



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE DE POST CURE LES BRIORDS

Les briords cs40026
44470 Carquefou



Validé par la HAS en Avril 2022

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Avril 2022

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	12
Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.	14
Objectif 1.2 : Le patient est respecté.	16
Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	17
Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	18
Chapitre 2 : Les équipes de soins	19
Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	21
Objectif 2.2 : Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	22
Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	23
Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	25
Chapitre 3 : L'établissement	26
Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	28
Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	29
Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership	30
Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	31
Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	32
Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	33
Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	34
Table des Annexes	35
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	36
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	37
Annexe 3. Programme de visite	38
Annexe 4. Fiches Anomalies	41

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

| Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

| ... et sur des méthodes

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini

- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

| Une décision et un rapport rendus publics

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

| Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de

| référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

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.

Présentation

CENTRE DE POST CURE LES BRIORDS	
Adresse	Les briords cs40026 44470 Carquefou Cedex 44483 FRANCE
Département / Région	Loire-Atlantique / Pays de la Loire
Statut	ESPIC
Type d'établissement	Établissement privé à but non lucratif

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	440007482	ASSOCIATION PSY'ACTIV	1 rue Augustin Fresnel 44470 Carquefou FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

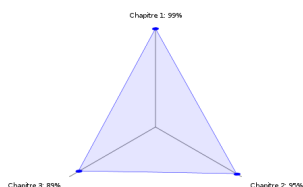
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, [100](#) critères lui sont applicables

Résultats



Score global de satisfaction aux attendus du référentiel

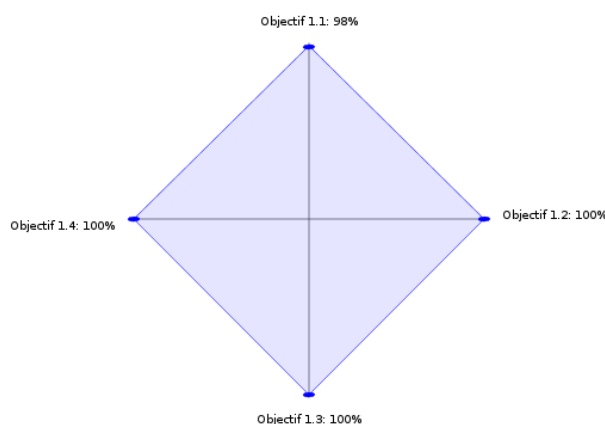
94.54%

Chapitre	
Chapitre 1	Le patient
Chapitre 2	Les équipes de soins
Chapitre 3	L'établissement

Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-03	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	100%
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
2.1-05	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitations de contacts, de visites, retrait d'effet personnels, isolement) est argumentée et réévaluée	Non Applicable
2.2-17	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	100%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	0%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	100%
2.4-04	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins	75%
3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein	100%
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	80%
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	88%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	78%
3.7-03	Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	0%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	83%
3.4-02	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	50%
3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	Non Applicable

Chapitre 1 : Le patient



Score du chapitre

99%

du score maximal

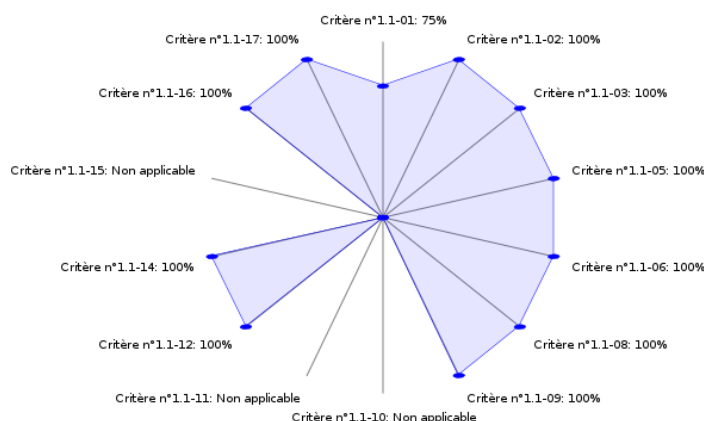
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	98%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'association PSY'ACTIV accompagne les personnes atteintes de troubles psychiques en les aidant à retrouver la meilleure autonomie possible, en utilisant des outils de réadaptation et de stabilisation, comme le travail pour permettre une insertion sociale et/ou professionnelle. Elle s'appuie sur des accompagnements en situation de vie quotidienne et de travail. L'établissement est un établissement de psychiatrie qui s'approche du fonctionnement d'un lieu de vie associatif avec des soins, moins classique que la prise en charge hospitalière habituelle en psychiatrie. L'offre de soins déclinée en 5 services : 2 services d'hospitalisation à temps complet (une unité d'accueil, d'évaluation et d'orientation et un hôpital de semaine). Un service d'alternative à l'hospitalisation, un service d'accueil de jour en ateliers thérapeutiques et un service d'évaluation et d'accompagnement professionnel viennent compléter les services d'hospitalisation à temps complet. A chaque étape du parcours de prise en charge, les patients rencontrés ont été informés de manière claire et adaptée des modalités de prise en charge, qu'il s'agisse de ceux de l'unité d'accueil, d'évaluation et d'orientation (hospitalisation libre à temps plein de patients de 18 à 35 ans atteints de troubles psychotiques de la personnalité, de troubles évolutifs de pathologies infantiles), de ceux de l'hôpital de semaine (hospitalisation libre de patients de 18 à 35 ans, stabilisés ayant le souhait d'inscrire un projet professionnel dans le processus de réhabilitation en complément des soins et du suivi spécialisé), ou de ceux de l'accueil de jour en ateliers thérapeutiques. Lors de journées « portes ouvertes » le patient et ses proches sont informés de la disponibilité des représentants des usagers (trois associations sont représentées). Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité dans chacun des cinq services qui déclinent l'offre de soins. L'établissement est particulièrement attentif au respect des libertés individuelles du patient. Avec l'accord du patient, les proches et aidants du patient sont associés au projet de soins du patient, au projet d'insertion professionnelle ou, selon le type de prise en charge, à la reconquête de l'autonomie en accédant à une solution logement dans la cité. Le patient voit ses conditions de vie et de lien social particulièrement prises en compte dans le cadre de sa prise en charge en tant que patient, bénéficiaire et/ou locataire. Le service d'évaluation et d'accompagnement professionnel (SEAP) illustre parfaitement cette dimension pour les patients

