



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION

ASSOCIATION LES APSYADES

6 Rue de la Neustrie

Bp 4225

44342 Bouguenais

SEPTEMBRE 2018

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	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
DROITS DES PATIENTS	18
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	31
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	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 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

SSRA LA BARONNAIS	
Adresse	6 rue de la neustrie 44342 Bouguenais
Département / région	LOIRE-ATLANTIQUE / PAYS DE LA LOIRE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	440018729	ASSOCIATION LES APSYADES	5 impasse du petit rocher Cs8 44340 BOUGUENAIS
Etablissement de santé	440049310	LA CHICOTIERE - HOSPITALISATION DE JOUR	3 rue de sancerre 44800 ST HERBLAIN
Etablissement de santé	440000719	SSRA LA BARONNAIS	6 rue de la neustrie Bp 4225 44342 Bouguenais
Etablissement de santé	440026706	CONSULTATION MEDICO- PSYCHOLOGIQUE ENFANTS ADOLESCENTS	5 place de l'eglise 44160 Pontchateau
Etablissement de santé	440025419	CONSULTATION MEDICO PSYCHOLOGIQUE ENFANTS ADOLESCENTS	55 rue jean jaures 44400 Reze
Etablissement de santé	440009173	CONSULTATION MEDICO PSYCHOLOGIQUE ENFANTS ADOLESCENTS	10 rue charles bruneliere 44100 Nantes
Etablissement de santé	440025906	CONSULTATION MEDICO PSYCHOLOGIQUE ENFANTS ADOLESCENTS	12 rue fernand pineau chaillou 44300 Nantes
Etablissement de santé	440025369	CONSULTATION MEDICO PSYCHOLOGIQUE ENFANTS ADOLESCENTS	Sillon de bretagne 9 bis avenue de l'angeviniere 44800 Saint-Herblain

Etablissement de santé	440004943	CENTRE DE POSTCURE PSYCHIATRIQUE LA CHICOTIERE	5 allée georges danton 44800 ST HERBLAIN
Etablissement de santé	440005015	CONSULTATION MEDICO PSYCHOLOGIQUE ENFANTS ADOLESCENTS	31 rue henri barbusse 44600 Saint-Nazaire
Etablissement de santé	440025401	CONSULTATION MEDICO PSYCHOLOGIQUE ENFANTS ADOLESCENTS	10 rue de la basinerie 44300 Nantes
Etablissement de santé	440004166	CONSULTATION MEDICO PSYCHOLOGIQUE ENFANTS ADOLESCENTS	50 rue michel grimault 44110 Chateaubriant
Etablissement de santé	440025922	CONSULTATION MEDICO PSYCHOLOGIQUE ENFANTS ADOLESCENTS	110 place charles de gaulle 44150 Ancenis
Etablissement de santé	440049328	LA CHICOTIERE - APPARTEMENT THERAPEUTIQUE	34 boulevard du terre 44800 ST HERBLAIN

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	16	4
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	/	/
SSR	SSR	65	13

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 avec recommandation d'amélioration (B).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Parcours du patient
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 ont été visées par l'Agence Régionale 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

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

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	SSR	addiction à l'alcool sous tendue par un syndrome	programmé	simple	SSR
2	Adulte	PSY adulte	jeune, présentant un trouble grave de la personnalité	programmé	Simple / plusieurs fois hospitalisé en psychiatrie	Santé mentale
3	Enfant	PSY	addiction à l'héroïne, substituée, avec comorbidité	programmé	simple	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

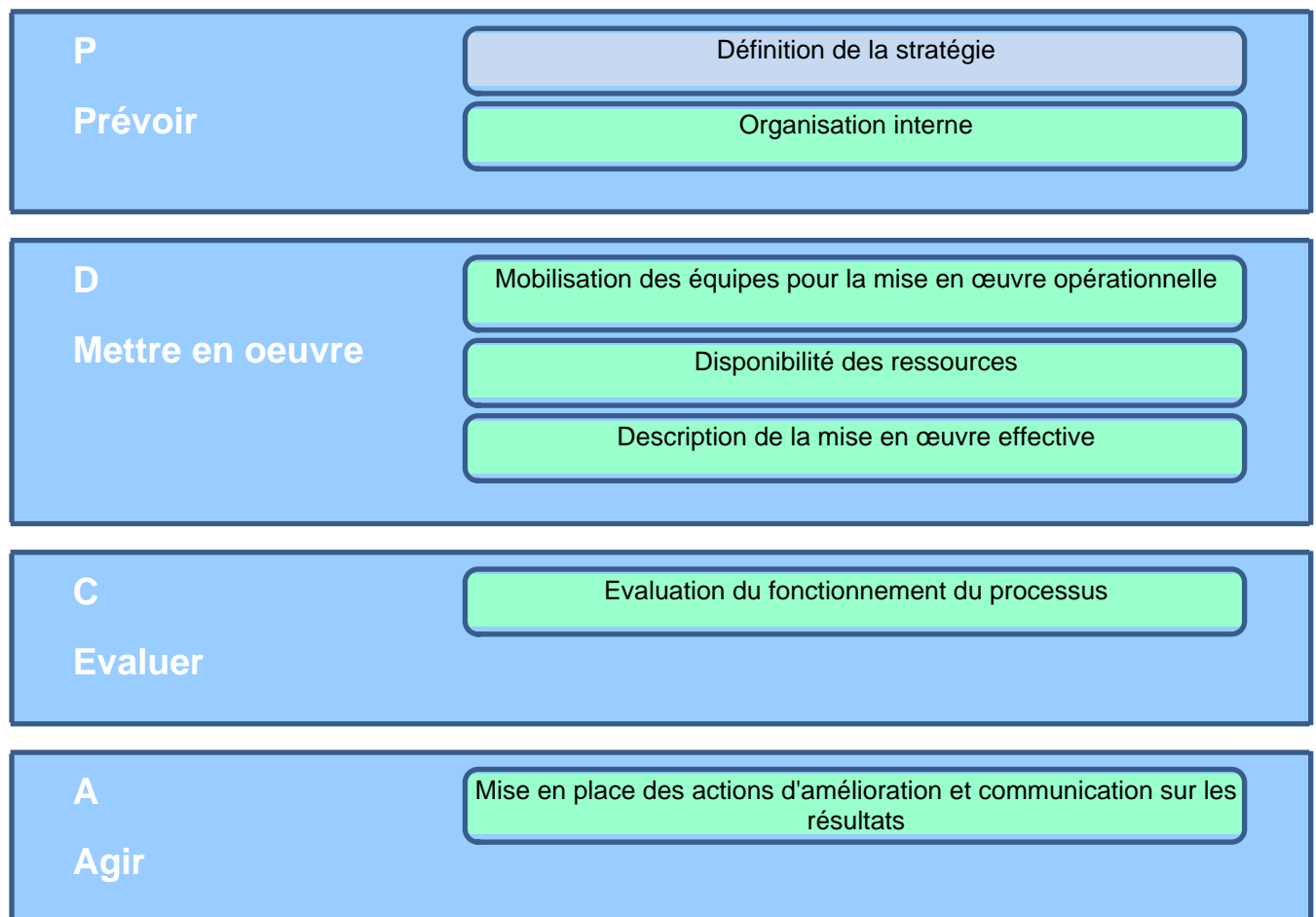
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Bien que ne disposant pas de Projet d'établissement structuré en différents volets (médical, soignant, social,...) qui soit en vigueur à la date de la visite, l'établissement dispose d'un document « Politique Qualité et Sécurité des soins » validé dans sa dernière version par la Commission médicale d'établissement le 16 mars 2017.

Il couvre la période prévisionnelle 2017-2019, il est intégré au Projet des Apsyades 2017-2022 validé par le Conseil d'administration de l'Association.

Le préambule permet d'appréhender l'identification du contexte, des missions et l'analyse des risques propres à l'établissement qui ont permis de l'élaborer. On retrouve dans ce document, les éléments attendus concernant le suivi de la précédente itération, la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires, le management par processus, les instances et groupes de travail concernés par différents aspects spécifiques de la démarche (médicament, douleur, identitovigilance, gestion de crise...).

La compréhension de la politique relative à la Qualité et à la sécurité des soins invite à se référer aussi au CPOM 2012-2017 qui pointe différentes orientations stratégiques en lien avec le PRS :

- Prise en compte de l'avis des usagers (CDU et place des usagers au Conseil d'Administration)
- Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique (à valoriser à partir d'une EPP)

Le thème de la Qualité et de la Sécurité des Soins constitue par ailleurs, et surtout, l'objet d'un chapitre spécifique de ce CPOM précisant les objectifs

- assurer la gestion des risques associés aux soins : développement d'une culture du risque sanitaire
- garantir la qualité et la sécurité des soins

Enfin politique et stratégie apparaissent au travers du Compte Qualité finalisé début juillet 2017, validé par la CME, présenté au groupes de travail compétents et à la Commission des Usagers (CDU) puis régulièrement actualisé et mis à jour.

Le Plan d'action propre au processus « Management de la Qualité » comporte 4 actions prioritaires (toutes réalisées à la date de la visite).

En fait les deux documents ont été fondus et, processus par processus, les actions du Compte qualité ont été complétées par d'autres figurant à l'ancien PAQSS que l'Etablissement de Santé jugeait pertinent de maintenir. Sur le thème propre au Management de la qualité et des Risques on trouve 16 actions. Le document prend en compte l'ensemble des éléments attendus (porteur, échéance de démarrage et de réalisation, services concernés, modalités d'évaluation, ...). Il a été validé et il est connu des personnels.

On observe donc que l'établissement s'est doté d'une véritable politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins et qu'il l'a inscrite dans ses orientations stratégiques de telle sorte qu'elle puisse être portée par le management.

ORGANISATION INTERNE

Le processus est porté par le Directeur Général d'Etablissement repéré aussi dans une fonction de coordonnateur de la Gestion des Risques et copiloté par la Responsable de l'Assurance Qualité. Ils sont aidés dans ces responsabilités par un ergothérapeute du SSRA. Pour chaque processus une carte d'identité a été établie et celle du processus « Qualité et Gestion des Risques » atteste de l'attribution de cette responsabilité. Le président de la CME est associée à la conduite de cette politique.

Tous impulsent la politique générale en matière de qualité et de gestion des risques, fixent les stratégies, coordonnent sa mise en œuvre et assurent le pilotage stratégique du processus.

Une fiche de poste validée par la CME le 16 mars 2017 précise les missions transversales des Pilotes ; une fiche est établie selon le même modèle pour chacun des autres processus.

Les pilotes bénéficient à un niveau plus opérationnel de l'accompagnement d'un certain nombre de professionnels et tout particulièrement des 3 cadres-coordonnateurs des soins (SSRA, CPP et réseau des 10 CMPEA).

Les fonctions de Responsable de la Gestion des Risques associés aux soins est dévolue au Directeur

Général ; celle de Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en charge médicamenteuse à un Médecin Chef. Elles ont été officiellement et nominativement attribuées dans le document de Politique Générale Qualité validé en mars 2017 par la CME après avis du Comité de Pilotage.

Des fiches afférentes aux deux fonctions ont été formalisées.

Le Responsable de fonction de Gestion des Risques Associés aux Soins a bénéficié d'une formation présentielle de 4 jours en septembre et décembre 2017.

