

Les établissements sanitaires

Rappels des obligations des établissements sanitaires en terme de qualité :

- ⇒ Certification (menée par des experts-visiteurs de la HAS) : tous les 4 ans
- ⇒ Les prochaines certifications vont privilégier les remontées d'information annuelles pour suivre au plus près l'avancement des démarches dans les établissements, en plus des visites ponctuelles et ciblées.

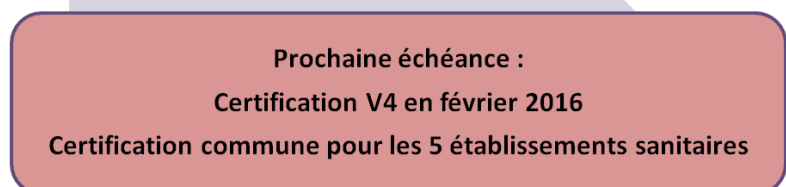
Les 3 établissements sanitaires de Phymentin (Centre Phymentin) : EPI, USIS et CMP-COFI



Les 2 établissements sanitaires du CEREP : HJ Bouloche et HJ Montsouris



Pour les 5 établissements sanitaires CEREP-PHYMENTIN :



Le COPES

En tant qu'organisme de formation, le COPES n'est pas soumis aux mêmes exigences que les établissements sanitaires ou médico-sociaux. Il s'était néanmoins engagé dans un système qualité : Certification ISO 9001. Aujourd'hui, le COPES poursuit la mise en œuvre de ce système au quotidien.

L'évaluation externe du CMPP

Calendrier de l'évaluation interne puis externe du CMPP



Bilan de l'évaluation externe du CMPP

L'évaluation externe s'est déroulée fin mai-début juin 2013, sur 9 jours répartis sur un peu plus de deux semaines. L'organisme choisi était « Safran and Co ».

Deux évaluateurs ont mené cette expertise, rencontrant pour ce faire chaque salarié par catégorie professionnelle, assistant à nos différentes synthèses et rencontrant plusieurs de nos partenaires ainsi que quelques patients et familles.

Des entretiens d'1h30 étaient prévus, dans le respect du planning de chacun d'entre nous. Les évaluateurs se sont adaptés à nos contraintes horaires et ont su faire preuve de tact et d'une attention bienveillante. Leur présence (pourtant permanente pendant ces semaines) a été agréable et discrète, et nous avons tous apprécié les entretiens menés également avec délicatesse et intelligence.

Ce climat était par ailleurs nécessaire vis-à-vis d'une équipe qui gardait en mémoire une expérience malheureuse quelques années plus tôt. Le cabinet d'expertise de l'époque avait au demeurant abandonné sa mission pour des raisons autres, laissant les personnels du CMPP devant une situation inachevée.

Notre préparation coordonnée par J. Metz (responsable de projets), la participation de toute l'équipe à l'évaluation interne (notamment la rédaction du projet d'établissement à 20 mains) et le travail régulier sur le PAC ont contribué au bon déroulement et au succès de cette évaluation externe.

Extrait du rapport définitif de « Safran and Co »

Ils ont noté l' « engagement fort (du CMPP) dans le processus de l'évaluation externe » et ont conclu :

« Le CMPP s'inscrit dans une dynamique centrée sur l'accompagnement thérapeutique des usagers, avec une élaboration continue pour répondre à leurs besoins et proposer de nouvelles modalités thérapeutiques (groupes, théâtre, l'ouverture à des publics plus âgés ...)

L'évaluation externe conduit à soutenir la poursuite de cette dynamique, en élaborant des espaces collectifs différents des espaces thérapeutiques, pour associer les usagers et leur famille à la démarche d'amélioration continue et à la valorisation de la structure.

Le CMPP dispose de compétences managériales et professionnelles qui lui permettent de remplir ses missions et de renforcer son positionnement comme pôle de prévention. » (extrait du rapport de Safran and Co).

*Article rédigé par Carine Morin-Santais,
Psychologue clinicienne et
Réfèrente qualité du CMPP*

L'évaluation externe de l'IME, c'était en mai 2012...et après?

Patricia GELLE, directrice de l'IME concluait ainsi cette étape importante de la vie de l'établissement:

« ...Il s'agit maintenant de valoriser notre projet d'établissement, c'est-à-dire définir ensemble nos orientations à venir et ainsi adapter nos réponses dans une visée prospective, au regard de notre environnement en perpétuel mouvement... ».

