



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

# **MAISON POUR ENFANTS À CARACTÈRE SANITAIRE SPÉCIALISÉ DE CASTELNOUVEL**

Castelnouvel  
31490 LEGUEVIN

Octobre 2013

# SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Présentation du document	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	10
1. Les décisions par critères du manuel	11
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4.Suivi de la décision	14
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	15
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	16
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE	17
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	19
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	20
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	24
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	28
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Fiche de suivi ayant fait l'objet d'une analyse par la HAS dans le cadre de la modalité de suivi	30
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	46

# PREAMBULE

L'additif dont vous disposez contient des éléments ayant fait l'objet du suivi décidé par la Haute Autorité de Santé.

A ce titre, nous vous invitons à consulter les précédentes productions de nos services afin de connaître le périmètre concerné par cette modalité de suivi.

## 1. Présentation du document

Ce document peut comporter :

- une présentation de l'établissement actualisée,
- les critères ayant fait l'objet du suivi (uniquement les critères pour lesquels l'établissement a souhaité réaliser une fiche de suivi),
- une synthèse de la décision de la Haute Autorité de santé,
- des fiches de suivi ayant fait l'objet d'un traitement par la Haute Autorité de Santé
- des plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification.

Il ne comporte pas plusieurs parties du rapport de visite de certification telles que :

- la présentation graphique des résultats,
- le suivi des précédentes décisions de la Haute Autorité de Santé,
- les indicateurs de la Haute Autorité de santé,
- le bilan des contrôles de sécurité sanitaire.

Si vous souhaitez des résultats actualisés concernant l'établissement, nous vous invitons à consulter le site Internet Platines <http://www.platines.sante.gouv.fr>

Cet additif au même titre que le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale de Santé) et est rendu public.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement de progresser dans certains domaines,
- des réserves : constat(s) d'insuffisances dans des domaines,
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité.

<b>Certification</b>	Sans recommandation
<b>Certification avec recommandation(s)</b>	Au moins une recommandation
<b>Certification avec réserve(s)</b>	Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)
<b>Décision de surseoir à la Certification = Réserve(s) majeure</b>	Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)
<b>Non certification</b>	Une décision de non certification est prise dès lors qu'un établissement fait l'objet de plusieurs réserves majeures et réserves). Elle peut également être prise suite à une décision de surseoir à la certification pour un établissement qui n'aurait pas amélioré significativement à l'échéance fixée, les dysfonctionnements constatés.

# 1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

# MAISON POUR ENFANTS A CARACTERE SANITAIRE SPECIALISE DE CASTELNOUVEL

**Adresse :** Mecs castelnouvel  
31490 Leguevin HAUTE-GARONNE

**Statut :** Privé

**Type d'établissement :** Etablissement de santé privé  
d'intérêt collectif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Soins de suite et/ou de réadaptation	60	20	0

Nombre de sites.:	Un site.
Activités principales.:	La maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS) accueille des enfants et des adolescents présentant une épilepsie pharmacorésistante avec ou sans troubles associés (troubles psychopathologiques, déficience intellectuelle, troubles du comportement...). Certains patients peuvent dépasser l'âge de dix-huit ans.
Activités de soins soumises à autorisation.:	Activité de soins de suite et de réadaptation (SSR).
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certification des prestataires de service cuisine : charte qualité.</li> <li>- Entretien des locaux : prestataire extérieur en cours de certification Normes ISO.</li> <li>- Blanchisserie ELIS Languedoc-Roussillon : Norme NF EN 14065 mai 2003 « Textiles traités en blanchisserie ». Système de maîtrise de la biocontamination.</li> <li>- Laboratoire de biologie : prestataire extérieur NF EN ISO 15189.</li> </ul>

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convention (coopération) avec le centre hospitalier universitaire (CHU) :</li> <li>- secteur de neuropédiatrie de Purpan ;</li> <li>- secteur neurologie adulte de Rangueil ;</li> <li>- secteur de neurologie pour adulte ;</li> <li>- coopération avec des établissements du secteur médico-social (IME, MAS, ESAT et FAM, foyers de vie) et les services sociaux (aide sociale à l'enfance) ;</li> <li>- partenariat avec la psychiatrie : UCHA, CMP de Léguevin et de Colomiers, clinique Castelviel ;</li> <li>- partenariat avec les établissements spécialisés pour l'accueil d'adultes épileptiques.</li> </ul>
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/

## Réorganisation de l'offre de soins

Création d'activités nouvelles ou reconversions.:

Développement de consultations externes adultes et enfants en provenance d'établissements du secteur médico-social.

## 2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE



Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec recommandation(s).

## 1. Les décisions par critères du manuel

### RECOMMANDATION(S)

1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles) .

## 2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations, issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité, l'ensemble des contrôles et inspections a été réalisé; l'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

### 3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé

L'établissement n'est pas assujetti au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de Santé.