A l'issue de celle-ci, la CME du 19 décembre 2017 a confirmé les deux intéressés dans ces responsabilités.

La structuration institutionnelle du processus est en adéquation avec le rôle accordé à la Commission médicale d'Etablissement qui doit, en particulier, valider Politiques et Plans et déterminer le choix des programmes d'EPP.

L'action de la CME est articulée, comme en témoigne l'organigramme « Gestion de la Qualité et des Risques » avec celles des :

- Comité de Pilotage « Qualité vigilances et Gestion des Risques », organe à dimension stratégique qui se réunit 4 fois par an, qui comprend les membres du CODIR, 1 représentant du CA et 2 représentants des Usagers ; ses propositions sont soumises à validation de la CME
- Comité « Qualité vigilances et Gestion des Risques », organe à dimension plus opérationnelle, dont la composition est représentative des 3 secteurs d'activité et qui se réunit aussi 4 fois par an.

Ces instances qui, bénéficient de règlement intérieurs formalisés travaillent en liaison avec

- les Comités spécialisés (CLUD et CLAN pour le CPP).
- des groupes à dimension technique (Cellule de crise pour les situations graves et exceptionnelles, CREX, et Staff qualité à connotation très opérationnelle puisqu'il consiste en la réunion de façon hebdomadaire des 3 cadres coordonnateurs des soins et de la RAQ)

Les vigilances sont réparties entre différents correspondants selon la typologie suivante :

- infectiovigilance 1 responsable pour chacun des 3 secteurs de prise en charge
- matérovigilance même responsable dans les 3 secteurs de prise en charge
- pharmacovigilance même responsable dans les 3 secteurs de prise en charge
- hémovigilance : aucune pratique de transfusion sanguine

La coordination est assurée par le Directeur Général au sein des CPQVGR et CQVGR. La répartition de la veille réglementaire est organisée et différentes procédures ont été élaborées dans le domaine des vigilances (organisation de la matériovigilance et de la pharmacovigilance).

Les modalités de fonctionnement de la Commission des Usagers permettent la contribution de celle-ci, à la définition et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité / sécurité des soins. Dotée d'un règlement intérieur, elle doit être tenue informée des différentes démarches liées à la Qualité, la Gestion des Risques et à la certification. Les représentants des usagers par ailleurs sont membres du CPQVR, sont tenus informés des résultats des CREX et peuvent participer à différentes activités en direction des patients (prévention des rechutes en matière d'addictologie). La composition de la CDU est publiée et par ailleurs toute la publicité attendue à ce sujet (affichage, Livrets d'accueil...) est réalisée.

L'établissement dispose d'un document spécifique en vue de la gestion de crise dénommé Plan Blanc, très structuré. L'établissement n'entre pas dans la catégorie de ceux de 1er recours mais le document doit lui permettre de se révéler réactif face à la survenue d'un événement exceptionnel qui l'affecterait.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement, d'une façon générale, organise la réponse à ses besoins en ressources humaines (des plans de formation font apparaître les programmes permettant à chacun d'acquérir ou de développer les compétences nécessaires à son action sur la base d'un investissement annuel.

Les ressources documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés sont disponibles depuis plusieurs années au travers d'un outil de gestion et d'information électronique qui vient d'être renouvelé.

L'établissement s'organise pour assurer la gestion des interfaces et des circuits afin de faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

Dans le domaine de l'évaluation des risques a priori, les démarches de l'établissement se sont historiquement développées en plusieurs phases.

En ce qui concerne les risques professionnels, l'établissement a élaboré, dès la fin des années deux-mille dix, dans le cadre de son CHSCT, un Document Unique (DU) qui est régulièrement mis à jour avec l'appui

méthodologique de la RAQ, notamment sur la question de la priorisation des risques ; pour se faire l'intéressée se rend régulièrement dans les services. Dans sa dernière version, le DU fait apparaître deux risques principaux

- risque d'agressivité en direction des travailleurs qui se retrouveraient isolés.
- risque d'usure professionnelle.

En ce qui concerne les risques liés aux activités et pratiques, l'élaboration du Compte Qualité à partir du printemps 2016 a permis de reprendre pour la totalité des processus et les cartographies antérieurement élaborées. Simultanément un premier travail était engagé quant à l'élaboration d'une cartographie des porteurs de processus et à la mise en place de groupes ad-hoc.

Six mois plus tard ce travail était approfondi avec redéfinition des pilotes pour un certain nombre de processus, hiérarchisation des risques sur des bases méthodologique éprouvées en fonction de leur fréquence et de leur criticité et recherche d'un objectif de mise en évidence des risques susceptibles d'avoir les impacts les plus forts en matière de qualité et de sécurité des soins. La finalisation du travail a été réalisée au printemps 2017 par le Staff Qualité avant communication aux personnels.

Une procédure « Organisation de la gestion des risques » avec logigramme associé décrit comment désormais se déploie la gestion des risques telle que définit par l'association dans les différents établissements.

L'établissement de santé a œuvré à la recherche d'une organisation structurante en vue de la mise en œuvre des différents processus de maîtrise des risques et d'amélioration de la qualité. Il dispose d'une démarche d'évaluation des risques a priori appropriée, opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison opérationnelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les différentes unités est favorisée d'une part par la taille de l'établissement, d'autre part par la structure du document PAQSS qui prévoit le champ de mise en œuvre des différentes actions ; soit les actions sont applicables à la totalité des unités, soit le ciblage de celles concernées est explicite dans ce document de planification.

Elle est également obtenue

- par l'implication et le travail de terrain mené par les 4 professionnels membres du Staff Qualité
- par la démarche Flash qualité (actions de sensibilisation au travers de réunions courtes conduites personnellement par la RAQ de façon régulière dans les différentes unités).
- par les nombreuses réunions mises en place dans le cadre de l'activité institutionnelle des différentes structures.

Dans le cadre de ces différents temps d'échanges, les responsables peuvent sensibiliser leurs collègues sur les risques identifiés dans leur secteur et s'assurer de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues ; en d'autres termes, ils informent les équipes de leurs résultats et les aident à identifier et mettre en place des actions correctives en cas de besoin.

Lors des rencontres de terrain, les experts visiteurs ont pu constater que d'une façon générale, les personnels étaient familiarisés avec des concepts-clés des démarches Qualité et Gestion des Risques et les outils utilisés.

Il est à noter que l'établissement a « théorisé » sa pratique, par l'élaboration et la validation d'une procédure « développement d'une culture Qualité et Sécurité » validée par le Directeur général en mars 2017.

Après une phase de formation des pilotes et co-pilotes à la V2014, la mobilisation de l'établissement dans l'élaboration du compte qualité s'est faite lors de sa préparation.

A cette occasion, des groupes de travail par processus, émanation des Commissions ou Comités existants ou constitués pour l'occasion, ont été mis en place et ont permis aux professionnels d'être associés aux travaux. Un travail de formation des équipes aux principaux processus a été réalisé par la RAQ avec didacticiel adapté préparé pour l'occasion.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'analyse des Plans de Formation réalisés sur les exercices précédents, révèle la volonté de l'établissement d'accorder aux professionnels les ressources en compétences nécessaires à leur action sur des thématiques techniques ciblées et plus spécifiquement sur le management du processus Qualité et Gestion des Risques.

Cet investissement-formation est renforcé par la mise en place de démarches de sensibilisation animées directement par la RAQ et l'accompagnement qu'assurent les cadres coordonnateurs auprès de leurs collègues.

D'une façon générale l'institution prévoit les temps de travail nécessaires au développement des démarches Qualité et Gestion des Risques.

Le système de gestion documentaire repose

-d'une part sur une procédure des procédures refondue en mai 2017.

-d'autre part sur un logiciel de Gestion documentaire accessible à tous qui vient d'être renouvelé (implantation réalisée au SSRA et en cours au CPP. Il permet selon 3 espaces d'accéder aux textes de référence et compte-rendu de réunion, aux documents Qualité et à la Veille réglementaire). Une de ses vertus est aussi de rendre bien plus ergonomique le signalement des EI. Enfin des outils de mesure de l'appropriation collective lui sont associés.

On note qu'il existe dans les Unités un classeur permettant d'accéder aux procédures indispensables en cas de panne informatique.

L'accueil des nouveaux arrivants est structuré avec remise d'une brochure particulièrement attractive et bien conçue lors de l'entrée dans l'établissement et existence d'une période de travail en doublure.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

Plus précisément :

L'exploitation des plaintes et réclamations avec implication des professionnels et des représentants des usagers est assurée. Elle est l'objet d'une procédure en version 2 à la date de septembre 2017. Assez peu nombreuses chaque année (2 en 2015, 0 en 2016 et 2 en 2017), elles sont néanmoins, quel que soit la portée de leur motif, l'objet d'une présentation et d'une analyse détaillée au sein de la CDU lors de ses réunions. La commission contribue ainsi à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients et au respect de ses droits. Un document de type registre est tenu avec rigueur pour les enregistrer et les suivre par le secrétariat du Directeur Général.

L'organisation permettant le déploiement et la mise en œuvre de démarches d'EPP est l'objet d'une procédure en version 2 à la date d'octobre 2017. Elle repose sur le rôle central de la CME et de son Président quant à la conduite de la démarche. Elles sont portées par un nombre conséquent de médecins mais pas de façon systématique et veillent à se développer dans un cadre pluridisciplinaire. L'établissement affiche 10 programmes en cours à la date de la visite (dont 8 concernent le service Addictologie (SSRA). Ils mobilisent des démarches de type audit clinique, suivi d'indicateurs-RMM-RCP et patient traceur. Il existe un tableau de bord. Les résultats sont présentés en CME, au sein d'autres instances, en réunion d'équipe et diffusés par voie électronique sur le logiciel de Gestion Documentaire. Un programme « Réduction des consommations » a été l'objet d'une présentation lors de Colloques. Il est à noter que l'établissement est en effet terrain de recherche pour l'Université de Nantes.

Il existe un dispositif de signalement, de gestion et de suivi des événements indésirables. Il est l'objet de deux modes opératoires qui ont été récemment actualisés (« Mode d'emploi pour la déclaration d'événements indésirables » et « Analyse et suivi des événements indésirables »).

Le système de déclaration est électronique (accessible par le système de gestion documentaire). Il est connu des personnels et ceux-ci savent l'utiliser du moins dans son ancienne version, la nouvelle étant en cours de déploiement à la date de la visite.

Le nombre d'événement indésirables signalés (61 en 2015, 45 en 2016, 49 en 2017) peut sembler d'une grandeur moyenne mais les membres du Staff qualité renforcent le discours de mobilisation auprès des professionnels et les domaines de signalement s'avèrent de plus en plus pertinents (dossiers patients, erreurs médicamenteuses, incident grave, identité-vigilance, ...) permettant de dégager des événements indésirables graves pouvant être l'objet d'analyses de causes profondes par la Commission de retour d'expérience (CREX).