L'évaluation étant un processus continu, la démarche d'amélioration continue de la qualité se poursuit donc avec d'une part le suivi trimestriel du PAC (Plan d'Amélioration Continue) et d'autre part la mise en place depuis mai 2013 de la «**minute-qualité**», flash hebdomadaire animé par la référente-qualité à chaque début de réunion. Ainsi c'est bien dans la dynamique de cette évaluation externe que, **en janvier 2013**, nous nous sommes attelés prioritairement à ce travail d'élaboration du projet d'établissement.

C'est dans ce contexte d'appropriation de cette nouvelle culture de l'évaluation que nous sommes donc rentrés en janvier 2013 dans ce travail d'élaboration du projet d'établissement.

La démarche de réactualisation du projet d'établissement est l'occasion de se poser les questions fondamentales à savoir : que faisons-nous ? pourquoi le faisons-nous ? comment le faisons-nous ? Une fois cette introspection effectuée sur l'existant, il s'agit alors d'envisager la prise en charge au regard des évolutions constatées, que celles-ci résultent du cadre législatif ou de l'évolution des besoins des adolescents accueillis ou des deux à la fois.

Partant donc de l'existant il a été choisi de nous attarder ensemble sur la dimension « Perspectives à 5 ans », étant entendu qu'un projet d'établissement indique des orientations et qu'il est clairement tourné vers l'avenir. La méthodologie employée à la construction de ce travail a débouché sur la constitution de groupes de travail sur la base du volontariat de tous les acteurs concernés. Ainsi sur un créneau d'une heure chaque fois, 15 réunions de travail ont eu lieu jusqu'à ce jour, réunissant majoritairement 8- 9 membres de l'équipe médico-éducative.

Ces réunions de travail ont été entrecoupées de 2 temps de restitution à l'ensemble de l'équipe (lors de la réunion institutionnelle hebdomadaire) pour recueillir l'adhésion de tous et un consensus collectif autour de la volonté de **mettre en valeur nos capacités d'adaptation et nos envies d'innover**.

Cette communication interne a mobilisé plus largement les professionnels autour des 3 orientations suivantes, lesquelles ont pu donner lieu à des sous-groupes de travail en fonction des thématiques abordées :

1. Évolution des profils des jeunes accueillis (**Groupe 1**) de mai à octobre 2013.
2. Adaptation de la prise en charge (**Groupe 2**) novembre 2013
 - ⇒ au regard du contexte socio-économique (possibilité d'insertion sur le marché du travail en milieu ordinaire ou protégé)
 - ⇒ au regard des nouvelles technologies (nouveaux outils pédagogiques...)
 - ⇒ au regard de la clinique (postures de soin...).
3. Moyens (accompagnement des compétences des professionnels...).

Le travail du Groupe 1 a porté sur :

- ⇒ L'étude du rapport Vachey-Jeannet d'octobre 2012 et la synthèse régionale sur les enfants « sans solution » à domicile de juillet 2012.
- ⇒ Le sondage auprès de l'équipe de l'IME entre le 31 janvier 2013 et le 14 février 2013.
- ⇒ Les questions autour : du public accueilli, des besoins et de l'optimisation de la prise en charge.

Les recherches faites ont révélé une certaine constance des caractéristiques médicales des adolescents accueillis. Par contre, la loi de 2005 et le décret de l'Education Nationale de 2007 **ont modifié les parcours des adolescents accueillis**.

De fait, l'IME a nécessairement adapté ses activités aux nouvelles demandes et aux besoins des adolescents mais demain comment aller plus loin pour intégrer la révolution numérique à la population accueillie: quels outils pédagogiques retenir pour améliorer la prise en charge?

C'est à cette question que le groupe 2 est invité à répondre à partir du 21.11.2013.

Sabine OLLION
Assistante Sociale IME
Référente Qualité

SYNTHESE DU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CENTRE PHYMENTIN Septembre 2011 et Additif juillet 2013

Trois structures étaient regroupées sous l'entité Centre Phymentin : EPI (Etablissement Psychothérapique Infantile), USIS (Unité de Soins Intensif du Soir) et COFI-CMP (Consultation Filiation Centre Médico Psychologique).

PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

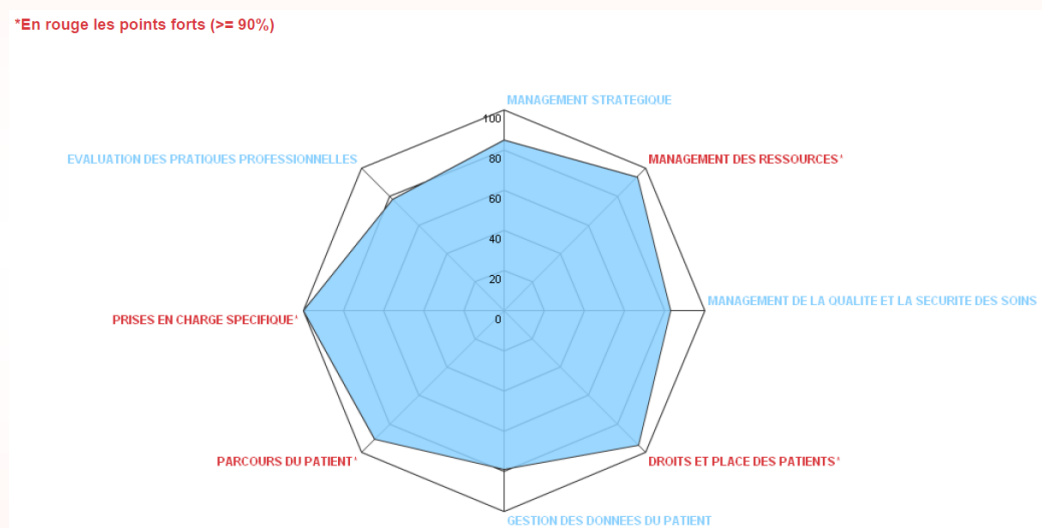
Les synthèses graphiques présentées dans le rapport de certification permettent une représentation visuelle des scores obtenus par l'établissement au regard des critères du manuel de certification.

Les critères du manuel de certification sont organisés selon huit parties qui décrivent le management de l'établissement et la prise en charge du patient.

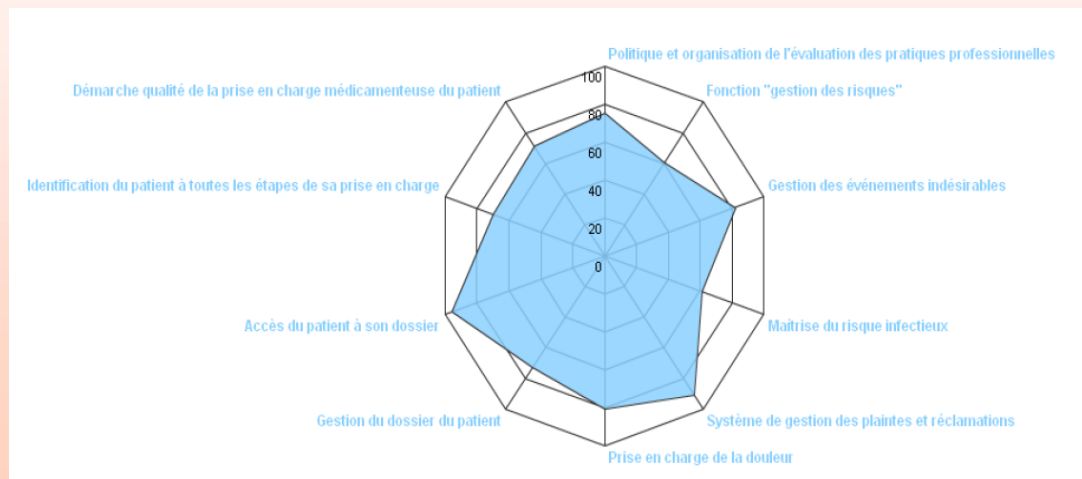
Ces parties constituent les thématiques qui ont été retenues pour construire un graphique en radar sur la base du score moyen obtenu par l'établissement pour chacune de ces thématiques.

Lorsque le score atteint 90%, la thématique concernée est signalée comme un point fort de l'établissement.