#### 4.Suvi de la décision

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité et à améliorer son organisation et ses pratiques. Il devra remettre dans un délai de 3 mois un plan d'actions avec échéancier pour la recommandation non levées suite à cette nouvelle délibération.

## 3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

# PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

**Critère 1.f**  
**Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles**



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

En grande partie

L'établissement a rédigé une note d'orientation 2012-2016 déclinant la stratégie de l'établissement en matière de développement des EPP : « Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles ». Les documents mis à disposition ne déclinent pas de plan d'actions dans le programme qualité et sécurité des soins.

Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.

Oui

Le comité de pilotage qualité/gestion des risques, dont sont membres le directeur et la présidente de la CME, coordonne l'ensemble de la politique qualité. Il arrête l'ensemble des EPP retenues, désigne les pilotes et les membres des groupes de travail. La CME propose les thèmes médicaux à retenir.

Les missions et les responsabilités sont définies afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.

Oui

Un référent et les participants aux EPP sont identifiés. Chaque groupe est chargé de l'organisation de son EPP (mise en place, grille d'analyse le cas échéant, recueil des données, communication, amélioration des pratiques...).

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**



Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	Oui	La présidente de la conférence médicale d'établissement (CME) et la responsable qualité ont bénéficié d'une formation. Des sensibilisations et des formations avec mise à disposition de documents ont permis d'informer la majorité des professionnels.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	La cellule qualité et gestion des risques est informée de l'état d'avancement des EPP par les différents référents. Le comité de pilotage assure le suivi de l'avancement des EPP à périodicité définie. La responsable qualité tient à jour un tableau de bord de l'avancée des EPP. Les thématiques médicales sont évaluées en CME. Les sujets ayant trait au médicament sont évalués en COMEDIMS. Au terme d'une démarche d'EPP, le pilote élabore une synthèse des conclusions et axes d'amélioration. Les objectifs d'amélioration sont intégrés au plan d'amélioration de la qualité.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	En grande partie	Les informations sont disponibles sur la gestion documentaire intranet. Les participants aux groupes en réfèrent aux autres collègues. Le dispositif d'information n'est pas pour autant structuré dans ses objectifs ou cibles.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	Les différentes instances sont informées des démarches d'EPP en cours, de leur avancée et des résultats. La synthèse rédigée à l'issue de chaque démarche EPP est communiquée à l'ensemble des professionnels concernés, ainsi qu'aux représentants des usagers.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	En grande partie	Il est prévu que la stratégie du développement et de la gestion des EPP soit réévaluée tous les quatre ans dans le cadre de la réactualisation du projet d'établissement. Compte tenu du caractère récent de la formalisation, celle-ci n'a pas encore été révisée.

## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

## PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

## Référence 12: La prise en charge de la douleur

**Critère 12.a - Soins de suite et/ou de réadaptation**  
**Prise en charge de la douleur**



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).

Oui

Une politique de la prise en charge de la douleur est en place avec des objectifs, des besoins et les moyens identifiés. Le CLUD a élaboré certains protocoles, en a revalidé d'autres, et assure le déploiement de la stratégie de la prise en charge de la douleur.

Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.

Oui

Des protocoles analgésiques sont en place. Ils sont individuels, personnalisés et anticipés pour chaque patient et figurent dans leur dossier, donc accessibles et rédigés par un praticien. Ils sont adaptés au type de pathologie accueillie. Depuis janvier 2013, trois échelles de prise en charge de la douleur sont intégrées au DPI qui permet l'application des protocoles généraux et individuels de la douleur par les médecins et les IDE. Le personnel est sensibilisé aux douleurs potentielles induites par les soins chez les plus jeunes et les plus grands.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	En grande partie	Une IDE a un DU douleur. Le restant du personnel a plutôt bénéficié d'une sensibilisation que d'une formation structurée.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	L'éducation du patient est adaptée aux activités et à la pathologie des patients. Un travail est en cours, en particulier par l'intermédiaire d'une EPP, pour améliorer l'éducation du patient et la prise en charge par les soignants.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Le dossier patient informatisé intègre des échelles et protocoles généraux et individuels permettant la suppression des deux documents papier de traçabilité de la prise en charge de la douleur. Lors de l'examen médical d'entrée, le médecin note le niveau algique du patient. Pour autant, l'établissement n'a pas évalué l'effectivité de cette traçabilité.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Depuis septembre 2012, l'IDE surveille l'efficacité du traitement antalgique administré au bout d'une heure et trace dans le DPI. Si la douleur persiste, l'IDE procède à de nouvelles évaluations jusqu'à cessation de la douleur et trace. Au terme de trois heures, elle contacte le médecin pour adapter une prise en charge via une prescription dans le DPI.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des moyens d'évaluation de la douleur sont disponibles pour les types de patients accueillis (trois échelles différentes à disposition).
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Le cadre infirmier et le médecin référent douleur s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils en particulier au moment des réunions de la commission des soins infirmiers (CSSI). Une EPP est en cours sur le thème des antalgiques.

