d'instance.

Les résultats des indicateurs, des différentes évaluations et des plans d'action d'amélioration sont présentés aux instances CDU, CME, COPIL, CODIR ainsi qu'auprès de l'encadrement qui assure le relai aux équipes. Les services et les instances dont la CME et la CDU sont informés sur le retour des résultats des différents questionnaires d'évaluation de la satisfaction des usagers.

Un Flash qualité est distribué avec les bulletins de salaire.

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

Un réajustement du programme et de la politique qualité et gestion des risques est effectué en fonction des évaluations menées et résultats obtenus.

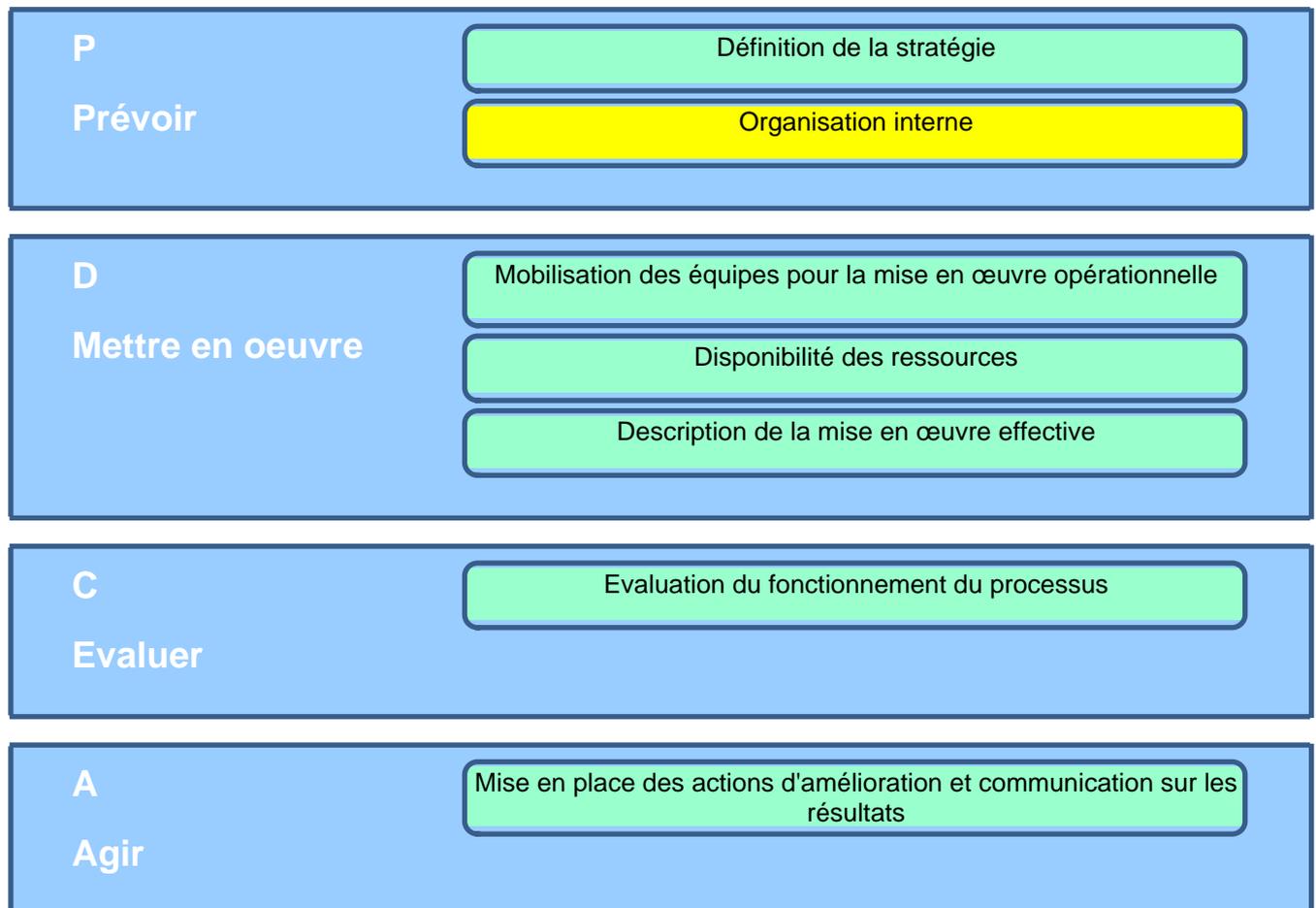
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a formalisé et structuré sa stratégie de promotion des droits et de la bientraitance des patients. Le respect des droits du patient est inscrit dans l'axe 2 du document de bilan final CPOM 2012-2018.

L'institut a identifié ses besoins et analysé ses risques en utilisant les différentes sources de données à sa disposition (rapport de certification V2014, analyse des événements indésirables, questionnaires de satisfaction, plaintes et réclamations).

Les risques sont hiérarchisés dans le compte qualité selon la grille HAS en tenant compte prioritairement des écarts constatés lors de la dernière visite de suivi de février 2017 sur le processus droits des patients. Ceci a conduit à la définition de priorités d'actions à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge du patient. Une réflexion approfondie sur l'évolution de l'unité de soins intensifs (unité fermée) a été présentée pour mettre en place une unité ouverte depuis le 6 juin 2016.

La CDU a été informée des priorités d'actions retenues et de leur mise en œuvre.