Celle-ci, qui est dotée d'un règlement intérieur en version 2 à la date du 15 décembre 2017, se réunit 4 fois par an pour analyser les nouveaux événements qui lui sont signalés et assurer un suivi des actions

correctives mises en place. Le nombre d'événements qui lui sont soumis augmente régulièrement. (7 depuis la mi-2016)

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la satisfaction des usagers en lien avec la CDU s'opère principalement au travers de l'analyse de questionnaires de séjour pour le SSRA et pour le CPP. Les taux de retour faibles au départ sont en augmentation (CPP : 11 % en 2016 , 20 % en 2017, SSRA : 5,7 % en 2016 , 12 % en 2017).

Le système de management de qualité/gestion des risques, en tant que processus spécifique, est régulièrement évalué en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés. Des audits sont réalisés et différents indicateurs sont suivis (en particuliers les indicateurs nationaux de type IPAQS ou Hôpital numérique), nombre de déclarations d'EI, nombre d'EI traités, ...

On doit aussi faire mention d'outils de suivi présentant les données de façon plus synthétique :

- tableau de suivi des EPP
- tableau de suivi des actions inscrites au PAQSS
- rapports d'activité de la CDU

et surtout le tableau de bord par processus qui a été élaboré.

On doit aussi évoquer en ce qui concerne les 10 CMPEA la participation au benchmark régional initié par l'ARS permettant de révéler un fonctionnement efficient et une activité soignante comparable à celle des autres établissements de pédopsychiatrie.

A / AGIR

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

La communication des résultats et actions est réalisée, auprès des professionnels et des usagers.

Pour les professionnels, différentes réunions institutionnelles ou de service, les réunions Flash ainsi que l'espace Gestion documentaire accessible sur le réseau informatique permettent d'accéder aux données. Un tableau est tenu. On note aussi qu'une présentation des résultats des EPP est régulièrement réalisée en CME. Les représentants des usagers sont informés lors des réunions auxquels ils participent (CDU et CPQVGR).

Les programme et de la politique qualité / gestion des risques sont réajustés en fonction des évaluations menées et résultats obtenus. Le tableau suivi du PAQSS est à ce sujet un des outils les plus révélateurs de cette préoccupation institutionnelle.

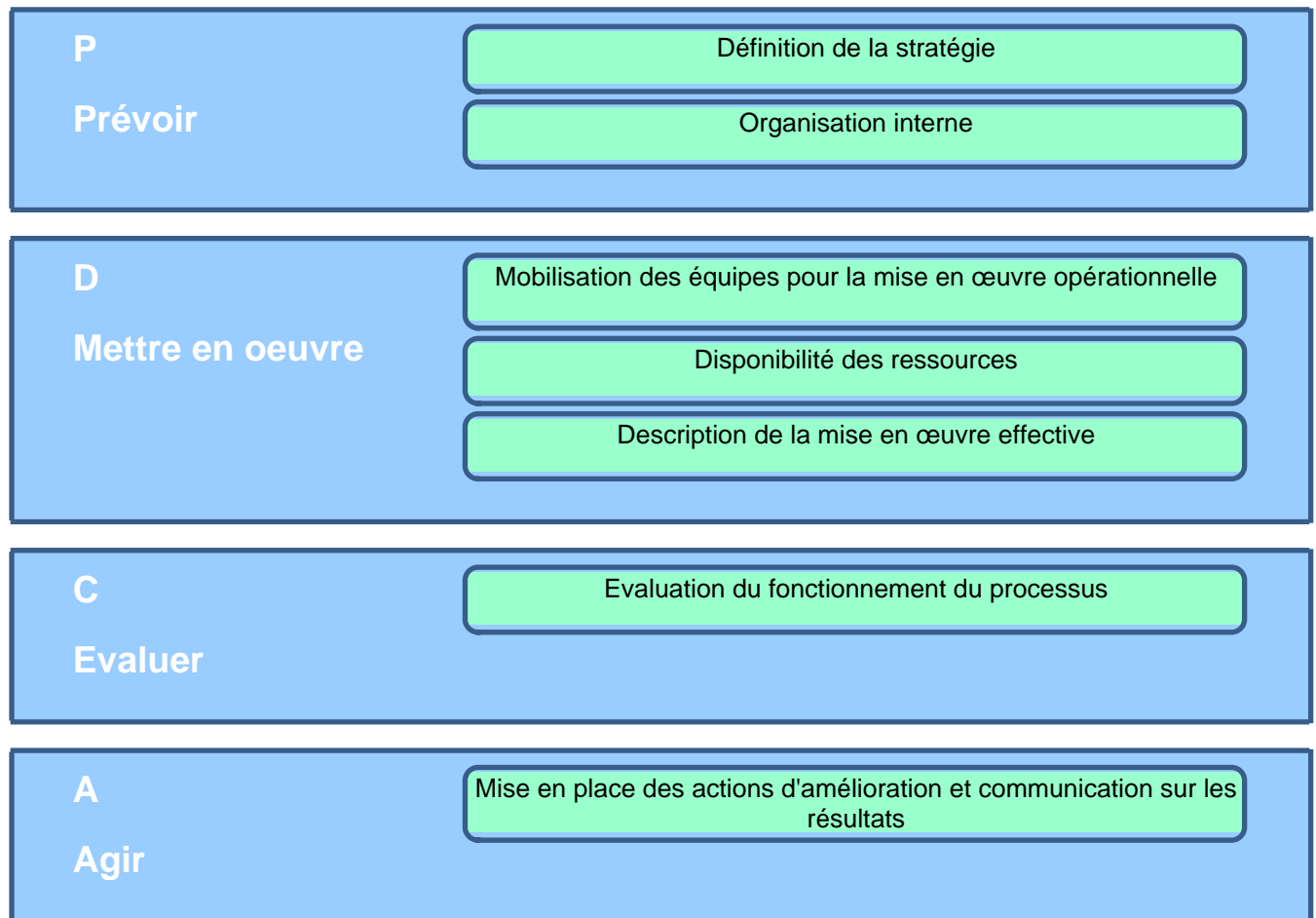
DROITS DES PATIENTS

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

Les premières réflexions d'ensemble, au sein de l'établissement de Santé, concernant la notion et l'étendue de la notion de droits des patients remontent à la réalisation des premières études de risques.

Ces investigations ont été approfondies au printemps 2016, lors de de la préparation du Compte Qualité à l'occasion de la préparation de la visite de certification V2014.

Par ailleurs, l'Etablissement de santé, par l'un de ses cadres-coordonnateur est représenté depuis plus de 18 mois au sein du Comité d'Ethique Clinique de Nantes ce qui tend à enrichir les réflexions institutionnelles sur ce thème.

Les démarches d'analyses de risques sur la question des droits des patients ont pris en compte le contexte, les missions propres à l'établissement, compte tenu des spécificités de son offre de soins adaptée à la population accueillie : patients souffrant de troubles addictologiques au SSRA, jeunes de 18 -35 ans affectés par des troubles psychiatriques au CPP, enfants et adolescents relevant d'une prise en charge psychiatrique au sein d'un réseau sectorisé de CMPEA.

Il se dégage du Compte Qualité l'identification de 4 risques majeurs et de 4 actions à mettre en œuvre dans le domaine du droit des patients. A la date de la visite 3 sont finalisées et 1 est en en cours. Le PAQSS reprend les actions inscrites au CQ en y rajoutant en complément une cinquième action.

En revanche, l'établissement ne dispose pas d'un véritable document politique ou d'orientation concernant le droit des patients. L'établissement n'a pas de politique stratégique formalisée sur les droits des patients ; il ne dispose pas de Projet d'établissement en vigueur et le CPOM n'aborde pas le thème des droits des patients. Seules quelques mentions apparaissent dans le Projet Associatif concernant le développement de l'éthique et l'entretien des locaux.

La Fiche d'identité du processus élaborée par l'établissement mentionne cette absence.

ORGANISATION INTERNE

La carte d'identité du processus fait apparaître que celui-ci est conduit par le Cadre coordonnateur des soins au CPP La Chicotière. Le co-pilotage est assuré par l'Assistante de Direction pour enrichir les approches plus administratives.

Tous deux du fait de leurs parcours professionnels personnels, expriment des compétences et un intérêt par rapport à la thématique du droit des patients.

Une fiche récapitulative « Pilote du Processus » précisant les attributions de celui-ci et celles des co-pilotes à toutes les étapes du processus a été établie et validée par la CME en mars 2017.

Un groupe de travail comprenant outre le Pilote et le co-pilote, les deux autres Cadres coordonnateurs des Soins est en place. L'un de ses membres est titulaire d'un DU d'Ethique appliquée à la santé.

Au regard de ses missions, de ses orientations et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

La Charte relative aux Droits des Patients est correctement diffusée, affichée (y compris dans les CMPEA visités) et insérée dans les Livrets d'Accueil Patient (un par type de structure Le Livret d'Accueil du Personnel salarié et ceux relatifs à l'accueil des stagiaires abordent également cette question.

Ces documents peuvent sembler nombreux ; mais il est à noter l'existence d'une charte graphique commune, ce qui exprime la volonté de représentation de l'unicité institutionnelle tout en préservant la spécificité des structures et la singularité obligée des prises en charge.

Par ailleurs, différents éléments relatifs aux droits des patients sont organisés de façon formelle par l'Etablissement de Santé.

Ainsi, il existe une organisation permettant le recueil du consentement éclairé du patient. Elle repose sur la signature d'un bordereau attestant la réception du Livret d'Accueil et du règlement intérieur tant au SSRA qu'au CPP. Partout le patient est par ailleurs invité à signer son contrat d'objectif de soins ou Projet personnalisé.

En effet, les Projets Personnalisés de Soins sont systématiques tant en hospitalisation complète qu'en hospitalisation de Jour et habituellement tracés avec une extrême précision.

Le refus de soin et la conduite à tenir en est l'objet d'un protocole spécifique décrivant la conduite que doivent tenir les professionnels en cas de sortie anticipée à l'initiative d'un patient (Janvier 2014).

On note aussi l'existence de documents formalisés sur les questions suivantes :

- Formulaire de la désignation de la personne de confiance
- Formulaire de la révocation de la personne de confiance (avec note pédagogique sur cette notion préparée en direction des personnels)
- Procédure de mars 2017 relative à la réunion Générale des Patients systématiquement organisée en SSRA tous les 6 semaines (ce qui correspond sensiblement à la durée moyenne des séjours)
- Consentement éclairé du Patient pour un dépistage sérologie VIH.

Tout ceci conforte le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés. Une démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins est l'objet d'un protocole spécifique détaillé « Annonce d'un dommage associé au soin » validé en décembre 2016. On doit ajouter que l'analyse bénéfice-risques est systématique pour la population infanto-juvénile ; elle est tracée dans le dossier.

L'établissement n'accueille pas d'hospitalisation sans consentement. En revanche, une procédure de 2012 rappelle aux professionnels les règles afférentes à ces questions et des modèles de formulaires de demande leur sont fournis.

Une procédure « Signalement de suspicion de maltraitance concernant les patients » a été publiée en juin 2017. En fait une Charte de bientraitance des professionnels vis-à-vis des patients existait précédemment et l'encadrement déclare reprendre systématiquement ce thème lors des entretiens annuels d'évaluation.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Différents vecteurs de communication sont en place pour favoriser la circulation de l'information nécessaire (réseau informatique support de la gestion documentaire, réunions, formations...).