<p>La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.</p>	<p>Oui</p>	<p>Chaque protocole individuel est évalué et réajusté au moins annuellement. Une EPP ancienne a permis de constater la présence de la feuille individuelle de prescription anticipée d'antalgiques et la traçabilité de l'administration. L'évaluation de la qualité, de l'efficacité de la prise en charge globale et de la stratégie générale a été évaluée dans le cadre d'une EPP (audit clinique d'avril 2013 à juin 2013).</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration ont été mises en place suite aux évaluations successives (prescription, traçabilité). Le suivi est organisé.</p>
<p>L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.</p>	<p>Oui</p>	<p>De façon récente, l'établissement a participé par vidéoconférence à un partage d'expériences avec l'UGECAM.</p>

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

**Critère 20.a bis - Soins de suite et/ou de réadaptation**  
**Prise en charge médicamenteuse du patient**



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

Oui

Les règles de prescription sont formalisées avec des supports validés. L'informatisation est opérationnelle depuis septembre 2012. Le support de prescription et d'administration est unique.

La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.

Oui

La gestion du traitement personnel est assurée et inscrite dans une procédure. Pour des raisons pratiques, le traitement personnel peut être continué quelques jours le temps d'obtenir le médicament identique (ce qui est particulièrement important pour ces patients en traitement chronique). Le plus souvent, il est stocké de façon sécurisée ou redonné aux parents. Les prescriptions à l'admission et à la sortie tiennent compte des traitements antérieurs et des éventuelles adaptations.

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.

Oui

L'établissement a formalisé les modalités de la dispensation des médicaments. L'analyse pharmaceutique est réalisée à chaque nouvelle prescription ou sa modification. La délivrance est nominative pour les traitements ponctuels (occasionnels) avec une dotation pour une semaine. La délivrance est globale pour dix jours pour les traitements



	Oui	chroniques (antiépileptiques) majoritaires dans l'établissement vu la pathologie accueillie. La dotation et la réponse pour besoins urgents sont assurées. Le conditionnement est adapté. La sécurité de l'acheminement est assurée. L'optimisation des stocks est assurée et intégrée dans le nouveau logiciel.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles d'administration et de traçabilité des médicaments sont définies, validées, actualisées et accessibles. Le matériel d'administration est standardisé selon sa destination (pochettes pour les groupes ou pilulier pour les individus, par horaire et par jour). Le personnel dédié assure le rangement des médicaments et leur répartition dans les poches, pochettes ou piluliers. La traçabilité de l'administration est organisée.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Depuis septembre 2012, les prescriptions sont réalisées dans le logiciel. Les règles de prescription sont mises en œuvre.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique est réalisée. La délivrance nominative est en place pour les médicaments autres que les antiépileptiques.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées en particulier pour les médicaments en pédiatrie. Il n'y a pas d'autres préparations médicamenteuses.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	S'agissant essentiellement de traitements chroniques et de séjours de longue durée avec un objectif d'éducation thérapeutique et d'autonomie des jeunes patients, l'établissement a ressenti le besoin de vérifier l'efficacité de cette information. Une démarche EPP est en cours, visant la mise en place d'une éducation thérapeutique structurée. La traçabilité de cette information donnée est réalisée.

<p>La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Sur l'unité de soins, l'IDE trace en temps réel sur le DPI les médicaments qu'elle administre (gouttes buvables, injectables, traitements des demi-pensionnaires, des stupéfiants et les traitements de tous les jeunes présents les week-ends). Sur les lieux de vie, les éducateurs tracent sur le DPI la distribution des poches de traitements chroniques. Ces poches de médicaments sont préparées et vérifiées par les IDE (double contrôle infirmier). Le contenu de la poche est sous la responsabilité des IDE. La traçabilité de cette administration est faite de façon décalée, l'ordinateur ne se trouvant pas dans cette salle de repas. Ils disposeront d'un ordinateur portable pour faciliter la traçabilité en temps réel. Pour certains patients, allant vers l'autonomie, l'IDE trace sur le DPI le remplissage et la vérification du pilulier hebdomadaire.</p>
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un bilan annuel est réalisé. Chaque incident signalé sur une fiche spécifique fait l'objet d'une analyse (COMEDIMS) et d'un plan d'actions.</p>
<p>Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions sont mises en oeuvre concernant le bon usage des médicaments en particulier les antibiotiques et antalgiques. En ce qui concerne les traitements chroniques (antiépileptiques essentiellement), ils font bien l'objet d'une adaptation permanente, une des raisons mêmes de l'objectif de l'établissement et concernant l'ensemble des acteurs, y compris éducatifs. La pertinence des prescriptions des traitements chroniques est revue lors de l'émission des bulletins de santé faits avant les vacances (décembre, avril et juillet).</p>

# SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 24/04/2012 au 27/04/2012	Certification avec recommandations	rapport de suivi et/ou plan d'action	6
Rapport de suivi	JUILLET 2013	Certification avec recommandations	plan d'action	3

	Visite initiale	Rapport de suivi
1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles)	Recommandation	Recommandation
12.a (Prise en charge de la douleur) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Décision levée
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Décision levée

## ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Fiches de suivi engageant l'établissement pour la prochaine  
procédure de certification

Les fiches de suivi donnent à l'établissement l'opportunité de montrer sa réactivité dans la résolution d'une problématique donnée et de rendre compte des actions menées. Ces fiches de suivi ont fait l'objet d'une analyse par la Haute Autorité de Santé ce qui lui a permis, le cas échéant, de modifier la cotation du critère impacté.



Titre du projet d'amélioration:

Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Problématique:

E1-EA1 - Partiellement

Améliorer la formalisation de la stratégie de développement des EPP.

E1-EA2 - En grande partie

Définir la périodicité des réunions de la cellule qualité, sécurité des soins et gestion des risques.

E2-EA2 - En grande partie

Définir les modalités de suivi de l'avancement des EPP et leurs bilans (périodicité, instances concernées).

E2-EA3 - En grande partie

Mieux structurer le dispositif d'information sur la stratégie de l'établissement en matière de développement des EPP et des résultats obtenus.

E3-EA1 - En grande partie

Programmer des bilans périodiques sur l'avancée et les résultats des EPP.

E3-EA2 - En grande partie

Réviser à périodicité définie la stratégie de développement des EPP.

Résultats obtenus:

E1-EA1 - Partiellement

Une note d'orientation 2012-2016 déclinant la stratégie de l'établissement en matière de développement des EPP a fait l'objet d'une communication en interne à l'ensemble des professionnels. Elaborée par la direction, cette note d'orientation a été validée (avant communication) par la présidente de la CME et la cellule qualité, sécurité des soins et gestion des risques.

E1-EA2 - En grande partie

La périodicité des réunions de la cellule qualité, sécurité des soins et gestion des risques a été définie :

- la cellule se réunit une fois par trimestre selon un calendrier défini en début d'année scolaire ; elle est composée du directeur, du cadre de santé (RAQ) et de la présidente de la CME. Des personnes ressources peuvent se joindre à ce temps de travail en fonction des thèmes à traiter ;
- la CME se réunit également une fois par trimestre ;
- la COMEDIMS se réunit une fois par trimestre.

E2-EA2 - En grande partie

Les modalités de suivi des EPP sont définies dans la note d'orientation.

Chaque chef de projet rend compte périodiquement de l'avancée de son EPP à chaque réunion de la CME, de la COMEDIMS, du CLIN et de la cellule qualité.



Le RAQ est chargé de tenir à jour le tableau de bord de suivi des EPP. Ce tableau de bord est consultable par l'ensemble des professionnels via intranet.

E2-EA3 - En grande partie

La note d'orientation 2012-2016 définit la stratégie de l'établissement en matière de développement des EPP et les modalités de communication des résultats.

E3-EA1 - En grande partie

Bilans périodiques des résultats : a minima une fois par trimestre dans les différentes instances (cellule qualité, CME, COMEDIMS, CLIN) et mensuellement dans le cadre des réunions de soins infirmiers où peuvent participer le médecin ou la pharmacienne. Si nécessaire des réunions intermédiaires peuvent être programmées.

Suite aux bilans des EPP, un plan d'action d'amélioration est défini dans le PAQ et son suivi est assuré par la cellule qualité et autres instances concernées.

E3-EA2 - En grande partie

La stratégie du développement des EPP est évaluée tous les quatre ans dans le cadre de la réactualisation du projet d'établissement en concertation avec la CME.

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Jean-Paul Naureils	Jean-Paul Naureils, Françoise Juillard	Dr Perrier, A. P. Farrugia, L. Vidal, R. Vaissière

## Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
Elaboration de la note d'orientation 2012-2016, déclinant la stratégie de l'établissement en matière de développement des EPP.	Réalisée	27/08/13 00:00
Dernière réactualisation du tableau de bord des EPP.	Réalisée	08/08/13 00:00
Calendrier des réunions de suivi et bilans des EPP (cellule qualité, CME, COMEDIMS).	En cours	25/09/13 00:00

## Etat d'avancement des évaluations

Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Audit sur les calendriers de suivi des EPP - nombre de réunions, quelles instances.	Prévue	23/10/13 00:00
Audit sur la qualité de la communication concernant les EPP - questionnaire auprès des professionnels de l'établissement.	Prévue	22/01/14 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Réunions de la cellule qualité, de la CME, de la COMEDIMS (a minima trois fois par an) + réunions mensuelles des soins infirmiers.