Ce programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation pour piloter et mettre en œuvre la politique des droits des patients est définie dans l'établissement. Elle repose sur le directeur, la responsable des soins ainsi qu'un psychiatre. Le pilotage de la mise en œuvre de cette politique et du suivi du programme d'actions est assuré par le COPIL.

La commission des usagers est tenue informée du programme d'actions et se réunit régulièrement.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont intégrées dans la procédure de gestion des risques lors de la déclaration d'événements indésirables avec un onglet spécifique. Un protocole de signalement à l'ARS des événements indésirables et des situations exceptionnelles et dramatiques intègre les situations de maltraitance. Ce protocole de signalement des cas de maltraitance a été intégré dans la gestion électronique documentaire.

L'utilisation des chambres de sécurité est inscrite dans une procédure qui a été formalisée en début de visite. Cependant, cette procédure ne répond pas aux attendus de l'utilisation d'une chambre d'isolement. Il existe 2 chambres "sécurisées" où le patient peut être enfermé. Ces chambres normalement utilisées dans l'attente d'un transfert pour une hospitalisation sans consentement ne sont pas conformes à la réglementation et ne sont pas adaptés à l'isolement en sécurité. En effet, le mobilier ne respecte pas les attendus en la matière : radiateur à arête vive, étagère en bois sans protection, WC classique avec abattant notamment, robinets. Les chambres sont constituées d'une double porte avec SAS permettant un visuel sur le patient. C'est une récurrence de la visite précédente.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de l'institut s'est saisi des enjeux liés à la bientraitance et au respect des droits des patients et réalise l'accompagnement des pratiques attendues auprès des professionnels : dans les situations nécessitant une restriction de liberté (application du contrat de soins, limitation des contacts et des visites, retrait des effets personnels, etc.), dans la mise en œuvre du respect des libertés individuelles et aussi dans le cadre du recueil de la volonté du patient.

Les projets de prise en charge prennent en compte les risques liés au non-respect des droits des patients. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en effectifs et en compétences sont identifiés et répondent aux besoins exprimés dans ce domaine par les orientations stratégiques de l'établissement. Les professionnels de santé bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences dans ce domaine, ils sont formés à la bientraitance, aux droits des usagers, à l'information du patient en cas de dommage lié aux soins, au respect des libertés individuelles, etc. Ils sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

L'établissement adapte ses locaux, ses équipements et sa signalétique pour répondre aux besoins des populations accueillies (16 à 30 ans) et respecter leurs droits.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les pratiques constatées permettent d'assurer le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Les règles, procédures et protocoles concernant le respect de la dignité et de l'intimité du

patient lors de l'accueil et lors des soins, sont connues et respectées.
Le respect des droits du patient s'appuie sur l'organisation, les circuits et les interfaces opérationnelles définis à l'échelle de l'institution.
L'accueil du patient s'appuie sur une procédure d'admission formalisée très structurée et bienveillante. La recherche de la personne de confiance est systématiquement recherchée lors de l'admission.
Lors de la visite, il a été constaté que l'ancienne unité de soins intensif (USI), rebaptisée "petite unité" était à ce jour une unité ouverte (possibilité sans restriction pour les patients de sortir de l'unité par l'utilisation d'un bouton poussoir, gestion autonome par les patients de l'accès permanent à leur chambre). Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite et réévaluée à périodicité définie.
Les patients gèrent de manière autonome l'accès permanent à leur chambre avec mise à disposition d'une clef personnalisée.
Le parc de l'établissement est en libre accès pour les patients majeurs.
Un dispositif est en place dans les unités afin d'accueillir au mieux les proches du patient et de leur assurer un soutien dans les situations qui le nécessitent. Le patient et son entourage s'il y a lieu, participent à l'élaboration et au suivi de son projet de soins personnalisé.
L'information donnée sur son état de santé et les soins proposés ainsi que le recueil de son consentement éclairé sont tracés dans le dossier du patient.
L'assistance sociale de l'institut est sollicitée pour toute préparation à la sortie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

A l'échelle de l'Institut, le COPIL assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus des droits des patients. Il procède de manière régulière à l'analyse intégrale de tous les événements indésirables ainsi qu'aux plaintes et réclamations.
Des modalités d'évaluation régulière du processus au sein de l'établissement sont définies. L'Institut mesure l'efficacité des actions mises en œuvre (Compte rendu et suivi des réunions, rapport d'activité annuel...) et communique sur les résultats obtenus (diffusion sur la gestion documentaire électronique) ainsi que dans le flash info qualité.
Un bilan est réalisé a minima une fois par an au sein des différentes instances notamment la CDU et la CME. Des enquêtes de satisfaction sont réalisées tant auprès des professionnels que des patients et des familles.

