

Du côté de chez nous

2015-2016

UNE ANNÉE RICHE EN QUALITÉ !

L'année 2015-2016 a été marquée par deux temps forts dans la démarche qualité associative :

- la deuxième évaluation interne pour les deux établissements médico-sociaux ;*
- la certification V2014 pour les cinq établissements sanitaires.*

Le directeur général tient à saluer les interprètes, les passeurs que sont les référents qualité et tous les professionnels qui se sont investis dans ces démarches qualité en adaptant intelligemment des cadres formalisés aux pratiques associatives, sans perdre la substance de l'activité de soin, pédagogique et éducative.

Si nous pouvons retranscrire la qualité au travers des différentes certifications et évaluations réglementaires que nous impose le secteur sanitaire et médico-social, c'est parce la qualité des soins se vit, s'inscrit et s'écrit au quotidien au sein des établissements Cerep-Phymentin, grâce au travail mené par les professionnels auprès des enfants, des adolescents et des familles.

RETOUR ET BILAN SUR CES DEUX TEMPS FORTS À TRAVERS LES TÉMOIGNAGES DES RÉFÉRENTS QUALITÉ DE L'ASSOCIATION.



2^E ÉVALUATION INTERNE COMMUNE ET CROISÉE ENTRE L'IME ET LE CMPP

R
A
P
P
E
L

Les établissements médico-sociaux ont l'obligation de mener une évaluation interne tous les 5 ans et externe tous les 7 ans.

- 2010 : 1^{re} évaluation interne à l'IME et au CMPP
- 2012-2013 : 1^{re} évaluation externe à l'IME et au CMPP
- 2015 : 2^e évaluation interne menée conjointement entre l'IME et le CMPP

Cette 2^e évaluation interne croisée s'est déroulée en 3 étapes :

- Un bilan du suivi des actions inscrites au PAC (Plan d'Amélioration Continue)
- Une évaluation des familles à travers un questionnaire de satisfaction
- Un temps commun et d'échanges entre les équipes autour d'une recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM sur le projet personnalisé

1 UN QUESTIONNAIRE AUX FAMILLES

Malgré les explications et les relances téléphoniques, très peu de familles ont accepté de répondre au questionnaire. Ce taux de retour n'a pas permis de réaliser une analyse statistique des résultats mais plutôt de nous interroger sur ce mode d'évaluation. Extrait de l'analyse transmise à l'ARS dans le rapport d'évaluation interne :

« Nous avons pris le parti de solliciter des familles de jeunes et de patients dont la prise en charge dans nos établissements avait pris fin, avec l'idée qu'ainsi, les familles se sentiraient totalement libres dans leurs réponses. Or ce faible taux nous oblige forcément à nous demander si une famille qui nous quitte dans une fragile amélioration clinique de son acceptation impossible du handicap, a vraiment envie d'être bousculée dans son nouvel équilibre en revenant sur un passé porteur parfois de tourments, de déceptions, de douloureuses vérités ou de réalités en tout cas difficiles ?

Une fin de prise en charge au fond ne s'apparente-t-elle pas à un travail de séparation ? Une sortie ne peut-elle pas s'entendre comme quelque chose qui commence à débiter ailleurs ? Et dans ce cas, peut-on penser que solliciter les familles dans une enquête de satisfaction donne du sens à notre évaluation interne ? »

2 PROPOSER UN OUTIL PERTINENT

Une réunion a été organisée avec l'envie de poursuivre les réflexions sur l'inadéquation des questionnaires de satisfaction pour les familles. L'idée de faire un petit groupe de travail pour proposer un autre outil d'évaluation de la satisfaction des familles, plus adapté et pertinent a émergé.

3 RÉFLEXIONS SUR LES PRATIQUES

« Le 3^e temps de l'évaluation a réuni les deux équipes de professionnels en juin 2015 (40 professionnels) pour s'interroger sur nos pratiques professionnelles à travers la recommandation de bonnes pratiques sur les attentes de la personne et le projet personnalisé. »

CONCLUSION

Le travail imaginé en petit groupe pour faire suite à cette deuxième rencontre entre équipes a dû être suspendu en raison d'une nouvelle obligation imposée par l'ARS : la signature du CPOM médico-social.