autonomes pour le transport et le logement. Le patient est accompagné par l'assistante sociale si cela est nécessaire. L'accompagnement social du patient est soit individuel ou groupal, il est intégré à chaque type de prise en charge.

Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs
Réponse de la HAS
Accepter

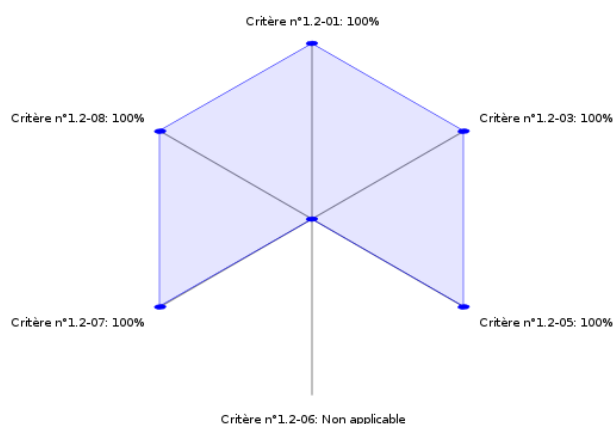
Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.



Critères		
1.1-01	Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques	75%
1.1-02	Le patient est impliqué, s'il le souhaite, dans l'évaluation bénéfice/risque de toute décision majeure pour sa prise en charge	100%
1.1-03	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur face à sa maladie ou sa prise en charge	100%
1.1-08	Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix	100%
1.1-09	Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits	100%
1.1-10	Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées	Non Applicable
1.1-11	Le patient est informé des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang (MDS) qui lui sont administrés	Non Applicable
1.1-12	En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge	100%
1.1-14	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	100%
1.1-15	Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs	Non Applicable
1.1-16	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses	100%

	besoins nécessaires pour son retour à domicile	
1.1-17	Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction	100%

Objectif 1.2 : Le patient est respecté.



Score de
l'objectif

100%

Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	100%
1.2-03	Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	100%
1.2-05	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant	100%
1.2-06	Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale	Non Applicable
1.2-07	Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité	100%
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%

Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient

Critère n°1.3-01: 100%



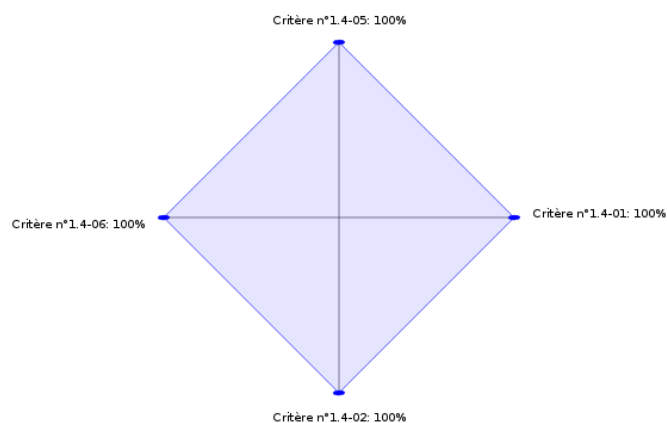
Critère n°1.3-03: 100%

Score de
l'objectif

100%

Critères		
1.3-01	Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins	100%
1.3-03	La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visites, lorsque la situation le nécessite	100%