A / AGIR

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

L'établissement définit des objectifs d'amélioration qu'il inscrit prioritairement à ce jour dans le compte qualité puis dans son programme d'amélioration continue de la qualité. Des modalités de suivi sont définies pour les actions de ce programme.
La stratégie de l'établissement ainsi que le programme d'amélioration sont réajustés en fonction des résultats des évaluations. Des actions de communication sont réalisées de manière régulière sur ces résultats. Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement dont la CDU.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

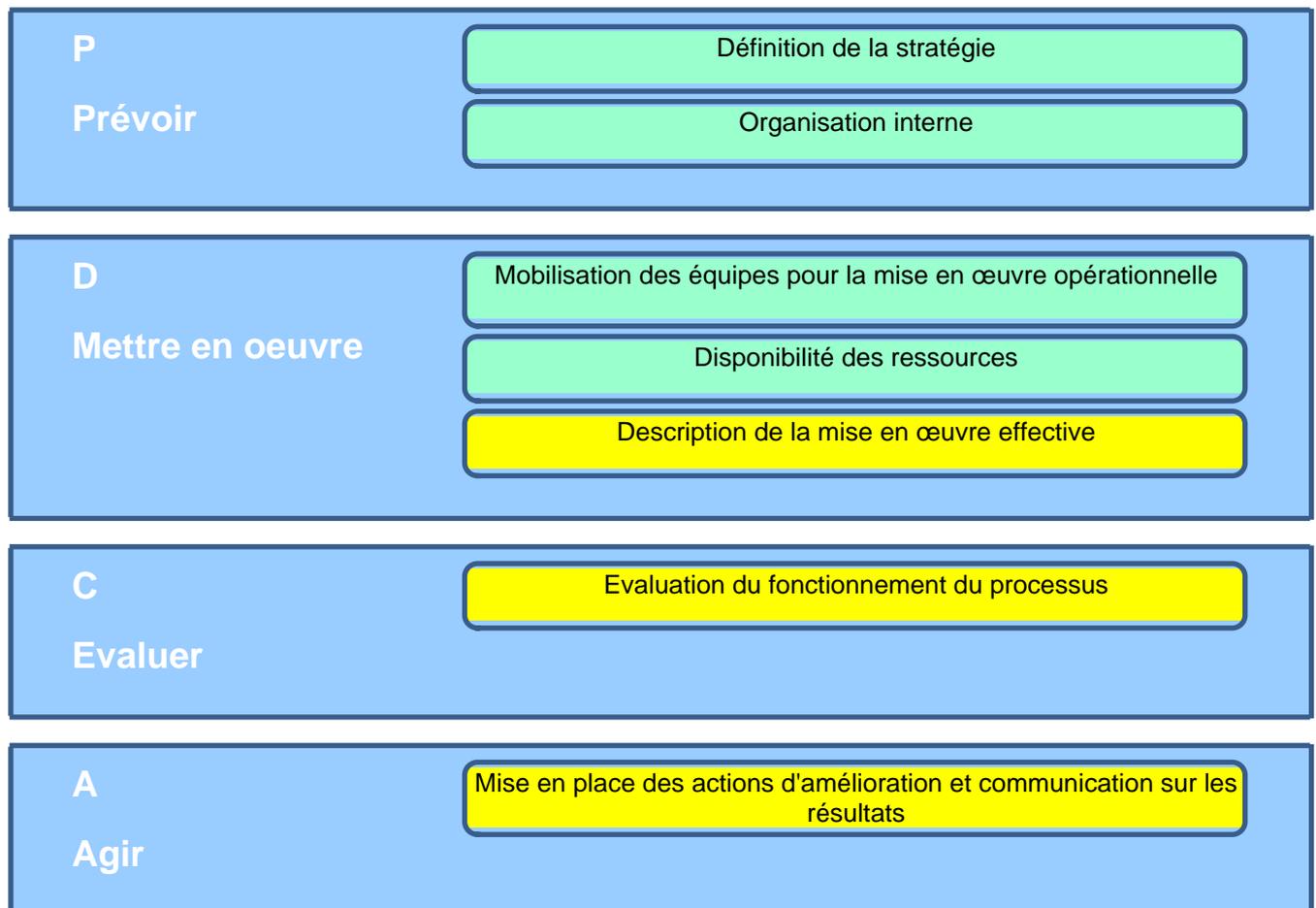
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

L'Institut psychothérapique n'a pas de projet d'établissement mais a fait le choix de définir ses orientations stratégiques dans son CPOM 2012-2017 conclu avec l'ARS-Pays de Loire le 7 septembre 2012. Ce dernier a été prolongé et fait l'objet d'un rapport final par l'ARS. L'orientation n°3 de ce contrat porte notamment sur la mise en œuvre d'une continuité des parcours en santé mentale pour les enfants et les adolescents. Cette orientation est maintenue dans le rapport final. L'établissement a réalisé une analyse des risques associés au parcours du patient dans le cadre de l'élaboration de son compte qualité et à partir de sa cartographie des risques. Des risques issus de la précédente visite de certification ont été pris en compte notamment le risque suicidaire. Les risques sont hiérarchisés et conduisent à la définition de priorités d'actions à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge du patient. Cependant tous les risques prioritaires n'ont pas été identifiés notamment l'absence de traçabilité médicale et des psychologues dans le dossier du patient.

Les orientations stratégiques de l'établissement en termes de parcours de soins s'articulent autour des orientations stratégiques du Projet Régional de Santé Mentale.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes du processus sont identifiés. Il s'agit du président de la CME, du responsable des soins et du responsable qualité. Les missions sont définies.

L'organisation mise en place, les compétences et les effectifs permettent de répondre aux besoins et d'assurer la continuité de la prise en charge des patients 24h/24 et 7j/7.

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'Institut Psychothérapique organise la réponse à ses besoins en ressources humaines (effectif, formations, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles,... intégrés dans le dispositif de gestion documentaire) nécessaires. Ils sont ainsi accessibles à tous les professionnels.