Validation institutionnelle:

Fiche de suivi intégrée dans le PAQ 2012-2016

Planification des revues de projet:

La stratégie du développement des EPP est suivie par la cellule qualité, et la CME



# FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Prise en charge de la douleur

Problématique:

E1-A2 - En grande partie

- Il n'y a pas de protocole général ni individuel qui envisage la gradation des moyens thérapeutiques.

- Le personnel est plus sensibilisé aux douleurs potentielles induites par les soins chez les plus jeunes que pour les plus grands.

E2-A1 - En grande partie

Une IDE a un DU douleur. Le restant du personnel a plutôt bénéficié d'une sensibilisation que d'une formation structurée.

E2-A2 - En grande partie

Amélioration de l'éducation du patient et de la prise en charge par les soignants.

E2-A3 - En grande partie

La traçabilité de l'administration des antalgiques est assurée par deux documents papier figurant dans le dossier actuel. L'adaptation au nouveau logiciel est attendue. Lorsqu'un patient ne se déclare pas algique, il n'y a pas de mesure notée. Lorsqu'un patient est algique, il n'y a toujours pas de deuxième mesure.

E2-A4 - Partiellement

Le fait pour un patient donné de ne pas revenir et refaire une demande est pour l'établissement signe que le traitement a été efficace. Il n'y a pas d'échelle de valeur dans ce cas et la situation est laissée à l'appréciation supposée du patient.

E3-A2 - En grande partie

L'évaluation de la qualité, de l'efficacité de la PEC globale et de la stratégie générale n'est pas évaluée.

Résultats obtenus:

E1-A2 - En grande partie

Depuis janvier 2013, les trois échelles de prise en charge de la douleur EV, EVA et EDIN sont intégrées au DPI qui permet l'application des protocoles généraux et individuels de la douleur par les médecins et les IDE.

Amélioration proposée par le CLUD :

Le traitement antalgique est prescrit à partir du niveau 2 pour l'échelle EV et EVA :

- niveaux 2 et 3 : demi-dose maximale par prise ;
- niveau 4 : dose maximale orale, intrarectale ou protocole paracétamol IV.

Niveau 1 pour l'échelle de EDIN :

- entre 1 et 9 : demi-dose maximale par prise ;
- de 10 à 14 : dose maximale orale, intrarectale ou protocole paracétamol IV.

Indications du protocole paracétamol IV :

- vomissements ;
- douleurs aiguës ;
- éventualité d'une intervention chirurgicale.

Mars 2013 : révision et réactualisation du protocole général qui envisage la gradation des moyens thérapeutiques.

Depuis mars 2013 : révision et réactualisation des protocoles individuels qui envisagent la gradation des moyens thérapeutiques pour les nouveaux entrants. Réactualisations en cours pour les autres.

Concernant les douleurs liées aux soins pour tous les jeunes de l'institution - prélèvements sanguins, injections IV, vaccinations.

Anesthésiant local EMLA PATCH proposé à tous les jeunes :

- par le médecin, lors de l'examen d'entrée pour les prélèvements sanguins, une injection IV et une vaccination. Information prescrite sur le protocole individuel « douleur », intégré au DPI ;
- en application du protocole individuel, le patch est mis en place par l'IDE une heure avant la réalisation du soin prescrit et tracé dans le DPI.

Janvier 2013 : réactualisation de la procédure de PEC de la douleur, 31 OPC intégrant ces améliorations.

Février 2013 :

- information lors du CSSI aux IDE pour mise en œuvre des améliorations dans le cadre de la PEC des douleurs induites par les soins ;
- évolution du DPI avec : intégration des échelles, des protocoles généraux et individuels et traçabilité dans le DPI.

Mars 2013 :

- recueil par le médecin du souhait de chaque jeune concernant l'usage du patch lors des prélèvements sanguins, injections IV et vaccinations : à noter dans le DPI et à intégrer dans les protocoles individuels.

E2-A1 - En grande partie

- Formation des IDE à la PEC de la douleur prévue lors du plan de formation 2014 dans le cadre du développement professionnel continu des soignants.

E2-A2 - En grande partie

- A la visite de préadmission : le livret d'accueil comprenant entre autres le contrat de lutte contre la douleur est remis au patient et à sa famille.
- A l'admission du jeune : au cours d'un entretien individuel, le cadre infirmier informe le patient et sa famille des modalités de prise en charge de la douleur conformément à la procédure décrivant les échelles d'évaluation.
- Tout au long du séjour, pour tout patient algique, l'IDE lui explique à nouveau comment évaluer sa douleur et applique le protocole indiqué par le médecin.
- Lors de la prochaine semaine de la sécurité des patients (novembre 2013), l'établissement a choisi de cibler la thématique de la prise en charge de la douleur.