Une Commission des Usagers (CDU) fonctionne sur la base d'un règlement intérieur en date du 8 décembre 2016 et conforme aux attendus légaux. Il comporte en particulier des développements relatifs au traitement des réclamations et des plaintes contentieuses. Il est fait mention dans les Livrets d'Accueil des droits des patients et en différents points d'affichage de la composition et des missions de la CDU.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Outre la taille de l'établissement qui favorise la circulation des informations, la multiplicité des occasions de rencontres de travail et de réunions de service entre les professionnels et les responsables permet la mise en place d'objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs en déclinaison de la démarche institutionnelle.

On peut faire mention à ce sujet :

-au CPP, de l'organisation de 2 réunions hebdomadaires l'une à dimension clinique, l'autre concernant le fonctionnement institutionnel

-pour les 10 CMPEA (70 personnes à mobiliser) une structuration collective qui repose sur l'organisation suivante :

- collège Médical (3 à 4 fois par an)
- réunions cliniques hebdomadaires
- une réunion de coordination de coordination tous les 2 mois à laquelle participent un représentant de chaque structure et de chaque métier
- des réunions transversales périodiques de tous les professionnels du Secteur

-enfin sont en place au SSRA (outre les réunions cliniques quotidiennes)

- 1 réunion de service mensuelle (questions de logistique, vie courante et organisation)
- 1 commission de soins qui revisite tous les outils 3 fois par an
- 1 réunion théorico-clinique qui réunit tous les personnels sur une demi-journée 2 fois par an

L'implication de la communauté médicale et le travail « de terrain » de différents responsables sont objectivement perceptibles et contribuent à l'atteinte de cet objectif, tout comme finalement la réunion d'information générale de tous les patients toutes les 6 semaines.

Différents outils ou éléments de démarche renforcent cette dynamique, favorisent la mise en œuvre opérationnelle de la démarche institutionnelle et plus largement l'implication des personnels et leur connaissance des problématiques relatives aux Droits des Patients :

Il n'y a pas de chambres d'isolement. Les très rares situations difficiles sont traitées soit de façon relationnelle par les professionnels disposant des compétences nécessaires pour les appréhender, soit par des transferts médicalisés. Par ailleurs, l'établissement ne fait pas usage de techniques de contention. Il existe une chambre de surveillance en SSRA dont l'utilisation est strictement encadrée par un protocole de février 2017.

On doit enfin constater la réalité de multiples actions visant à la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance :

- organisation d'une démarche d'EPP sur ce thème
- audit « regards croisés sur la Bientraitance » réalisé durant la période 2014-2016 dans le Cadre du Réseau régional Qualité en direction à la fois des patients et des professionnels du CPP et du SSRA
- audit interne en direction des professionnels à partir de questionnaires

En conclusion, par la mise en œuvre et par les réflexions partagées sur ce type de démarches, les responsables, s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, les équipes sont informées de leurs résultats et des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

D'une façon générale, les ressources en compétences et matériel sont disponibles dans les secteurs pour favoriser la mise en œuvre du processus.

On observe que l'Association gestionnaire contribue à cette politique dans la mesure où son projet 2017-2022

- affirme une dimension éthique
- exprime une volonté de soutien aux démarches de recherche et de formation
- prévoit de réserver des fonds propres pour l'amélioration régulière des conditions d'accueil et d'accessibilité (action 1 de l'objectif 3)

L'établissement achète les fournitures et rémunère les intervenants (quatre ergothérapeutes, un moniteur sportif, une aide soignante...) nécessaires au fonctionnement de deux ateliers d'ergothérapie différents (peinture sur soie, vannerie), d'une salle de sport particulièrement bien équipée, d'un espace découverte en libre accès et permettant pour les patients du SSRA différentes activités (bibliothèque, expression plastique, internet, tennis de table, télévision, jeux de société...). Il existe au SSRA un golf miniature et des terrains réservés à la pétanque. Les trois salons du CPP sont eux aussi très correctement dotés en matériel de jeux, lecture et loisirs. En Hôpital de jour différents ateliers sont proposés : celui de l'écriture ludique mérite une attention particulière de par son intérêt et son originalité.

Les professionnels bénéficient d'une documentation accessible et actualisée relative au droit des patients sur le réseau dans le cadre de la gestion documentaire.

L'établissement est particulièrement attentif à la formation des professionnels aux droits des patients (bientraitance, dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles, etc.).

L'étude des Plans de formation 2015,2016 et 2017 révèlent

- pour le SSRA La Baronnais 16 formations ayant touché 69 agents pour 117 journées
- pour la Chicotière 1 formation de 2 jours ayant bénéficié à 4 professionnels
- pour les CMPEA 9 formations, ayant bénéficié à 23 agents pour 70 journées au total.

En ce qui concerne, les formations organisées et dispensées en interne par la RAQ et les cadres coordonnateurs des soins, on note la mise en place d'une formation « droits des patients » ayant touché 70 % de l'effectif du CPP et 50 % de celui de du SSRA. Ce thème a été repris dans le cadre de la Formation Equipe Processus V2014.

L'établissement ne propose que des chambres individuelles tant au SSRA qu'au CPP. La majorité des lits de SSRA et toutes les activités ou entretiens liés à cette prise en charge sont réalisés dans un bâtiment neuf architecturalement bien pensé ; une manifeste attention est portée à son mobilier et à sa décoration. Dans la vieille unité du SSRA et au CPP (en travaux de rénovation à la date de la visite pour des raisons d'accessibilité, il y a des équipements sanitaires partagés (toilettes douches au CPP, douches au SSRA). Néanmoins, on peut considérer que tout le potentiel hôtelier est conforme en matière d'

humanité et de dignité adaptés à l'autonomie physique de la quasi-totalité des patients.

Les locaux de l'Hôpital de Jour et des CMPEA visités sont accueillants et bien équipés.

On peut donc conclure sur le constat du respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène, et en ce qui concerne leurs conditions d'hébergement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des différentes unités connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée dans le dossier du patient.

Lors des vérifications de terrain les experts visiteurs ont pu constater que les professionnels connaissaient les contenus-clés de la politique « droits des patients » et se révélaient attentifs à sa mise en œuvre.

La participation du patient dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est obtenue dès la phase d'admission, voire de pré-admission puis tout au long du parcours de soins. Elle est systématique et formalisée tant au CPP qu'au SSRA.

L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent est une préoccupation institutionnelle forte à laquelle des professionnels adhèrent. L'établissement exerce une activité orientée vers des objectifs d'autonomisation et d'insertion et pour cela cherche à promouvoir les thérapies familiales systémiques. Il a dès 1999 créé un lieu d'écoute, dénommé « Autrement dit » qui est destiné à accueillir sur rendez-vous tous ceux qui se retrouvent en situation d'accueil et d'accompagnement.

Au CPP, toute personne prise en charge se voit proposer un accompagnement thérapeutique familial. Une après-midi par semaine est réservé à cette approche. Trois salons permettent aussi les rencontres entre les hospitalisés du Foyer et leur famille.

L'action des CMPEA passe aussi par les parents ; des thérapies familiales sont proposées sur Nantes ou dans les antennes.

Le SSRA n'est pas confronté à une démarche d'hébergement des familles et de l'entourage. En revanche, il propose en direction des intéressés :

- des réunions mensuelles « proches et patients » (document « mode opératoire » en version 2 de janvier 2014)
- des entretiens couples et groupes d'entourage
- des possibilités de manger au self midi et soir
- une salle d'accueil spécifique
- le libre accès à l'Espace Découverte

Enfin une procédure propre à cette structure traite de la délicate question des visites aux enfants concernés par une mesure éducative.

Il existe une organisation et des pratiques permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. D'une façon plus générale, les professionnels sont sensibles, dans leur attitude, au respect de la confidentialité des informations relatives aux patients.

Différents éléments témoignant aussi de cette préoccupation ont ainsi pu être repérés :

- il existe une procédure en date de septembre 2017 relative au traitement des demandes d'anonymat ou de non-divulgation de la présence d'un patient.
- les différentes structures bénéficient d'une façon générale d'une signalétique discrète.
- il n'y pas de noms de patients apparents sur les portes des chambres ou dans des locaux accessibles au public
- il existe des locaux adéquats en nombre et en caractéristiques pour les entretiens
- les pièces et placards ferment à clé
- on observe des armoires protégées pour les dossiers.

La CDU fonctionne selon le cadre réglementaire au rythme habituellement de 4 réunions par an.

Les projets de prise en charge, l'organisation et les pratiques visent également à préserver le respect des libertés individuelles. Dans le cadre des préoccupations que l'établissement de santé affiche, en témoignent par exemple :

- le droit d'usage des téléphones portables personnels
- la liberté d'aller et venir avec l'ouverture totale du CPP (sauf la nuit) et un système de permission de

sorties quotidien au SSRA.

-l'absence de chambre d'isolement et de recours aux pratiques de contentions physiques (la chambre de surveillance en SSRA est rapprochée de l'infirmier au rez-de-chaussée, son fonctionnement fait l'objet d'un protocole ; elle n'est jamais fermée à clef lorsqu'un(e) patient(e) l'utilise.

-un protocole de décembre 2016 actualisé définit avec précision les modalités selon lesquelles il peut être procédé à une visite approfondie d'une chambre occupée par un patient.

- le régime des permissions de sorties (hors heures autorisées)

La plupart de ces éléments sont repris dans le Règlement Intérieur qui est présenté au patient hospitalisé à temps plein à l'admission et que celui-ci est invité à signer.

En conclusion, la sensibilisation des professionnels et le respect des bonnes pratiques dans le domaine du droit des patients sont d'une façon générale effectifs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation et de suivi du respect des droits des patients repose sur plusieurs outils et en particulier

- le tableau de suivi du PAQSS « Droit des Patients »
- le suivi de la satisfaction des usagers au travers de questionnaires de sortie dont les taux de retour restent faibles (environ 20 %) quoiqu'en augmentation
- les indicateurs taux de satisfaction quant à l'intimité et à la dignité (pour le CPP et pour le SSRA) repris au tableau de bord qualité et gestion des risques
- les indicateurs taux de satisfaction quant à l'information du patient (pour le CPP et pour le SSRA) repris au tableau de bord qualité et gestion des risques

Le suivi des plaintes et réclamations est prévu et assuré même si l'établissement n'en reçoit que très peu (deux en 2015, aucune en 2016, deux en 2017).

L'évaluation périodique de la satisfaction du patient et du respect de ses droits est également assuré par la CDU au travers de son Bilan d'activité établi sur la base réglementaire attendue.

On doit enfin évoquer la participation de l'établissement à une EPP réalisée au niveau régional en 2011,2013 et 2016 : « Regards croisés sur la bientraitance » et la mise en place d'audits sur l'annonce d'un dommage associé en soins st le lavage des mains dont les résultats ont été communiqués de façon détaillée lors d'un Flash Qualité en mars 2017.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration du dispositif « respect et promotion du droits des patients » sont mises en place au regard des résultats obtenus.