L'accueil du patient et de son entourage est organisé et adaptées. Le dispositif permettant d'assurer l'orientation d'une personne se présentant pour une urgence est organisé. Le parcours de soins est structuré et organisé. Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés dès leur arrivée. Un CLAN est en place et organise la coordination de la prise en charge nutritionnelle au sein de l'établissement. Il est fonctionnel. Les modalités de coordination des différents acteurs de la prise en charge (en interne et en externe) ont été définies. La prise en charge somatique est assurée à l'admission du patient et tout au long de sa prise en charge. Le médecin généraliste du village voit les patients lors de leur arrivée et autant que nécessaire. La sortie du patient est organisée et anticipée. Les patients et les proches sont associés à la planification de la sortie. Une réflexion institutionnelle visant le déploiement de l'éducation thérapeutique du patient à partir de besoins identifiés par les unités de soins a amené à l'identification de structures environnantes pouvant répondre à ces besoins. Les patients à risque suicidaire sont identifiés. L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est formalisée et adaptée aux besoins de l'établissement. A ce titre, le chariot d'urgence a été remplacé par un sac d'urgence, après concertation avec la cadre du SAMU du Centre Hospitalier de Cholet, répondant ainsi au plus près des besoins de la structure en matière de gestion de l'urgence.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

En fonction des risques et des besoins identifiés la responsable des soins et l'infirmière coordonnatrice organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle par des actions ciblées définies dans le cadre des réunions de services.

Les équipes participent à la réalisation des procédures impactant leur domaine et s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur.

La méthode du patient traceur a été récemment initiée avec participation des différents professionnels concernés.

Les équipes participent à la déclaration des événements indésirables survenant dans le cadre des prises en charge.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectif suffisant et formé), matériel (locaux, équipements, maintenance,..) et documentation (accessible, actualisée, connue) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les professionnels réalisent les actes relevant uniquement de leur champ de compétences.

Des documents d'information sont mis à la disposition des professionnels (guides thématiques, projet de service, recommandations de bonne pratique, outils d'aide) et des patients (livret d'accueil notamment).

Le système d'information permet d'assurer la coordination et la continuité de la prise en charge des patients. L'établissement met en place des actions de formation initiale et continue pour les professionnels directement concernés, bientraitance, prise en charge spécifique de l'adolescent, conduite suicidaires. Ces formations tiennent compte de l'identification des besoins des professionnels mais aussi du développement de compétences spécifiques. Les agents sont à jour de l'AFGSU.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes mettent en œuvre l'organisation des parcours et la prise en charge des patients. Ainsi, toute demande d'admission est précédée d'un entretien avec la patient et/ou sa famille, le médecin psychiatre et une IDE. Ce temps permet de définir si le patient peut être pris en charge par la structure, les modalités de cette prise en charge. Le patient est invité à visiter la structure accompagné par 2 patients désignés comme "pairs aidants".

Les procédures d'identification du patient sont en place et utilisées.

Lors de l'admission du patient, il est vu par le médecin psychiatre référent dans la journée pour l'évaluation initiale comme en atteste les indicateurs. Il est également vu par le directeur ou la secrétaire ou la responsable des soins pour les thématiques administratives. Le médecin généraliste est présent tous les mercredis pour réaliser le bilan somatique des nouveaux arrivants et autant de fois dans la semaine que nécessaire. toutefois, il peut être appelé en cas de besoin et si un patient arrivant nécessite d'être vu le jour même.

Depuis 2019, un document papier intitulé PPEC (projet de prise en charge) est en place. Il a pour objectif l'identification du projet de soin. Il peut être rempli par le patient en concertation avec ses référents.

Les patients à risque suicidaire sont identifiés et un protocole de prise en charge a été rédigé. Le dépistage des troubles nutritionnels est réalisé dès l'entrée voire lors de la pré-admission puisque cela peut même être le motif de l'hospitalisation.

La permanence des soins est organisée dans le cadre d'un système de gardes et astreintes.

Les différents professionnels intervenants dans les prises en charge se réunissent très régulièrement et même plusieurs fois par jour afin de réaliser le suivi des prises en charge. Les IDE participants à ces réunions sont amenées à tracer les éléments prépondérants de la prise en charge dans le cadre des transmissions IDE.

L'organisation permettant la prise en charge des urgences vitales est en place.

Les familles sont informées des modalités d'accès aux informations de l'état de santé de leur proche dès la réunion de pré-admission.

Les patients identifiés comme nécessitant un programme d'éducation thérapeutique sont informés des structures dans lesquelles ils peuvent bénéficier de ce type de prestation.

Les demandes pour différents examens (biologie, etc.) sont retrouvées dans le dossier informatisé. Les résultats sont directement introduits dans le dossier informatisé.

Les sorties sont organisées au regard de l'évolution du patient dans la structure. Les différents professionnels en charge du patient sont mobilisés, notamment les IDE, AS et assistantes sociale dont la traçabilité des démarches est retrouvée dans le dossier informatisé du patient. Les patients peuvent être accompagnés pour visiter le futur établissement d'accueil dans le cadre d'un transfert en centre de post cure notamment.