E2-A3 - En grande partie

Evolution du DPI avec intégration des échelles et protocoles généraux et individuels permettant la suppression des deux documents papier de traçabilité de la PEC de la douleur. Lors de l'examen médical d'entrée, le médecin note dans la rubrique concernée sur le DPI le niveau algique du patient.

Février 2013 : évolution du DPI avec intégration des trois échelles d'évaluation de la douleur choisies.

Depuis février 2013 : début de l'intégration des protocoles généraux et individuels permettant la suppression des documents papier de traçabilité de la PEC de la douleur.

Depuis mars 2013 : évolution du DPI qui intègre lors de la consultation d'entrée la traçabilité de la prise en compte de la douleur du patient à son arrivée, soit :

patient non algique ou patient algique.

#### E2-A4 - Partiellement

Amélioration du suivi du soulagement de la douleur par IDE depuis septembre 2012 avec deuxième évaluation systématique par l'IDE.

Évaluation de la douleur par l'IDE, en l'absence du médecin :

- administration du protocole individuel prescrit ;
- surveillance à l'infirmierie pour évaluation de l'efficacité du traitement antalgique administré au bout d'une heure et traçabilité dans le DPI (deuxième évaluation) ;
- si persistance de la douleur : surveillance systématique pour réévaluation de la douleur à l'infirmierie jusqu'à cessation de la douleur et traçabilité dans le DPI ;
- appel au médecin au terme de trois heures si toujours pas d'efficacité, pour adapter une prise en charge via une prescription dans le DPI ;
- retour sur le lieu de vie ou école après cessation de la douleur.

Septembre 2012 : mise en œuvre de la deuxième évaluation systématique dans le cadre du suivi du soulagement de la douleur par IDE.

Janvier 2013 : Réactualisation de la procédure de la prise en charge de la douleur.

Février 2013 : traçabilité dans le DPI du suivi du soulagement de la douleur par IDE.

#### E3-A2 - En grande partie

Dans le cadre de l'EPP : audit clinique d'avril 2013 à juin 2013, afin d'évaluer la qualité, l'efficacité de la prise en charge globale et la stratégie générale :

- prise en compte de la douleur du patient par le médecin lors de son admission ;
- rédaction des protocoles individuels ;
- application par les IDE des protocoles et traçabilité ;
- suivi par les IDE du soulagement de la douleur et traçabilité ;
- recensement des motifs de PEC de la douleur des jeunes ;
- réactualisation des protocoles généraux et individuels ;
- réactualisation de la procédure si besoin ;
- formation et sensibilisation des professionnels.

Octobre 2013 :

Stratégie générale : réévaluation des objectifs, des besoins et des moyens dans le cadre du CLUD à périodicité définie en janvier de chaque année. Réactualisation de la note d'orientation 2008-2011.

Décembre 2013 : mise en œuvre de l'audit clinique et à périodicité définie en octobre de chaque année.

Actions d'amélioration et objectifs présentés au personnel soignant lors du CSSI de février 2013 pour une mise en application dans le cadre du soulagement de la douleur et traçabilité dans le DPI par IDE.

### Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Rémy Vaissière (médecin).	Rémy Vaissière, Lydie Vidal (cadre infirmier), Laetitia Nathan (IDE).	Anne Paule Farrugia (pharmacienne).

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Les trois échelles de prise en charge de la douleur EV, EVA et EDIN sont intégrées au DPI.	Réalisée	01/01/13 00:00
Révision et réactualisation du protocole général qui envisage la gradation des moyens thérapeutiques.	Réalisée	01/03/13 00:00
Révision et réactualisation des protocoles individuels qui envisagent la gradation des moyens thérapeutiques pour les nouveaux entrants.	Réalisée	01/03/13 00:00
Formation des IDE à la PEC de la douleur prévue lors du plan de formation 2014 dans le cadre du développement professionnel continu des soignants.	Prévue	27/10/14 00:00
Evolution du DPI avec intégration des trois échelles d'évaluation de la douleur choisies.	Réalisée	04/02/13 00:00
Début de l'intégration des protocoles généraux et individuels dans le DPI.	En cours	04/02/13 00:00
Réactualisation de la procédure de la prise en charge de la douleur.	Réalisée	08/01/13 00:00
Traçabilité dans le DPI du suivi du soulagement de la douleur par IDE.	Réalisée	19/02/13 00:00
Stratégie générale : réévaluation des objectifs, des besoins et des moyens dans le cadre du CLUD à périodicité définie en janvier de chaque année. Réactualisation de la note d'orientation 2008-2011.	Prévue	30/10/13 00:00
Réactualisation des protocoles individuels en cours pour les anciens patients.	En cours	01/11/13 00:00
Evolution du DPI qui intègre lors de la consultation d'entrée la traçabilité de la prise en compte de la douleur du patient à son arrivée, soit : patient non algique ou patient algique.	Réalisée	01/03/13 00:00
Mise en œuvre de l'audit clinique annuel dont la période de référence sera trimestrielle et définie en CLUD.	Prévue	10/12/13 00:00
Présentation des actions d'amélioration et des objectifs au personnel soignant lors du CSSI pour une mise en application dans le cadre du soulagement de la douleur et traçabilité dans le DPI par IDE.	Réalisée	22/02/13 00:00
Information aux jeunes et aux familles sur la prise en charge de la douleur, lors de la semaine sur la sécurité des patients.	Prévue	22/11/13 00:00
Recueil par le médecin du souhait de chaque jeune concernant l'usage du patch lors des prélèvements sanguins, injections IV et vaccinations : à noter dans le DPI et à intégrer dans les	Réalisée	15/03/13 00:00

## Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
protocoles individuels.		
Audit clinique : période de référence d'avril 2013 à juin 2013, afin d'évaluer la qualité, l'efficacité de la prise en charge globale et la stratégie générale.	Prévue	30/09/13 00:00

## Etat d'avancement des évaluations

Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Analyse des résultats de l'audit clinique.	Prévue	28/10/13 00:00
Planification des actions d'amélioration à mettre en place suite à audit.	Prévue	28/10/13 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Réunion du CLUD : trois fois par an.  
Information au personnel dans le cadre des CSSI : trois fois par an.

Validation institutionnelle:

Plan d'action intégré dans le PAQ 2012-2016.

Planification des revues de projet:

Plan d'action suivi par le comité de pilotage et gestion des risques : une fois par trimestre.





Titre du projet d'amélioration:

Prise en charge médicamenteuse du patient.

Problématique:

E1-EA1 - Partiellement

Au moment de la visite des experts, nous étions en phase « transitoire » de mise en place du dossier patient informatisé et certains anciens supports de prescription subsistaient. On ne pouvait donc parler de support unique d'administration et de prescription.

E1-EA4 - En grande partie

Niveau « variable » de la traçabilité de l'administration.

E2-EA1 - Partiellement

Les supports sont encore multiples.

E2-EA4 - En grande partie

La traçabilité de l'information des patients sur le bon usage des médicaments n'est pas systématique.

E2-EA5 - Partiellement

La complexité et la multiplicité des façons de procéder sont des risques de ne pas maîtriser la traçabilité de l'administration.

E3-EA2 - En grande partie

La pertinence des prescriptions des traitements chroniques n'a pas été revue en tant que telle.

Résultats obtenus:

E1-EA1 - Partiellement

- Informatique opérationnelle depuis septembre 2012 : support unique de prescription et d'administration.
- Procédure en cours de validation.

E1-EA4 - En grande partie

- Depuis septembre 2012 : le système informatique est opérationnel pour la traçabilité de l'administration : DPI ARCADIS.

Dans l'unité de soins : l'IDE administre et trace l'administration en temps réel sur le DPI :

des traitements « aigus », des gouttes buvables, des injectables, des traitements des demi-pensionnaires, des stupéfiants et les traitements de tous les jeunes présents les week-ends ouverts.

Sur les lieux de vie : les éducateurs distribuent les poches des traitements chroniques après identification de celles-ci. Ils tracent l'administration des traitements

chroniques sur un ordinateur ayant accès au DPI. Ces poches de médicaments sont préparées et vérifiées par les IDE (double contrôle infirmier) :

- le contenu de la poche est sous la responsabilité des IDE qui ont effectué la confection ;
- l'identification de la bonne poche au bon patient est sous la responsabilité de l'éducateur qui a distribué la poche.

Pour les jeunes adultes disposant d'une autorisation médicale pour usage du pilulier hebdomadaire (gestion du traitement par les patients) : l'IDE trace sur le DPI le remplissage et la vérification du pilulier hebdomadaire.

E2-EA1 - Partiellement

Informatique opérationnelle depuis septembre 2012 : support unique de prescription et d'administration.

E1-EA4 - En grande partie

La traçabilité de l'information des patients sur le bon usage des médicaments est réalisée sur le dossier patient informatisé dans les rubriques : « visite épilepsie », « synthèse annuelle » en neurologie et « rapport annuel » en médecine générale.

E2-EA5 - Partiellement

Depuis septembre 2012, le système informatique est opérationnel pour la traçabilité de l'administration : DPI ARCADIS.

- Dans l'unité de soins : l'IDE trace en temps réel sur le DPI les médicaments qu'elle administre.

- Sur les lieux de vie : les éducateurs tracent sur le DPI l'administration des poches de traitements chroniques (double contrôle infirmier lors de la confection des traitements). Ils disposeront d'un ordinateur portable pour faciliter la traçabilité en temps réel.