Les directions d'établissements, les référents qualité et la direction générale ont été mobilisés en priorité sur la rédaction du rapport demandé par l'ARS comme base de négociation au CPOM.

« Cette évaluation interne croisée a été l'occasion pour ces deux équipes de se rencontrer, d'imaginer des liens cliniques et des articulations institutionnelles. Le rapport d'évaluation interne a été transmis à l'ARS en décembre 2015, sans aucun retour depuis. »

FOCUS SUR LE CPOM

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) est un contrat administratif par lequel l'association s'engage auprès de l'ARS sur une période pluriannuelle de 5 ans pour bénéficier d'une dotation budgétaire, en contrepartie de l'atteinte des objectifs fixés sous forme d'indicateurs.

Pour l'association Cerep-Phymentin, le CPOM sanitaire a été signé début 2016 pour les 4 hôpitaux de jour et le COFI-CMP. Le CPOM médico-social sera négocié en fin d'année 2016 pour l'IME et le CMPP.

ACTIONS À MENER

- Le suivi des actions inscrites au PAC, dont la révision des projets d'établissement et la mise à jour des outils de la loi 2002-2
- La signature du CPOM médico-social et le suivi des indicateurs fixés par l'ARS sur les 5 prochaines années
- La prochaine évaluation externe se déroulera conjointement entre l'IME et le CMPP en 2019-2020.

La préparation des 11 thématiques imposées par la certification V2014 s'est déroulée tout au long de l'année 2015. Le compte qualité a été transmis en juillet 2015 à la HAS. L'immense travail d'harmonisation des protocoles sur les 5 établissements sanitaires de l'association s'est poursuivi jusqu'à la visite des experts en février 2016.

TÉMOIGNAGES DE L'ÉQUIPE DES RÉFÉRENTS QUALITÉ



(Élise, Georges, Viviane, Johanna, Ingrid, Sabine, Émeline et Séverine)

« La méthodologie de travail transversale a favorisé les rencontres entre les professionnels et les réflexions croisées sur des thématiques imposées par la HAS, tout en préservant la clinique. »

« La thématique sur le parcours patient était complexe avec une multitude de critères à investiguer. La plus grande action menée à mes yeux était la mise à jour des livrets d'accueil, avec une partie propre à chaque établissement et une partie commune associative. Très bon retour d'une famille sur notre livret d'accueil. »

« Au départ, j'étais en panique à l'idée de pratiquer un état des lieux de la tenue des dossiers patients dans chaque institution et de rédiger ensuite un protocole commun. Ça n'a pas pris 2 secondes ! La certification s'est bien passée sur cette thématique. J'ai d'ailleurs été très frustrée sur cette visite des experts au COFI puisqu'ils n'ont pas voulu voir un de nos dossiers, ni les archives. Alors que ça m'avait demandé un travail énorme ! »

« Moi j'ai été interrogée par les experts sur mes fonctions de référente qualité mais aussi sur la prise en charge de la douleur. Comment ça s'est passé ? DOULOUREUSEMENT ! Avec plein de questions déstabilisantes. »

« En fin de visite, les experts ont fait le bilan des résultats, comme une grande messe d'une heure où il fallait se taire et ne pas intervenir. En conclusion, ils ont apprécié notre transparence réciproque malgré certaines contradictions et qu'il était difficile de ne pas continuer à travailler avec nous. »

« Mais en parlant de bientraitance... Qui maltraite qui lors de cette semaine de visite des experts ? »

« Sur la prise en charge de la douleur, les experts attendaient des pratiques harmonisées entre les structures, considérées comme un seul établissement. Une des complexités de la visite était donc la comparaison des pratiques entre les structures. »