Cependant, toutes les données permettant la continuité des soins ne sont pas retrouvées dans le dossier du patient. Lors de la réalisation des 2 patients traceurs, il a été constaté un défaut de traçabilité des informations médicales, en dehors de l'entretien d'évaluation. En effet, les médecins psychiatres et les psychologues de l'établissement ne tracent pas la totalité des entretiens avec les patients, ne permettant pas de pouvoir suivre l'évolution du patient. Ces informations ont été confirmées par les IDE coordonnatrices et le cadre. Ainsi, un patient peut ne pas avoir d'observations médicales sur l'évolution de sa prise en charge pendant plusieurs semaines voire mois. Dans le cas du deuxième patient traceur, la sortie a été programmée sans que l'on retrouve de note d'évolution médicale indiquant ce projet. Seul, un écrit de l'IDE référente fait allusion dans le cadre de la réunion "régulation" d'une sortie vers un centre de post cure. Pendant les patients traceurs, le médecin présent et les psychologues confirment qu'ils écrivent peu dans les dossiers. L'établissement n'a pas identifié ces pratiques dans ses risques.

De plus, un courrier de fin d'hospitalisation n'est pas transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaire Le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas transmis dans les délais réglementaires comme le confirme l'indicateur national sur cette thématique qui est de de 19,5% de courriers transmis dans ces délais. Par ailleurs, ce même indicateur démontre que 11% des dossiers n'ont pas de courrier de fin d'hospitalisation. Ces dysfonctionnements étaient mentionnés lors des précédentes visites.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des items retrouvés dans l'indicateur de tenue du dossier patient permettent d'évaluer une partie du processus (délais d'envoi des courriers de sortie...). Récemment, la méthode du patient traceur, intitulée

EPP, a été initiée.
Cependant, l'établissement n'a pas défini une évaluation de ce processus. Comme lors de la précédente visite de certification, il n'est pas retrouvé d'évaluation structuré du processus Parcours patient.

A / AGIR

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

Des objectifs d'amélioration issus de la cartographie ou des résultats de l'audit dossier patient sont mis en œuvre. Cependant, étant donné que l'évaluation du processus est très partielle, les actions d'amélioration en découlant ne peuvent être mises en place.
L'encadrement médical et soignant informe les professionnels et la CDU des actions d'amélioration définies et mises en œuvre. Le journal interne a lui aussi vocation à informer les professionnels.