Il a été demandé à Berger Levraut de modifier le logiciel afin que les éducateurs puissent valider uniquement la poche de traitement chronique et non le contenu des poches (programmé en septembre 2013).

Une évaluation de ce nouveau dispositif sera programmée.

E3-EA2 - En grande partie

La pertinence des prescriptions des traitements chroniques est revue de façon systématique lors de l'émission des bulletins de santé qui sont faits avant les vacances : en décembre, en avril et en juillet.

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Anne Paule Farrugia (pharmacienne).	Pharmacienne, cadre infirmier, responsable qualité-cadre éducatif.	Présidente CME, cadre de santé, cadre éducatif.

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Informatisation totalement opérationnelle.	Réalisée	15/09/12 00:00
Réactualisation procédure.	En cours	15/11/13 00:00
Installation de wi-fi et achat d'ordinateur portable sur les groupes.	En cours	27/09/13 00:00
Modification de la version de Berger Levraut pour la traçabilité de l'administration par les éducateurs.	En cours	30/09/13 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Audit de la traçabilité de l'administration.	Prévue	26/12/13 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Réunions de la COMEDIMS : minimum trois par an. La COMEDIMS est chargée :  
 - du suivi du plan d'action et de sa mise en œuvre ;  
 - des résultats qui en découlent et des améliorations à apporter.

Validation institutionnelle:

Le plan d'action est inscrit au PAQ 2012-2016.

Planification des revues de projet:

Le plan d'action concernant la sécurisation du circuit du médicament est suivi par le comité de pilotage de la qualité de la gestion des risques qui se réunit a minima trois fois par an.

## ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine  
procédure de certification

Le plan d'actions avec échéancier aide l'établissement de santé à pérenniser sa dynamique d'amélioration et l'engage à réfléchir aux modalités d'amélioration à mettre en œuvre pour résoudre les dysfonctionnements constatés dans le rapport de certification, les prioriser et les planifier dans le temps. Ce plan d'actions constitue un document d'entrée dans la procédure suivante.

Ces plans d'actions étant le résultat de l'analyse réalisée par l'établissement pour améliorer son organisation et ses pratiques, la Haute Autorité de Santé ne s'engage pas sur la pertinence et la qualité des actions envisagées et/ou entreprises.

Dans ce cadre, l'établissement a transmis les plans d'actions suivants

# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

AMÉLIORATION DE LA POLITIQUE ET ORGANISATION DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Problématique:

- 1- Les documents mis à disposition ne déclinent pas le plan d'actions dans le programme qualité et sécurité des soins.
- 2- Le dispositif d'information n'est pas structuré dans ses objectifs ou cibles
- 3- Réévaluation de la stratégie du développement et de la gestion des EPP

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
1 - Déclinaison du plan d'action 2013-2014 dans le cadre de la politique et l'organisation de l'EPP - Actualisation du programme d'Amélioration de la qualité et de la gestion des risques 2012-2016 2 - Structuration du dispositif d'information dans le cadre de la communication sur la stratégie et le développement des EPP à l'ensemble des personnels 3- Réévaluation de la stratégie du développement et de la gestion des EPP en octobre 2015	Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins : - Évaluer à périodicité définie les actions mises en œuvre - Réactualiser le PAQ 2012-2016 trimestriellement - Actualiser le tableau de bord des EPP semestriellement - Permettre au personnel d'acquérir une culture de la qualité et de la sécurité des soins en intégrant l'EPP dans leur quotidien professionnel

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
JP Naureils, Directeur	Dr MC Perrier, CME L Vidal, cadre infirmier, référente Qualité	MH Schimenti, RAQ UGECAM

Echéancier de réalisation :

- Janvier 2014 : plan d'action 2013-2014 (cf. en pièce jointe 1)
- Janvier 2014 : Diffusion interne du dispositif d'information sur la politique et organisation de l'EPP (cf. en pièce jointe 2)
- Juin 2014 : réactualisation du PAQ (en pièce jointe 3)
- Juillet et décembre 2014 : suivi des tableaux de bord des EPP
- Décembre 2014 : recueil de la satisfaction des personnels sur la communication des EPP
- juin 2014 , octobre 2014, janvier 2015 : Réactualisations du PAQ
- juillet et décembre 2014 : actualisation du suivi du tableau de bord des EPP
- octobre 2015 : réévaluation de la stratégie du développement et de la gestion des EPP

Modalités d'évaluation :

Audit de satisfaction du personnel sur la qualité et la diffusion de l'information relative aux EPP  
Actualisation du tableau de bord des EPP  
Présentation à la CRUQPC du tableau de bord des EPP et du PAQ  
Réunions du Comité de pilotage

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Réunions du Comité de pilotage  
Plan d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques  
Suivi du tableau de bord des EPP  
Déclinaison annuelle du d'action de la politique et organisation de l'EPP

Validation institutionnelle:

Direction, CME

Planification des revues de projet:

--