Parmi les améliorations découlant de démarches évaluatives, on peut citer à titre d'exemples :

- Les visites des lieux d'accueil des futurs sortants réalisées par les ergothérapeutes préalablement à la sortie des intéressés.
- L'installation d'un Appartement thérapeutique « modèle » dans l'institution pour apprécier la capacité des futurs sortants à vivre et assumer leur autonomie.
- L'intégration du risque de maltraitance dans la fiche d'événements indésirables
- Le changement de logiciel de gestion de la qualité et des signalements pour bénéficier d'un outil à la fois plus performant et plus ergonomique.
- La mise en place de groupes de réflexion (réactivité des prises en charge, fluidité des parcours,...) suite à un audit « Psychiatrie publique » auquel les 10 CMPEA ont participé.

Des processus d'information et communication sont à chaque fois mis en place, tout particulièrement, mais non exclusivement, en direction de la CDU. Les personnels sont informés lors de réunions dans leurs services ou dans le cadre de Flash Qualité. En externe, l'établissement communique en partie ses résultats dans le cadre de ses activités de recherche sur le terrain de l'addictologie.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

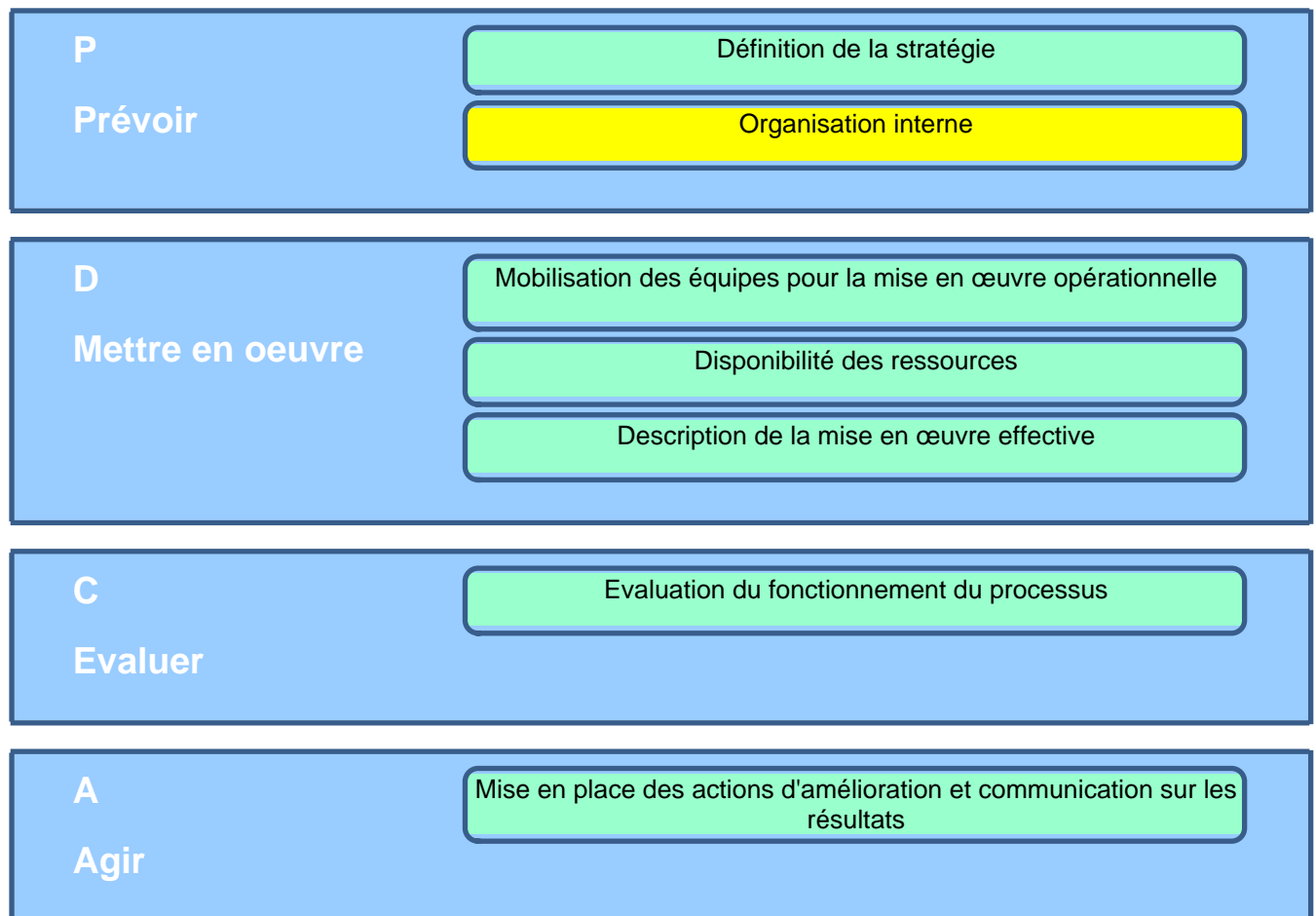
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'association "les Apsyades" a été créée en juin 2009 ; elle résulte de la fusion de 2 associations, la Baronnais et l'OCHS.

Les Apsyades comprennent des structures sanitaires (au statut d'ESPIC) et une structure médico-sociale (CSAPA) n'entrant pas dans le champ de la visite de certification.

La partie sanitaire est constituée par :

- des entités en charge de la santé mentale (lieu d'écoute "autrement dit", 10 CMPEA pour la prise en charge ambulatoire infanto-juvénile, un CPP "La Chicotière" avec 12 lits d'HC associé à un HDJ de 4 places et à un appartement thérapeutique, pour la prise en charge adulte),
- un SSR Addictologie "La Baronnais" avec 65 lits d'HC et 13 places d'HDJ. Ce SSRA forme avec le CSAPA et le lieu d'écoute "autrement dit", le département d'Addictologie.

Il existe des orientations stratégiques propres au département d'Addictologie.

Le compte qualité reprend les risques identifiés au sein de la partie sanitaire de l'association "les Apsyades".

Ces risques ont été identifiés à partir des résultats de la certification V2010, qui a eu lieu en 2014, avec une visite de suivi en 2015 (exemple de la recommandation sur l'information du patient en cas de dommage lié aux soins, dont la procédure a été revue), des FEI, des EPP (audits patient traceur, audits parcours patient), des acquis de formations, des questionnaires de satisfaction. Ces risques sont priorités. La méthode utilisée est celle de la HAS avec la fréquence, la gravité, la criticité et le niveau de maîtrise. Dans la partie du compte qualité, concernant le parcours du patient, 5 risques ont ainsi été identifiés. Par exemple le risque de défaut de continuité de la prise en charge lors de la sortie du patient.

Ces risques identifiés sont déclinés dans un programme d'action formalisé et priorisé (PAQS). Ce PAQS comprend 7 actions, avec mention des responsables de l'action et d'un échéancier de mise en œuvre. Par exemple pour la sortie du patient, l'action corrective a été d'améliorer le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, en sensibilisant les équipes dans le cadre de l'EPP Parcours patient. L'indicateur de suivi de cette action est l'indicateur DPA CRH.

Toutefois, les orientations stratégiques de l'établissement en matière de Projet médical sont insuffisamment définies.

Différents documents relatifs aux orientations médicales ont été communiqués aux experts visiteurs, mais qu'il s'agisse

- du projet médical et de soins 2011-2015 pour le SSRA
 - du document de travail sur le projet médical et de soins des CMPEA établi sur la base du projet 2005-2009
 - du projet institutionnel de 2014 concernant le CPP,
- aucun d'entre eux n'est actualisé à la date de la visite.

Par ailleurs, il n'existe pas de document de synthèse, de type Projet médical, relatif à la totalité de l'activité sanitaire de l'association "les Apsyades", développant la politique institutionnelle sur des thèmes attendus tels que le risque suicidaire (critère 19c) ou la prise en charge somatique en santé mentale (Critère 17b)

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus du parcours patient.

Les pilotes de ce processus sont le médecin chef du CPP et un médecin du SSRA. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste "pilote de processus".

Les membres du groupe opérationnel relatif à ce processus sont d'une part le médecin chef et le cadre coordonnateur des soins du CPP, d'autre part un médecin du SSRA et la cadre coordonnateur des soins du SSRA, et enfin une éducatrice et une infirmière.

Cette composition a été validée par les instances (codir et CME).

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement assure l'adéquation des ressources et des compétences aux besoins des prises en charge. Il organise la réponse à ses besoins nécessaires à l'atteinte des risques identifiés :

- besoins en ressources humaines : les compétences sont variées et les professionnels de santé

comprennent notamment une sophrologue, des ergothérapeutes, des psychomotriciens.

L'effectif est suffisant en nombre et les postes sont pourvus.

Ces ressources humaines permettent d'assurer la continuité des soins au sein de l'établissement.

- besoins en ressources matérielles : le matériel, tant pour les soins que pour les activités des patients est disponible et adapté. Par exemple, il y a au SSRA, un espace découverte, en libre accès pour les patients, avec des activités telles les jeux de cartes, des ordinateurs.

- besoins en ressources documentaires : il y a un logiciel de gestion documentaire qui permet d'accéder aux protocoles et procédures.

Les procédures relatives aux gardes et astreintes, ainsi qu'en cas d'urgences, sont affichées dans les infirmeries.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels et entre les secteurs d'activité :

- des conventions avec des partenaires extérieurs existent

- le dossier du patient est informatisé au SSRA et au CPP, et en cours d'informatisation dans les CMPEA,

- les réunions sont nombreuses et pluridisciplinaires, favorisant le partage des informations dans chaque structure.

Pour le SSRA et le CPP, les hospitalisations sont programmées, tant en hospitalisation complète qu'en HDJ. Dans les CMPEA, il s'agit d'une activité ambulatoire, programmée, à type de consultations, d'entretiens et d'activités de groupe.

Il y a une définition de règles de présence et d'un système de gardes et astreintes afin d'assurer la permanence des soins 24H/24, ainsi qu'un dispositif adapté de prise en charge des urgences vitales. L'organisation de la permanence/continuité des soins médicale, paramédicale ou pharmaceutique est assurée. Une permanence somatique H24, 7 jours/7 est assurée. Le personnel est formé à l'AFGSU.

Il existe au SSRA une procédure d'identification du risque suicidaire, basée sur les entretiens avec les patients.

L'organisation du déploiement de l'ETP est en cours, notamment en partenariat avec un autre SSR et en lien avec l'ARS des Pays de la Loire.

L'organisation de la sortie des patients permet d'assurer la continuité et la sécurité des soins. Une procédure existe.

L'organisation de la prise en charge des populations spécifiques, en l'occurrence dans cet établissement, les personnes âgées est faite. Une procédure existe.