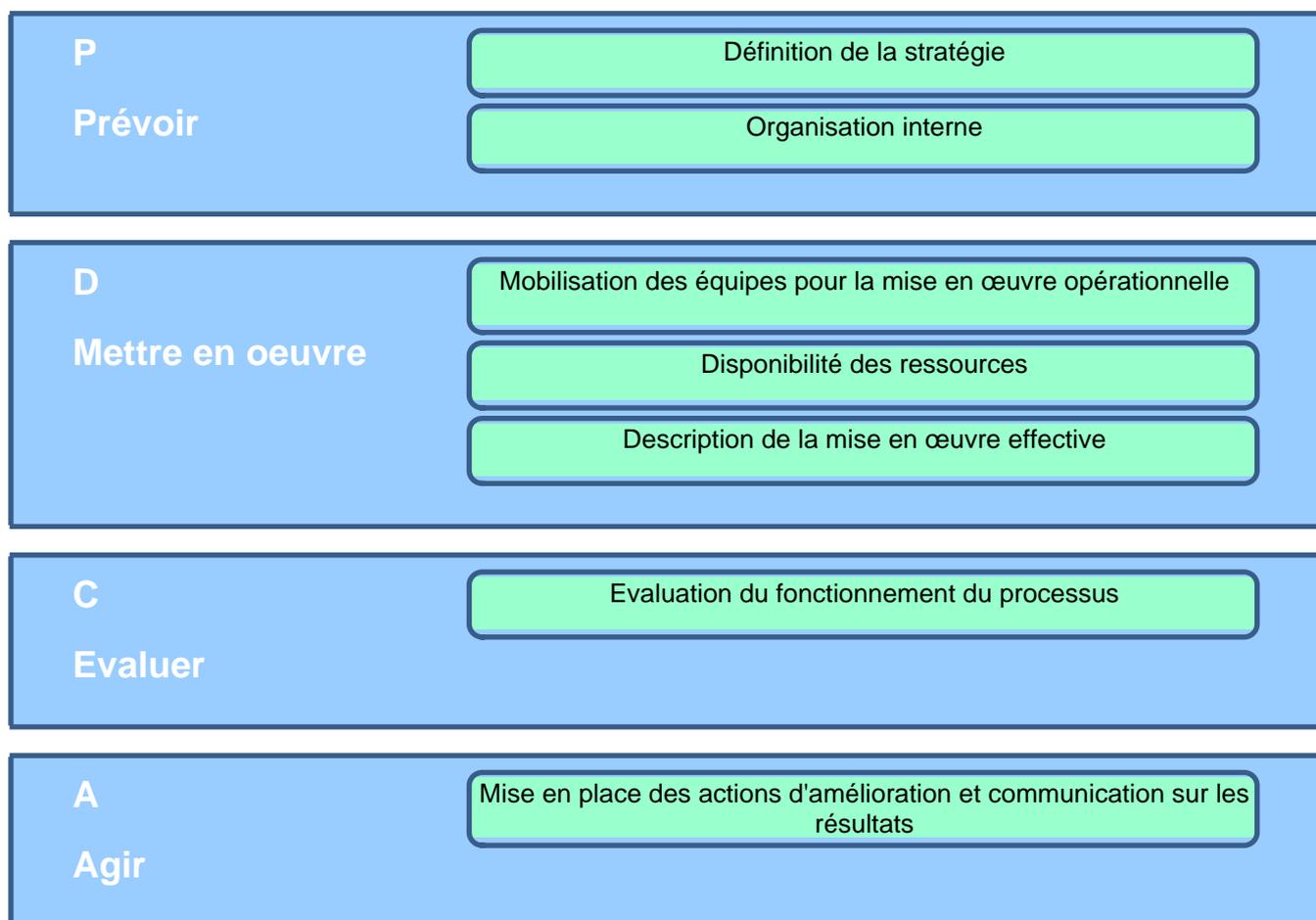
DOSSIER PATIENT

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

Dans le cadre de l'élaboration de ces orientations stratégiques concernant le dossier patient, l'établissement a identifié des risques et des besoins avec les professionnels concernés. Pour ce faire, il a mobilisé plusieurs sources de données : le bilan de la dernière certification, les déclarations et analyse des événements indésirables, les résultats des plaintes et réclamations et des questionnaires de sortie synthétisés dans le rapport de la CDU. A partir de ces éléments, six risques ont été priorisés et insérés au compte qualité. Un plan d'actions a été formalisé.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation interne pour la gestion du dossier patient repose sur un groupe de travail pluridisciplinaire et joue le rôle de relais avec les instances de l'établissement et notamment le COPIL.

Le dossier patient informatisé comporte un dossier administratif qui recueille les informations administratives du patient et trace l'identification du patient. Ces informations sont interfacées avec le dossier médical. Les éléments constitutifs, autres du dossier comme les documents signés par les patients et/ou les familles ou les résultats d'examens biologiques, sont systématiquement scannés dans le dossier unique informatisé.

Le dossier patient informatisé permet de tracer l'ensemble des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient.

Des formations des professionnels sont prévues lors de la mise en place et lors des actualisation du dossier patient informatisé. Une nouvelle modalité prévoit que les nouveaux arrivants bénéficient d'une formation systématique par leurs pairs lors de leur tuilage.

Les habilitations des professionnels au dossier patient sont définies en fonction de leur profil comme le prévoit la procédure. Les ressources documentaires sont identifiées, formalisées et intégrées à la GED (NOVAXEL) de l'établissement. Les procédures de gestion administrative du dossier patient et en particulier les règles de tenue du dossier par les professionnels et les règles d'accès au dossier par les professionnels sont élaborées et intégrées dans ce dispositif de gestion documentaire informatisée.

Une procédure dégradée manuelle en cas de panne informatique existe (clé USB reprenant hebdomadairement les traitements des patients). Il existe parallèlement un plan de reprise d'activité permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne informatique.

L'archivage des dossiers papiers et médicaux réunis en un dossier unique de moins de deux ans est réalisé dans les secrétariats puis au-delà dans le local d'archivage au sous-sol, sécurisé.

L'accès du patient à son dossier est organisé conformément à la réglementation. Une procédure accessible sur intranet en définit les modalités. La secrétaire médicale a été désignée référente pour l'accès du patient à son dossier dans la procédure correspondante.

L'information du patient sur ses droits d'accès à son dossier est présente dans le livret d'accueil remis à l'admission et reprise dans la charte du patient hospitalisé affichée dans les unités de soins.

Les interfaces sont assurées avec les intervenants internes (admissions qui créent le dossier administratif, secrétariat médical, professionnels des secteurs d'activité, archives) et avec les intervenants externes (biologie, notamment).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La présence de l'encadrement soignant (responsable des soins et coordinatrices) et du référent dossier sur le terrain permet d'assurer le suivi du dossier patient.

Des risques ont été identifiés dans la cartographie et des actions sont mentionnées dans le compte qualité et le PAQSS de l'établissement.

Le secrétariat médical assure la gestion et le suivi des demandes d'accès des patients à leur dossier dans le respect des délais réglementaires.

Les professionnels se montrent mobilisés autour du dossier informatique, ils transmettent aux "référénts dossier de soins informatique" leurs demandes de modification et d'amélioration. La direction assure ensuite la liaison avec le prestataire informatique. La sensibilisation des professionnels sur les objectifs d'amélioration se fait en réunion d'équipe à partir des fiches d'éléments indésirables.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences des professionnels sont disponibles. Lors de la mise en place du dossier informatisé la totalité des utilisateurs a été formée. Les professionnels en poste bénéficient d'actualisation de leur connaissance dans le cadre du dossier patient informatisé. Les nouveaux agents sont également formés.

Les procédures et documents utiles à l'utilisation du dossier patient sont accessibles sur l'intranet de l'établissement et notamment les règles de tenue du dossier patient et les règles d'accès au dossier.

Les ressources en matériel informatiques (Ordinateurs fixes et portables) sont disponibles dans les secteurs. Les professionnels disposent du matériel informatique nécessaire à la mise œuvre du dossier patient. Les outils informatiques permettent de créer, tracer et d'accéder en temps utile aux éléments constitutifs de la prise en charge du patient.

Les locaux d'archivage permettent d'assurer la conservation, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations et répondent aux normes de sécurité concernant le stockage des dossiers.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie dans les protocoles et procédures pour le fonctionnement du dossier patient informatisé et est mise en œuvre par une partie des professionnels. Les délais réglementaires de transmission du dossier au patient ou à son ayant droit sont respectés.