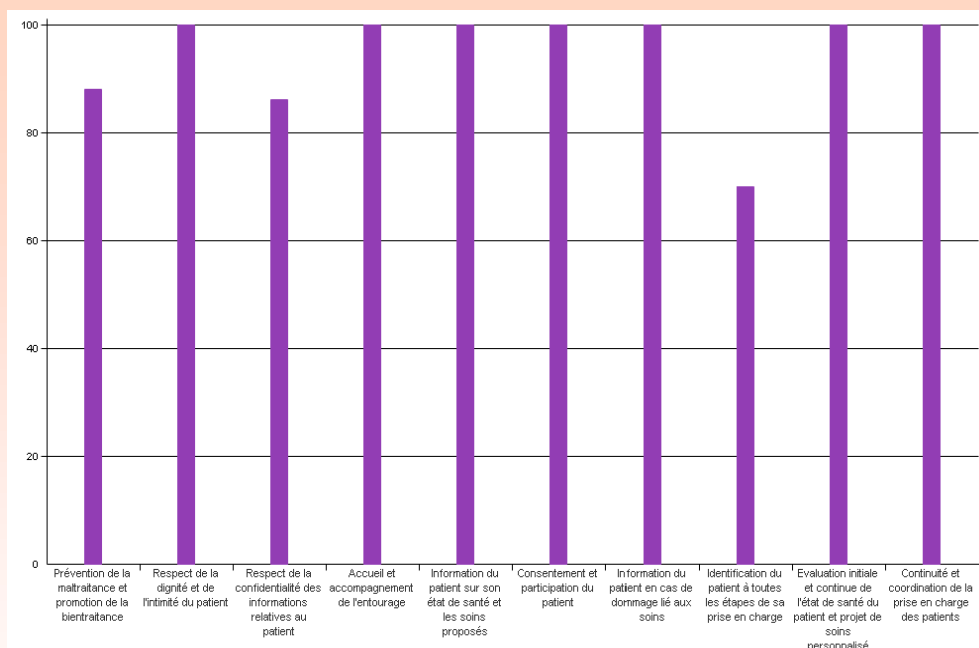
Le positionnement du Centre Phymentin sur l'ensemble des thématiques



Le positionnement du Centre Phymentin sur les Pratiques Exigibles Prioritaires



Regard Patient



Synthèse de la décision de la Haute Autorité de Santé

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé
Visite initiale	du 20/09/2011 au 22/09/2011	Certification avec réserves
Rapport de suivi	MARS 2013	Certification avec recommandations

	Visite initiale	Rapport de suivi
1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles)	Recommandation	Recommandation
5.b (Sécurité du système d'information)	Réserve	Décision levée
8.b (Fonction gestion des risques)	Recommandation	Recommandation
8.g (Maîtrise du risque infectieux)	Recommandation	Décision levée
14.a (Gestion du dossier du patient) - Santé mentale	Recommandation	Recommandation
15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Santé mentale	Recommandation	Recommandation
20.a (Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Santé mentale	Recommandation	Recommandation

= cotation A

= cotation A

DECISION DEFINITIVE DE LA HAS : Au regard de la visite et du rapport de suivi, la Haute Autorité de Santé prononce pour le Centre Phymentin une certification avec recommandations.

Fiche de suivi engageant l'établissement pour la prochaine certification

Critère 5.b : Sécurité du système d'information

Critère 8.g Maîtrise du risque infectieux

Plan d'action engageant l'établissement pour la prochaine certification

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

Critère 8.b : Fonction gestion des risques

Critère 14.a - Santé mentale : Gestion du dossier du patient

Critère 15.a - Santé mentale : Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

Critère 20.a - Santé mentale : Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient

Viviane Lacomme, Assistante sociale à l'EPI et l'USIS, et Responsable qualité

Les référents qualité de l'Association

*Carine Morin-Santaïs, Psychologue-Psychothérapeute -
Psychopédagogue du CMPP et Référente qualité*

*Sabine Ollion, Assistante Sociale de l'IME et Référente
qualité*

*Viviane Lacomme, Assistante sociale à l'hôpital de jour
EPI et à l'USIS, et Responsable qualité*

⇒ *Nouveaux Référents qualité :*

*Georges Meliz, Psychologue à l'hôpital de jour du Parc
Montsouris et Référent qualité*

*Johanna Jouzel, Psychologue à l'hôpital de jour du Parc
Montsouris et Référente qualité*

⇒ *Départ d'un référent qualité :*

*Aurélié Cormerais, Infirmière de l'hôpital de jour Centre
André Bouulloche et Référente qualité (qui a quitté
l'association).*



Information

Le prochain Bulletin Qualité paraîtra fin du 1er trimestre 2014.