Toutefois, la coordination des différents professionnels par rapport au risque nutritionnel est insuffisamment organisée. Le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN) n'est pas en place au SSRA bien que cela soit recommandé dans les établissements de santé (circulaire du 29 mars 2002). Il n'y a pas non plus, pour cette structure, d'équivalent comme le préconise le manuel de certification afin d'établir un lien de coordination en matière d'organisation de la prise en charge des troubles de l'état nutritionnel.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres au parcours du patient ont été établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus parcours patient. Ainsi, différentes réunions sont organisées, favorisant la mobilisation de chacun. Dans chaque structure, SSRA, CPP et CMPEA, il existe des réunions institutionnelles et cliniques, permettant de définir le parcours du patient, le plus adapté à la prise en charge qu'il nécessite. La responsable qualité organise aussi des flashs qualité.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, notamment par les EPP dont des audits parcours patients et patients traceurs. Par exemple, concernant l'audit dossier patient réalisé au SSRA en 2017, les items présents sont la présence de la photo du patient, la mention de la personne de confiance, la présence du règlement intérieur signé, avec la valeur cible, les taux en février et en avril, avec les tendances évolutives.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. Les professionnels sont informés de leurs résultats. Des objectifs et plans d'action opérationnels propres au parcours du patient ont été établis en déclinaison

de la démarche institutionnelle. Par exemple, concernant l'amélioration de la prise en charge des urgences vitales, il a été mis à jour la procédure d'urgences vitales.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources sont disponibles dans l'établissement, tant :

- en compétences, variées. Ainsi, il existe de nombreux professionnels (AS, AMP, éducateurs sportifs) qui ont des compétences supplémentaires et qui assurent par exemple de la relaxation, des ateliers de peinture sur soie,
- qu'en matériel, avec des locaux et des équipements adaptés. Par exemple, au SSRA, le rez de chaussée comprend les salles dédiées aux activités, nombreuses et variées.
- et en documentation, qui est accessible et actualisée. Il y a pour le personnel le logiciel de gestion documentaire. Mais il y a aussi pour les patients, des ordinateurs avec accès à internet, situés à l'espace découverte.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les unités connaissent l'organisation définie et mettent en oeuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient :

Pour l'hospitalisation complète, le patient est accueilli et installé dans sa chambre. Toutes les chambres sont individuelles; Au SSRA, au 1er et au 2ème étage, ce sont des chambres avec wc et douche. Dans l'annexe du SSRA et au CPP les sanitaires sont communs. Lors de l'admission, le livret d'accueil est remis au patient. La personne de confiance est désignée et figure dans le dossier du patient. Des réunions d'information sont organisées, et des patients plus anciens dans les structures, se portent en tuteur des nouveaux arrivants. Le volet somatique de la prise en charge est assurée au SSRA par les médecins addictologues généralistes. Au CPP, cette prise en charge somatique est réalisée par les médecins traitants des patients, extérieurs à l'établissement. Une évaluation de l'autonomie du patient est réalisée. L'évaluation de la douleur est faite. Le planning des activités proposées est élaboré pour chaque patient, en fonction d'un socle commun d'activités, et d'activités propres définies pour chaque patient.

Durant l'hospitalisation, il y a des réunions d'évaluation pour chaque patient, pluridisciplinaires. Au SSRA, la durée d'hospitalisation est de 3 mois et les patients sont d'âge moyen. Au CPP, la durée d'hospitalisation est de 2 ans et les patients sont plus jeunes (18-30 ans).

Il y a des réunions sur le projet de soins du patient, individuel et défini en fonction de ses besoins.

La sortie du patient est anticipée et le patient y est associé. Des sorties d'essai sont proposées (exemple pour l'appartement thérapeutique).

- pour les unités d'HDJ (SSRA et CPP) :

Un premier rendez vous est fixé. Une visite de pré-admission est faite, où les activités proposées sont expliquées au patient. Une fréquence du nombre de séances est définie avec le patient (par exemple, 3 séances par semaine) avec une durée (par exemple, pendant 3 mois). Les activités proposées sont les mêmes que pour les patients en hospitalisation complète et sont diverses et variées. Le patient gère lui-même son traitement, si il a par exemple, un médicament le midi. Des réunions cliniques sont réalisées. La sortie est anticipée et le patient y est associé.

- unités ambulatoires (CMPEA) :

Toute demande de rendez-vous fait l'objet d'une évaluation de la demande en réunion clinique, afin d'orienter l'enfant vers le professionnel de santé le plus adapté. Les rendez vous peuvent être rapides (délai d'un mois) ou parfois plus longs (délai de 6 mois). Les professionnels susceptibles de prendre en charge l'enfant sont le pédopsychiatre, le psychologue, le psychomotricien, l'orthophoniste ou l'éducatrice spécialisée. La prise en charge est à type de consultations individuelles ou d'activités de groupe. Il y a des réunions hebdomadaires, le jeudi matin pour les enfants et le mardi après-midi pour les adolescents. Des réunions cliniques existent et sont régulières. Des projets de soins sont élaborés, et figurent dans un dossier papier, bien tenu. Ce dossier papier est en cours d'informatisation, avec le même logiciel que celui qui est en place au SSRA et au CPP.

Au SSRA, au CPP et aux CMPEA, la prise en charge du patient, quelque soit son âge (enfant, adulte jeune, adulte d'âge moyen), son mode de prise en charge (ambulatoire ou en hospitalisation), sa durée de prise en charge (courte ou plus longue) est pluridisciplinaire et transversale. Chaque professionnel y a sa place et le patient est acteur de sa prise en charge.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a élaboré un dispositif d'évaluation et de suivi des actions mises en œuvre, notamment à l'aide d'indicateurs et/ou d'outils :

- les questionnaires de satisfaction,
- les FEI,
- les IPAQSS. Ainsi, l'établissement produit pour le SSRA des indicateurs concernant le dossier du patient (DPA) : l'indicateur sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur, l'indicateur qualité du dossier patient, l'indicateur sur le suivi du poids, l'indicateur sur le Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH).
- les programmes d'EPP (par exemple, l'EPP sur le sommeil, EPP sur audit dossier patient),
- au SSRA, le taux de contrat de soins signé, le taux de présence de la personne de confiance, le taux de règlement intérieur signé, le nombre de patient traceur.

Ces indicateurs sont intégrés et articulés dans le PAQSS.

Les résultats sont présentés et étudiés en instances, en staff qualité et au personnel lors des flashs qualité.

A / AGIR

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

Sur la base des évaluations réalisées, des actions d'amélioration correctives sont mises en œuvre chaque fois que nécessaire ; elles sont intégrées et articulées avec le PAQSS, qui est donc ajusté. Ainsi, concernant le parcours du patient, une action d'amélioration de l'accueil du patient a été de mettre à jour la procédure d'accueil.

Des supports et modalités de diffusion sont établis, notamment grâce au logiciel de gestion documentaire.

Les résultats et actions sont communiqués en interne auprès des professionnels, par les flashs qualité, et des usagers par la CDU.

Des éléments du PAQSS peuvent être utilisés aux fins de communication externe.

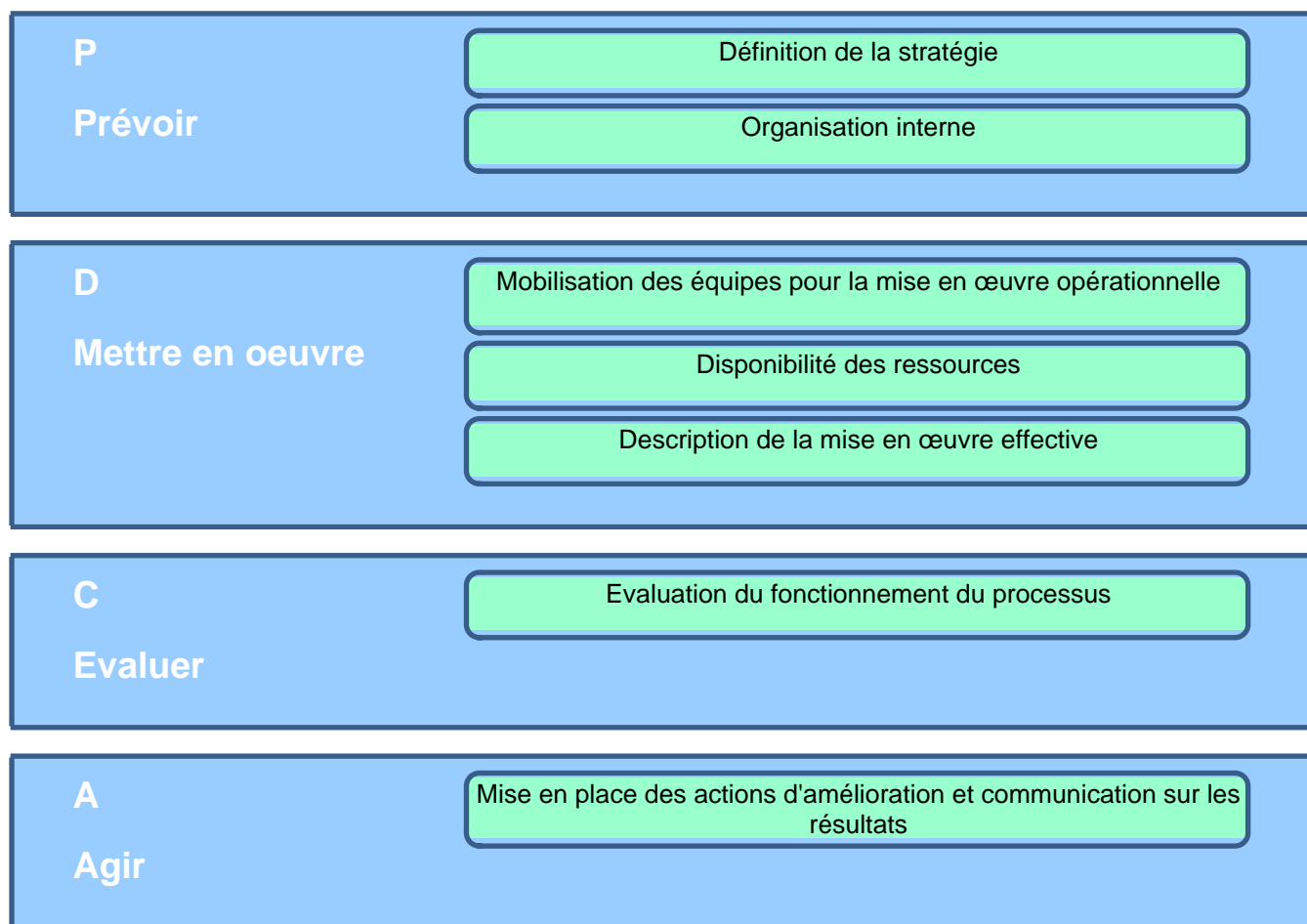
DOSSIER PATIENT

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement est engagé dans une politique et une stratégie d'informatisation de son dossier patient depuis de nombreuses années.

Cette orientation stratégique est inscrite au chapitre relatif au « Pilotage interne de l'établissement et des systèmes d'information » du CPOM 2012-2017 (qui comporte une action (07/03) informatisation du dossier patient avec 3 axes principaux d'action).

- Mise en place d'un dossier informatisé sur la base d'un logiciel commun à l'ensemble des activités sanitaires
- Adhésion au GCS e-santé dès 2011
- Etude des courriels sécurisés.

C'est un fil directeur stratégique qui s'inscrit dans des documents anciens : Élaboration du Schéma Directeur du SI de l'Association (mars 2013) et Rapport d'orientation générale des SI (en date du 1er mars 2016).

Depuis la précédente itération de la Certification, l'établissement a poursuivi sa stratégie d'informatisation du dossier du patient aujourd'hui généralisé à la totalité des structures. Une partie papier subsiste pour les documents produits essentiellement en externe sur ce vecteur et pour préserver en sécurité une continuité du Système d'information en cas de panne informatique.