Cependant, les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient ne sont pas tous tracés en temps utile dans le dossier du patient. En effet, en dehors de l'entretien d'évaluation, certains professionnels (médecins et psychologues) ne saisissent pas les informations dans le dossier patient. La saisie des informations est inégale et s'avère "personne dépendante". Ces observations reposent sur l'analyse des patients traceurs et des parcours réalisés avec les professionnels ainsi que lors de la rencontre thématique avec les pilotes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du dossier patient a été effective à partir d'un audit interne réalisé en 2019. L'analyse est réalisée par le comité de pilotage. Les délais de transmission des dossiers aux patients sont tracés et évalués.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont suivies par le COPIL avec une mise à jour du programme qualité de l'établissement. L'encadrement médical et soignant informe les professionnels et la CDU des actions d'amélioration définies et mises en œuvre. Le journal interne a lui aussi vocation à informer les professionnels.

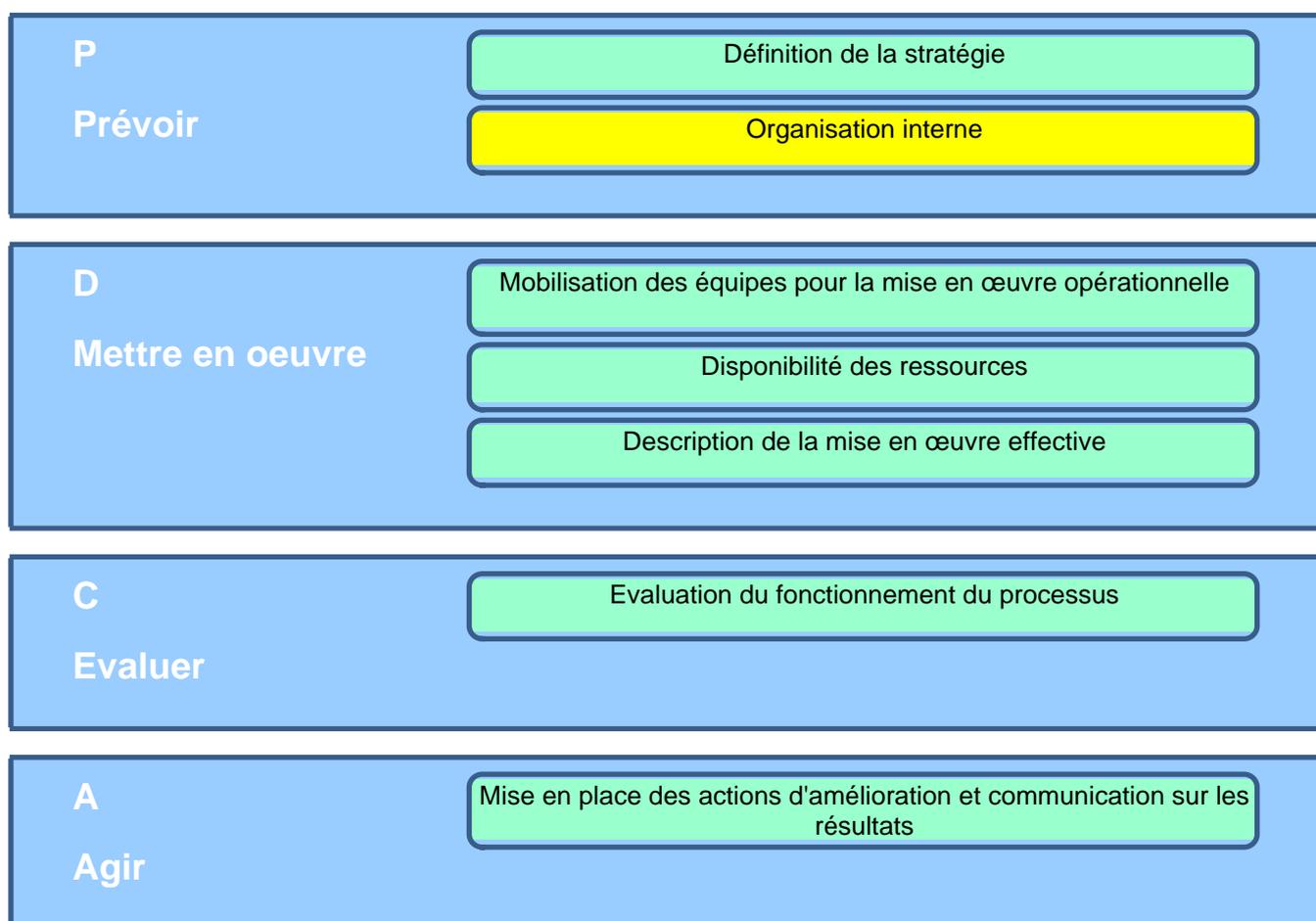
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'Institut Psychothérapique dispose d'une politique de la prise en charge médicamenteuse, validée par la CME, la COMEDIMS et la direction. Ce document s'appuie notamment sur la réglementation en cours, les résultats des visites de certification précédente. Le management de la prise en charge médicamenteuse y est précisé et des objectifs d'amélioration sont définis. La cartographie des risques de l'établissement a été mise à jour lors de la visite de suivi HAS sur cette thématique et pour cette nouvelle itération. Ces risques sont hiérarchisés selon une méthode définie, ont été analysés et validés avec les professionnels concernés, membres du groupe pilote du processus et du COMEDIMS. Les risques prioritaires ont été repris dans le compte qualité. Un plan d'actions actualisé est validé par le COPIL qualité de l'Institut et suivi par le COMEDIMS. Les modalités de sa mise en œuvre : objectifs, actions, responsables, échéances, modalités d'évaluation sont établies. Le circuit du médicament est informatisé.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes du processus sont identifiés. Il s'agit du président du COMEDIMS et du pharmacien. Le responsable du management de la prise en charge médicamenteuse est une des 2 IDE référente "médicament" dans la structure. Les fiches de missions sont retrouvées.