« Pour la thématique du droit des patients, on est parti des 17 ou 18 éléments d'investigation obligatoires pour pouvoir répondre point par point ensuite lors de la rencontre avec les experts-visiteurs. Par exemple, sur les questions liées à la bientraitance et à la prévention de la maltraitance, les experts demandaient concrètement des exemples mais aussi une définition de la bientraitance dans notre politique associative. Il a fallu se battre sur cette question pour faire entendre notre point de vue et l'argumenter. On a fait des choses très intéressantes sur cette thématique, comme de travailler : les livrets d'accueil familles, en partenariat avec le groupe pilote sur le parcours patient ; réaliser un gros travail d'affichage, et élaborer des questionnaires de satisfaction. J'étais aussi un peu étonné et frustré que les experts-visiteurs ne regardent pas plus les EPP alors que ça nous avait demandé un travail énorme. »

« Pendant que les experts interrogeaient les professionnels dans l'établissement, l'ascenseur est tombé en panne avec plusieurs professionnels et enfants à l'intérieur. La situation a été parfaitement maîtrisée par la direction qui a simplement suggéré aux experts d'emprunter le deuxième ascenseur sans plus d'explication. Voilà un événement indésirable ! »

« Moi, j'ai endossé une nouvelle casquette de chauffeur particulier pour venir chercher tous les matins les experts visiteurs à leur hôtel et les accompagner dans les différents établissements. »

Propos d'un jeune qui a souhaité s'adresser à l'un des experts dans un des hôpitaux de jour pour lui dire « Vous devez savoir qu'il ne veulent pas me soigner ici ».

CONCLUSION DE LA CERTIFICATION V2014

Le pré-rapport transmis fin juin est très positif et bienveillant. Sur les 11 thématiques investiguées pendant 4 jours dans les 5 établissements, la HAS a seulement pointé 4 recommandations.

RECOMMANDATIONS DE LA HAS

LA POLITIQUE DU RESPECT DES DROITS DES PATIENTS N'EST PAS SUFFISAMMENT FORMALISÉE AU NIVEAU DE L'ASSOCIATION.

LE PLAN DE FORMATION N'INTÈGRE PAS DE FORMATION SUR LES DROITS DES PATIENTS NI SUR LA PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE.

LES RÈGLES D'HARMONISATION DE TENUE DES DOSSIERS PATIENTS SONT RÉCENTES ET INÉGALEMENT APPLIQUÉES DANS TOUS LES ÉTABLISSEMENTS.

LA TRAÇABILITÉ DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR N'EST PAS TRACÉE DANS TOUS LES DOSSIERS.

ACTIONS D'AMÉLIORATION À MENER

- PROJET DE RÉVISION DE LA CHARTE ASSOCIATIVE
- RÉDACTION D'UN ADDITIF AU PROJET ASSOCIATIF SUR LE DROITS DES PATIENTS

RÉFLEXION EN COURS SUR LES MODALITÉS D'AC-TIONS À MENER (CYCLE DE FORMATION PLURIANNUEL POUR TOUS LES ÉTABLISSEMENTS DÉDIÉS À CETTE THÉMATIQUE)

DÉPLOIEMENT DU PROJET DE DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ EN DÉBUT D'ANNÉE 2017.

LA DERNIÈRE VERSION DE LA FICHE D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR SERA DIFFUSÉE AVEC SON PROTOCOLE D'APPLICATION.

Nous connaissons la décision définitive de la HAS sur notre niveau de certification fin octobre 2016.

SOIT
CERTIFICATION AVEC RECOMMANDATION(S)
D'AMÉLIORATION : COTATION B

- Mise à jour du compte qualité tous les ans avec suivi des améliorations
- Prochaine visite dans 4 ans

SOIT
DÉCISION DE CERTIFICATION AVEC OBLIGATION(S)
D'AMÉLIORATION : COTATION C

- Mise à jour du compte qualité tous les ans
- Obligation de lever nos recommandations et transmission du rapport de suivi dans un an
- Juin 2017 : décision finale de la HAS, soit décision de certification A ou B ; soit organisation d'une visite de suivi sur les thématiques concernées.