Une analyse des risques a été réalisée lors de la préparation du compte qualité, à partir d'une cartographie des risques antérieure mais aussi de différentes autres sources d'information :

- résultats de la précédente itération de certification
- feuilles d'événements indésirables reçues sur le thème
- rapport annuel de la CRUQPC
- résultats de différents audits ou enquêtes
- analyse selon la méthodologie « Patient traceurs »

Il se dégage de l'analyse du compte qualité l'identification de 5 risques majeurs générant autant d'actions à mettre en place.

Le PAQSS, prévoit d'autres actions notamment celles très détaillées afférentes à l'informatisation des 10 CMPEA mais aussi des autres structures.

La version de suivi en date de 2017, révèle la cohérence PAQSS- CQ et la réalisation de la quasi-totalité des actions programmées.

ORGANISATION INTERNE

Le processus est piloté par le Médecin chef - psychiatre du CPP et un Médecin addictologue du SSRA avec l'appui en co-pilotage d'un infirmier du CPP et d'une secrétaire médicale du SSRA.

Ils se réunissent au sein d'un groupe de travail auquel participent également une autre infirmière et un cadre coordonnateur des soins.

Au niveau institutionnel, la Directrice-adjointe est référente du Système d'information par délégation du Directeur Général.

L'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines (programmes de formation cohérents et structurés), matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

Les règles de tenue du dossier (responsabilités, tenue, confidentialité, composition, utilisation, accessibilité en temps utile, archivage, etc....) sont formalisées par un certain nombre de documents diffusés pour la plupart sur le réseau informatique de l'établissement (ex : procédure « Mode d'Emploi et tenue du dossier patient au SSRA La Baronnais », Procédure « Mode d'Emploi du dossier patient au CPP La Chicotière », Document-support « Bilan de fin de prise en charge », SSRA La Baronnais – Archivage dossier Patient...).

Dans le logiciel de gestion informatisée du Dossier du Patient, des outils existent permettant une stricte et réglementaire répartition des tâches et des responsabilités dans le domaine du processus dossier patients. Enfin l'organisation relative à l'accès du patient à son dossier est décrite par procédure de décembre

2016 actualisée. Elle est établie conformément à la réglementation. Une fiche de renseignements qui est aussi une fiche qui permet au demandeur de préciser quel type d'accès il choisit, lui est associée. Les Livrets d'Accueil reprennent ce thème. Une note d'information applicable à toutes les structures a été publiée par la Direction.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle du dossier patient dans les trois secteurs d'activité (SSRA, CPP et CMPEA en cohérence avec la démarche institutionnelle est facilitée d'une part par l'engagement de différents professionnels ceux du Staff Qualité et les membres de la communauté médicale), d'autre part du fait de la taille de l'établissement qui, en dépit d'une structuration multi-sites génère des circuits de dialogue, de communication et d'échanges courts.

La mobilisation des professionnels et la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues sont aussi obtenues par l'effort institutionnel de formation des professionnels à la gestion du dossier patient.

Tous les professionnels à l'origine de l'information de l'ES ont été formés par le fournisseur du logiciel. Il existe dans chaque bloc de structures 2 référents logiciels chargés d'accompagner les nouveaux arrivants dans la découverte du fonctionnement du DIP. Conformément à la procédure d'accueil et d'accompagnement (Février 2013), la Charte informatique leur est par ailleurs remise par la DRH. A titre d'exemple, on peut indiquer que le plan de déploiement du DIP en CMPEA, a généré la formation de 70 personnes en 2016.

Les résultats des différents indicateurs sont commentés dans les unités ; les échanges en réunions, en CME, en assemblées diverses permettent de partager la recherche les pistes d'amélioration qui peuvent en être déduites.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement met à disposition des professionnels différents outils documentaires nécessaires à la gestion du dossier patient et à son archivage. Les professionnels s'y réfèrent.

Des ressources nécessaires à l'informatisation du dossier patient sont également disponibles. Il s'agit de ressources :

- en matériel (le nombre de postes est conséquent 1 par bureau de professionnel et 6 dans l'infirmerie du SSRA)
- en logiciels (logiciel de gestion administrative et d'ouverture des dossiers, logiciel propre au DPI interfacé avec le précédent)
- en réseaux (sites distants)
- en sécurisation et maintenance du système .

Des moyens sont également accordés de telle sorte que les rangements de la partie « papier » soient effectués de façon adéquate (locaux fermant à clés et/ou armoires sécurisées de rangement des dossiers aux endroits stratégiques, fonctionnalité du local d'archivage situé à l'étage du SSRA.

Les nouveaux arrivants et les remplaçants sont « doublés » sur le début de la période de recrutement. D'une façon générale, les temps de travail nécessaires à la gestion et à la tenue du dossier patient sont pris en compte.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels, et tout particulièrement ceux qui sont confrontés à l'accueil en SSRA sont sensibilisés à l'importance de l'identité-vigilance, l'établissement ayant travaillé cette question depuis plusieurs années en dépit de l'absence d'identitovigilant désigné.

L'ouverture d'un dossier patient informatisé présuppose l'ouverture préalable de son dossier administratif informatisé. A ce sujet, les interfaces dossier administratif-dossier patient fonctionnent.

Des organisations sont en place pour préserver la continuité du système (Production systématique sur papier avec classement ad-hoc des pièces indispensables à la continuité de la PC).

Les délais de transmission des dossiers aux patients (6 en 2016, 14 en 2017) sont évalués à l'aide d'indicateurs. Ils sont scrupuleusement respectés (moyenne de 4 jours). L'accès du patient à son dossier se fait donc toujours dans le délai réglementaire qu'il s'agisse de dossiers de moins ou de plus de 5 ans.

Les secteurs connaissent l'organisation définie et les professionnels s'efforcent de mettre en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

D'une façon générale la traçabilité des actions et activités réalisées est assurée au travers du Dossier Patient et les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont intégrés.

Toutefois, la communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes n'est pas toujours garantie. En ce qui concerne la communication interne entre professionnels, les notes d'entretien des psychologues ne sont pas intégrées dans la plupart des cas dans le DPI ou dans son reflet papier. D'une façon générale n'est retrouvée que la liste des dates de rendez-vous. Concernant la communication externe avec les correspondants, la lettre de liaison n'est pas mise en place au CPP. L'établissement procède à une démarche d'évolution de son logiciel DPI afin de définir un nouveau paramétrage permettant l'édition des différents attendus légaux. En outre, les Comptes-rendu d'Hospitalisation ne sont pas produits et communiqués dans le délai légal.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre de son processus sur la base d'outils identifiés.

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients (6 demandes en 2016, 14 en 2017), notamment à l'aide d'indicateurs est réalisée ; le cadre légal avec un délai moyen de transmission de 4 jours est rigoureusement respecté. Il est fait mention de ces résultats dans les rapports annuels de la CDU et les demandes reçues sont présentées de façon plus détaillée lors de chaque séance.

D'autres indicateurs permettent l'évaluation de la gestion du dossier patient.

-indicateurs IPAQSS

-mise à jour du Compte Qualité

-EPP « Parcours patients » qui indirectement fournit des informations sur la tenue des dossiers

-audits spécifiques (dont une évaluation de la tenue du Dossier en CMPea de juin 2012 et décembre 2014)

-indicateurs Hôpital numérique (D2.2, D2.3, D2 .4)

-suivi des EI relatifs à ce thème (5 en 2017)

Par ailleurs, l'établissement a réalisé en 2016 et 2017 préalablement à la visite, des évaluations selon la méthodologie des patients traceurs sur environ 4 dossiers chaque année pour chaque bloc de prise en charge.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre au regard des évaluations réalisées, en lien avec la CRU et d'une façon générale les audits et évaluations débouchent sur des actions d'amélioration.

On peut citer par exemple

- La création d'étiquettes d'identification des pièces « papier » et des prélèvements
- L'introduction, après accord des intéressés de photographie des patients dans le DIP
- La mise en place d'un classeur pour faciliter la réévaluation régulière de la douleur
- L'informatisation du courrier de sortie pour aller vers un meilleur respect des délais légaux d'information.

Des communications sont réalisées :

- restitution des résultats lors de réunions flash Qualité et en CME.
- informations réalisées en CDU
- affichages divers

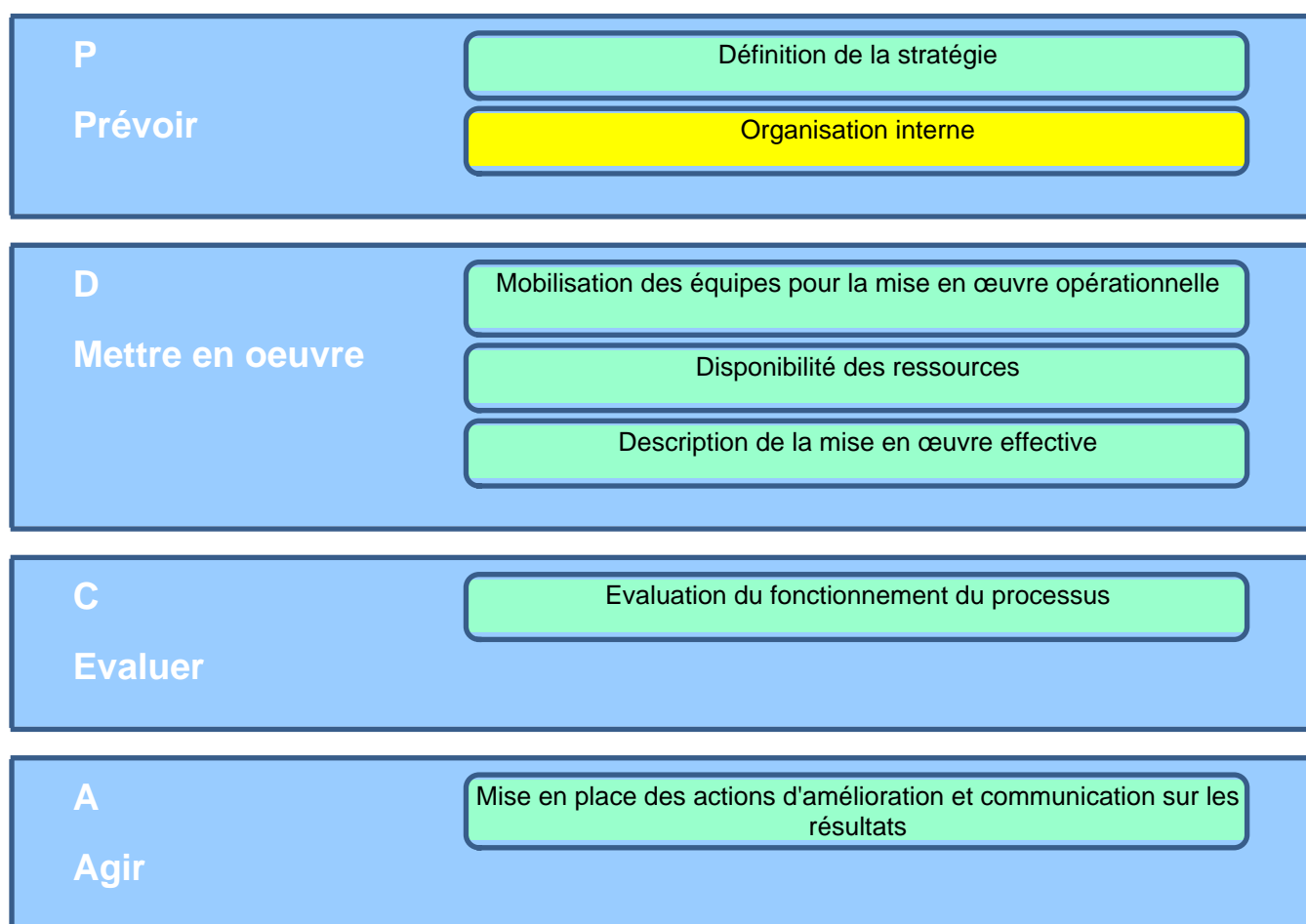
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

L'association "les APSYADES" comporte des structures sanitaires (statut d'ESPIC) et une partie médico-sociale (CSAPA).