L'établissement ne dispose pas de PUI. Il est signataire d'une convention avec une pharmacie d'officine. Cette convention est quinquennale.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète de la prescription à l'administration.

Des outils d'aide à la prescription, à l'analyse pharmaceutique et à la surveillance IDE suite à l'administration, sont intégrés dans le logiciel.

La procédure circuit du médicament a été actualisée et définit les règles des différentes étapes du circuit (prescription, dispensation, transport, administration) ainsi que les responsabilités des professionnels. La gestion du traitement intercurrent du patient y est organisée. La pharmacie d'officine est organisée pour la gestion et la dispensation des stupéfiants. La délivrance nominative est organisée pour tous les traitements prescrits en interne. La liste des médecins prescripteurs est à jour. Le pharmacien en dispose. Le pharmacien en lien avec le corps médical a établi la liste des médicaments à risques pour l'établissement. Ces derniers sont identifiés dans les lieux de stockage des médicaments.

Des supports d'informations à destination des patients sont prévus. Les professionnels disposent d'outils d'aide à la prescription : livret thérapeutique et base Claude Bernard. Les différentes interfaces du circuit du médicament sont identifiées.

Cependant, la continuité du traitement médicamenteux n'est, cependant, pas toujours organisée. L'établissement a supprimé la dotation d'urgence suite à la dernière visite de suivi, mais n'avait pas rédigé la procédure indiquant les modalités d'approvisionnement en urgence notamment les week-end et jours fériés et/ou en dehors des horaires d'ouvertures de la pharmacie du village, et lorsque l'IDE est seule dans le service ne pouvant s'y rendre. Cette thématique a fait l'objet d'un CREX car un dimanche l'IDE n'avait pas d'antibiotique disponible pour une patiente atteinte de mucovisidose. La procédure a été rédigée pendant la visite mais elle n'a pas pu être diffusée auprès des personnels concernés.

De plus, les règles d'administration des médicaments ne sont pas toutes définies. La procédure de gestion du traitement personnel du patient n'était pas rédigée en début de visite. En règle générale, ce dernier est remis à la famille, mais il arrive que pour certains traitements spécifiques (médicaments de substitution entre autre) l'IDE soit amenée à utiliser le traitement personnel du patient dans l'attente de la dispensation de ce dernier par le pharmacien. La procédure a été rédigée pendant la visite mais elle n'a pas pu être diffusée auprès des personnels concernés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement a mis en place des IDE référentes sur le médicament. Elles ont à charge, avec le cadre de la structure, d'informer, de s'assurer de l'application des règles de bonnes pratiques en lien avec le médicament. Le personnel déclare les événements indésirables concernant le circuit du médicament. Les CREX sont en place.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des formations sur la sécurisation du circuit du médicament ont eu lieu. Les différentes procédures et

protocoles sur cette thématique sont retrouvés dans la gestion documentaire de l'établissement. Elles sont actualisées.

Les locaux de stockage et support de transport des médicaments répondent à la réglementation en vigueur et sont sécurisés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les prescriptions sont réalisées par les médecins, psychiatres ou généraliste, dans le logiciel de prescription. La dispensation des médicaments est assurée par le pharmacien qui réalise l'analyse pharmaceutique de toutes les prescriptions quotidiennement. La dispensation se fait à l'officine et les médicaments sont acheminés, dans des caisses sécurisées, par les IDE dans la structure. Les médicaments sont dispensés hebdomadairement, dans des sachets individualisés par patient. Les modifications de traitement sont prises en compte quotidiennement. Ils sont stockés dans une pièce réservée à cet effet dans des armoires sécurisées. Chaque patient dispose d'un tiroir. Si le patient bénéficie de médicaments à risque, ils sont identifiés par l'établissement, une vignette est apposée sur le tiroir. Les doses journalières sont préparées par les IDE de nuit. L'administration est réalisée par les IDE qui trace en temps réel dans le logiciel.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus est réalisé à partir d'un audit annuel sur le circuit du médicament. Ils ont été réalisés en 2012, 2015, 2017 et 2018. Les résultats sont diffusés. Le dispositif de déclaration des événements indésirables est également contributif de ces évaluations.

La consommation des antibiotiques fait l'objet d'un suivi par le pharmacien.

La cartographie des risques du processus a été réactualisée dans le cadre de la préparation de la visite. Par ailleurs, l'établissement a bénéficié de 2 visites de suivi sur cette thématique.

A / AGIR

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

Les actions d'améliorations issues des différents audits, de la cartographie des risques du processus et de l'analyse des FEI sont mises en œuvre. Elles sont retrouvées dans le plan d'action qualité de l'établissement. Les IDE référentes et le cadre de la structure communiquent sur cette thématique. Les nouvelles procédures mises en place sont annoncées via le " flash infos" remis régulièrement avec les feuilles de salaires aux professionnels.