La partie sanitaire est constituée par :

- des entités en charge de la santé mentale (lieu d'écoute "autrement dit", 10 CMPEA pour la prise en charge ambulatoire infanto-juvénile, un CPP "la chicotière" associé à un HDJ et à un appartement thérapeutique pour la prise en charge adulte),
- un SSR Addictologie.

Les CMPEA et le lieu d'écoute, structures de soins ambulatoires, à titre de consultations, d'entretiens, d'activités de groupe, ne gèrent pas les traitements des patients, n'ont aucun médicament stocké et ne sont donc pas concernés par la prise en charge médicamenteuse.

La prise en charge médicamenteuse ne concerne donc que le SSRA et le CPP. Pour l'HDJ, les patients gèrent eux-mêmes leur traitement éventuel du midi. A l'appartement thérapeutique, les 4 patients gèrent aussi leur traitement dans le cadre de leur autonomisation de vie.

Un Contrat de Bon Usage du Médicament et des Dispositifs Médicaux (CBUM) 2015-2018 a été signé avec l'ARS des Pays de la Loire par l'association, et concerne le SSRA et le CPP. Ce CBUM est une annexe au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2012-2017. Dans ce CBUM, concernant la qualité et la sécurité de la prise en charge des produits de santé, les principaux objectifs prioritaires sont notamment de renforcer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse par l'informatisation du circuit du médicament et de structurer l'analyse pharmaceutique. Pour l'hospitalisation complète, SSRA et CPP fonctionnent, en l'absence actuelle de PUI, avec 2 pharmacies d'officine. Des conventions ont été signées avec les 2 pharmaciens propriétaires de celles-ci.

Enfin, un Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins (CAQES) est en projet entre l'ARS et l'association, et concerne le SSRA, le CPP et les CMPEA. Il devrait être signé en janvier 2018. L'établissement s'engage à améliorer et à sécuriser le circuit du médicament et à mettre en oeuvre une politique de qualité de la prise en charge médicamenteuse.

L'association "les Apsyades" dispose d'un compte qualité pour sa partie sanitaire, construit à partir d'un certain nombre de risques identifiés. Il a été élaboré sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres. Cette analyse a été faite au regard du rapport de certification HAS V2010 faite en 2014, avec un additif en 2015 (exemple de la recommandation sur le management de la prise en charge médicamenteuse), des fiches d'évènements indésirables, des EPP (audits parcours patient, audits patient traceur, audits interdiag).

La méthode d'analyse utilisée est celle de la HAS avec fréquence, gravité, criticité et niveau de maîtrise. Ainsi 3 risques concernant la prise en charge médicamenteuse ont été cartographiés dans le compte qualité.

Ces risques ont été repris pour élaborer le PAQSS qui est formalisé et priorisé. 3 actions ont ainsi été définies. Concernant le risque relatif à la dispensation, l'action corrective a été la mise en place d'une convention avec un pharmacien d'officine pour l'analyse pharmaceutique et le contrôle du stock de médicaments.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Elle repose sur l'action de 4 personnes : le médecin chef et le cadre coordonnateur des soins du SSRA, le médecin chef et la cadre coordonnateur du CPP. Ils ont en charge le pilotage du processus relatif à la prise en charge médicamenteuse. Leurs rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans une fiche de fonction "pilote".

Les membres du groupe opérationnel propre à ce processus sont le pharmacien d'officine du SSRA et 2 infirmières. Cette composition a été validée par les instances (codir et CME).

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'association "les Apsyades" a organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines, avec 2 pharmaciens d'officine, un en charge du SSRA, l'autre en charge du CPP, avec fiches de mission ad hoc.

Il y a une procédure de pharmacovigilance, avec désignation de responsables.
Des actions de sensibilisation en lien avec le circuit du médicament sont organisées (par exemple, il y a eu un "interdiag médicaments" relatif à la prise en charge médicamenteuse).

On doit signaler aussi l'organisation prévue en termes de ressources :

- matérielles : le SSRA et le CPP comprennent chacun 1 infirmerie, adaptée et sécurisée.
- et documentaires : il existe une procédure sur l'organisation du circuit du médicament, écrite par le médecin chef du SSRA et approuvée par le directeur. A disposition des professionnels, il y a le logiciel de gestion documentaire. Un livret thérapeutique avec le classement des médicaments par nom et par famille a été élaboré, et mis à disposition dans les 2 infirmières.

Concernant les FEI relatives au circuit du médicament, celles-ci sont adressées, grâce au logiciel de gestion documentaire, à la responsable qualité et aux 2 cadres coordonnateurs des soins. Elles sont analysées, en lien avec les pharmaciens. L'établissement étant de petite taille, il est à noter que les mêmes acteurs se retrouvent dans la plupart des instances, ce qui optimise le partage de l'information.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activité. Ainsi, les cadres coordonnateurs des soins du SSRA et du CPP participent aux diverses réunions organisées avec la direction.

Ces cadres font ensuite régulièrement des points avec les infirmier(e)s.

La responsable qualité anime par ailleurs des flashs qualité à l'attention des personnels.

Toutefois, l'organisation de la prise en charge médicamenteuse du patient est insuffisamment définie. L'établissement ne dispose pas de Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS).

De plus, la continuité du traitement médicamenteux n'est pas totalement garantie. Dans le cadre de ses modalités de fonctionnement à la date de la visite et du non achèvement de l'informatisation complète du processus de PECM, des risques relatifs au non respect de la continuité du traitement médicamenteux subsistent. Ainsi :

- au SSRA et au CPP, dans l'infirmerie, le stockage des médicaments, tant pour le traitement des patients, que pour les médicaments en dotation pour besoins urgents, est tracé sur des fiches papier, et n'est pas tracé sur le logiciel du circuit du médicament de l'établissement.

- au CPP, les ordonnances provenant des médecins traitants des patients, qui les consultent par exemple pour une pathologie intercurrente, ne font pas toutes l'objet d'une nouvelle prescription par les médecins de la structure sur le logiciel du circuit du médicament.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Un plan d'action opérationnel, avec 3 actions, a été établi en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent et forment les professionnels sur les risques d'erreur médicamenteuse (EPP, CREX relatif au médicament, formations, sensibilisation au signalement des EI). Les pharmaciens s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Par exemple, ils procèdent à une analyse pharmaceutique des traitements et tracent les livraisons de médicaments. La responsable qualité et les cadres coordonnateurs des soins du SSRA et du CPP analysent les fiches d'incident et de signalement d'événements indésirables liés au circuit du médicament, en lien avec les pharmaciens, et informent les professionnels de leurs résultats (lors des réunions régulières dans chacune de ces structures). Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources nécessaires au fonctionnement du processus de la PECM sont disponibles :

- en compétences avec les 2 pharmaciens. Il a aussi été désigné un responsable de la pharmacovigilance,
- en matériel, avec une infirmerie dans chaque structure. L'infirmerie du SSRA contient un chariot d'urgence, avec défibrillateur, et un sac d'urgence. L'infirmerie du CPP contient une trousse d'urgence. Chaque infirmerie contient des chariots à médicaments, contenant les semainiers des patients, identifiés pour chaque patient. Chaque infirmerie contient une armoire où sont stockés les médicaments de dotation pour besoins urgents.
- et en documentation avec une procédure sur le circuit du médicament, un protocole sur le chariot d'urgence, une procédure de pharmacovigilance, des recommandations de prescription chez la personne âgée, une disponibilité des FEI.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les IDE connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre la procédure établie sur le circuit du médicament.

Ce circuit se décompose ainsi :

- pour la prescription, il y a d'un support unique de prescription. Chaque médecin prescripteur a un code personnel d'accès au logiciel médicamenteux. Il y a une alerte pour les interactions, les contre-indications.. sur le logiciel, avec 3 niveaux.

- pour la dispensation, au SSRA et au CPP, ce sont les IDE de nuit qui préparent les semainiers des patients,

- pour l'administration, les règles de bonnes pratiques sont respectées : l'administration est faite par les IDE, tant au SSRA qu'au CPP. Les médicaments buvables sont donnés en extemporané.

Les conditions de stockage des médicaments dans les infirmeries sont sécurisées, avec des armoires fermées à clef. Tant au SSRA qu'au CPP, les médicaments stupéfiants des patients sont conservés dans des coffres fermés à clef. Chaque infirmerie comprend un réfrigérateur, pour les médicaments devant être conservés au froid (insulines...), avec un thermomètre et un relevé des températures.

Dans chaque infirmerie, il existe une armoire contenant la dotation pour besoins urgents.

La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie est recherchée.

Il y a une analyse pharmaceutique à priori du traitement complet du patient, faite par les 2 pharmaciens.

La permanence pharmaceutique est organisée. En semaine, les 2 pharmaciens sont joignables et se déplacent (pharmacie respective proche de la structure dont ils sont les pharmaciens). Le week end et les jours fériés, il est si besoin utilisé la dotation pour médicaments urgents.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La responsable qualité assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'indicateurs, produits notamment grâce au recueil des FEI liées aux erreurs médicamenteuses, aux CREX relatifs au circuit du médicament, aux sensibilisations des soignants au circuit des médicaments lors des flash qualité, aux EPP relatives au circuit du médicament (audits interdiag), aux audits patient traceur et aux parcours patient.

Ces indicateurs sont le nombre de FEI, de CREX, de professionnels sensibilisés, d'EPP et réévaluations suite à ces EPP, pour les audits interdiag, patients traceur, parcours patient. Ils sont réalisés avec les professionnels concernés.

L'établissement élabore des indicateurs IPAQSS : ICALIN pour le SSRA et le CPP, ICSHA pour le CPP. Il n'est pas soumis à l'indicateur ICATB.

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 PAQSS institutionnel. Par exemple, une action a consisté en la rédaction d'une procédure relative au circuit du médicament, avec comme responsable le médecin chef du SSRA à l'échéance de décembre 2017. Un autre exemple est que lors d'un CREX relatif au médicament, il avait été identifié une erreur d'administration par thérapeutique sous forme liquide, de même couleur (sérum physiologique et chlorexidine). L'action corrective a été le changement de conditionnement de ces thérapeutiques, avec des couleurs différentes, et des endroits de stockage différents.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. Il y a ainsi le logiciel de gestion documentaire, consulté par les professionnels. La communication des résultats et actions est réalisée en interne en direction des instances et des professionnels, dans le cadre notamment des flashs qualité. des éléments du PAQSS peuvent être utilisés aux fins de communication externe..