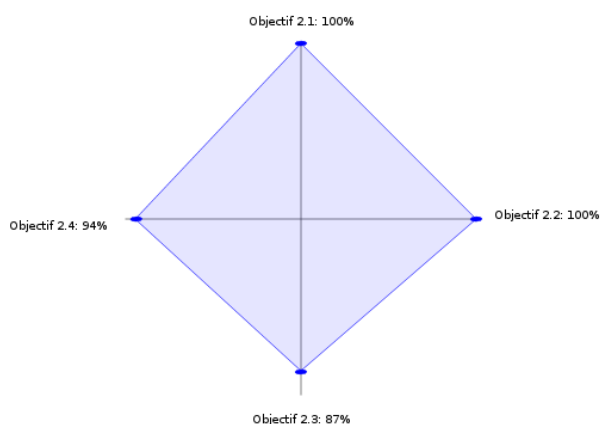
Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge



Score de
l'objectif
100%

Critères		
1.4-05	Le patient atteint de troubles psychiques bénéficie d'un panel de soins adapté et diversifié pour accompagner son inclusion sociale dans le cas où son état de santé le nécessite	100%
1.4-01	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.4-02	Le patient vivant avec un handicap ou ses proches et/ou aidants exprime ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins	100%
1.4-06	Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Score du chapitre

95%

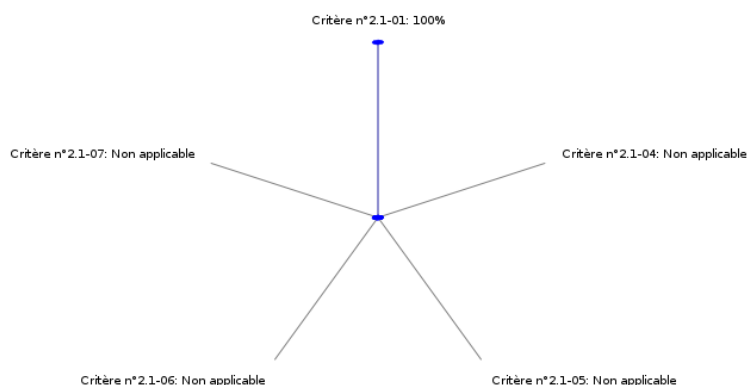
du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	87%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	94%

Le Centre de post-cure psychiatrique LES BRIORDS s'attache à rendre lisible et fluide la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions. Cette pertinence est argumentée au sein de l'équipe et se traduit par une prise en charge pluridisciplinaire. Les équipes de soins assurent la coordination de la prise en charge. Cette dernière est organisée, structurée, réévaluée et sécurisée. La construction et le suivi du projet de soins et d'insertion sont partagés par l'ensemble des acteurs de la prise en charge. La coordination avec le médecin de ville est aussi effective. De la pré-admission à la lettre de liaison, la tenue et l'accessibilité du dossier patient sont assurées. Les réunions régulières (patients et professionnels) permettent aux équipes de mettre en place des actions d'amélioration fondées sur l'évaluation de la satisfaction des patients. Les modalités de la réalisation du bilan somatique d'entrée, de l'examen somatique et de son suivi ont fait l'objet d'une démarche d'amélioration. Une réflexion régulière de la pertinence du projet de soins est mise en œuvre, à titre d'exemple, par la sollicitation du patient à distance de la prise en charge (à un an pour certains services). Les équipes maîtrisent globalement les risques, et respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments. Il en est de même pour la maîtrise du risque infectieux. Le circuit du médicament est organisé et sécurisé. La réflexion sur la pertinence médicamenteuse associe le pharmacien, le médecin et l'infirmière. Des formations à l'erreur médicamenteuse sont effectives. Les modalités de prescription, de dispensation de stockage et d'administration sont évaluées. L'absence de liste formalisée de médicaments à risque en lien avec l'activité de l'établissement a été relevée en visite. La réactivité de l'établissement a été immédiate et une liste a été formalisée et diffusée, en complément des dispositifs de maîtrise déjà existants sur ce risque identifié (surveillances adaptées aux recommandations de bonnes pratiques pour des médicaments psychotrope à risque). Les équipes évaluent leurs pratiques au regard des résultats. Concernant les événements indésirables, l'équipe ne met pas encore systématiquement en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la suite des analyses effectuées.

Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs
La dernière phrase n'est pas complète
Réponse de la HAS
Accepter

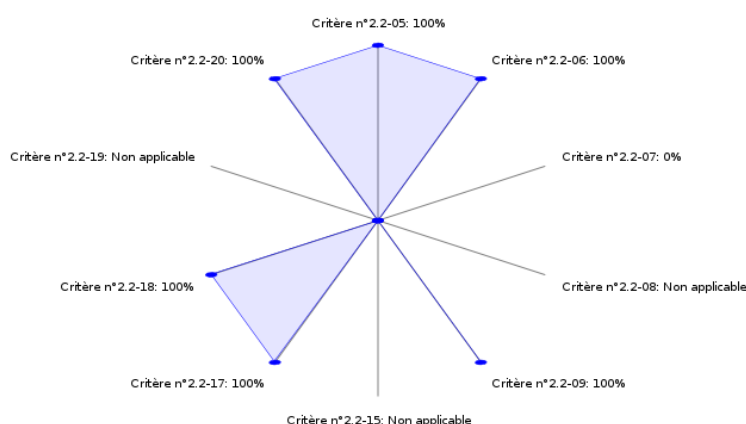
Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe



Score de
l'objectif
100%

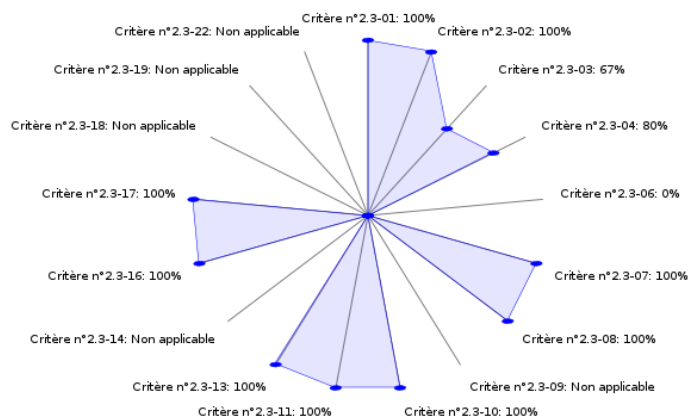
Critères		
2.1-01	La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.1-04	En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient.	Non Applicable
2.1-05	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitations de contacts, de visites, retrait d'effet personnels, isolement) est argumentée et réévaluée	Non Applicable
2.1-06	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	Non Applicable
2.1-07	La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL) est argumentée	Non Applicable

Objectif 2.2 : Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge



Critères		
2.2-05	Le dossier du patient est complet et accessible par les professionnels impliqués	100%
2.2-06	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	0%
2.2-08	Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité	Non Applicable
2.2-09	L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise	100%
2.2-15	En phase de transition adolescent-adulte, les équipes (pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient	Non Applicable
2.2-17	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	100%
2.2-18	En psychiatrie, la prise en charge ambulatoire permet un accès précoce aux soins psychiques	100%
2.2-19	Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie	Non Applicable
2.2-20	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant	100%

Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques



Score de
l'objectif

87%

Critères		
2.3-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.3-02	Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires	100%
2.3-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments	67%
2.3-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	80%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	0%
2.3-07	L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques	100%
2.3-08	Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie	100%
2.3-09	Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle	Non Applicable
2.3-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains	100%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	100%
2.3-13	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables	100%
2.3-14	Les équipes maîtrisent les risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates	Non Applicable
2.3-16	Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène	100%

2.3-17	Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé	100%
2.3-18	La gestion des récurrences d'épisodes de violence est anticipée et gérée avec le patient à l'aide d'un plan de prévention partagé	Non Applicable
2.3-19	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants	Non Applicable
2.3-22	Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé	Non Applicable

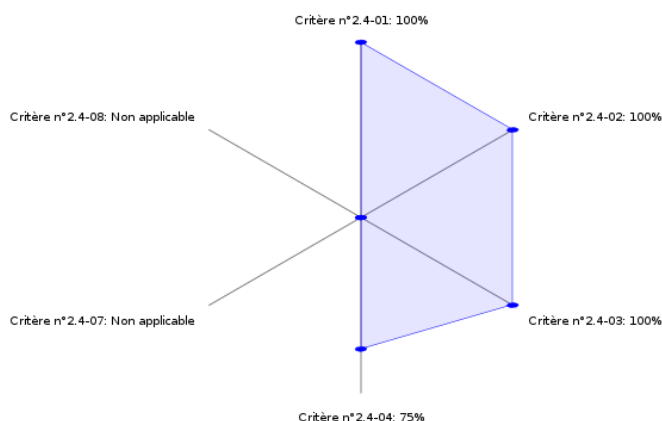
Numéro de la fiche anomalie : ANOM-28012

Critère concerné par la fiche anomalie : 2.3-06

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-31017

Critère concerné par la fiche anomalie : 2.3-06

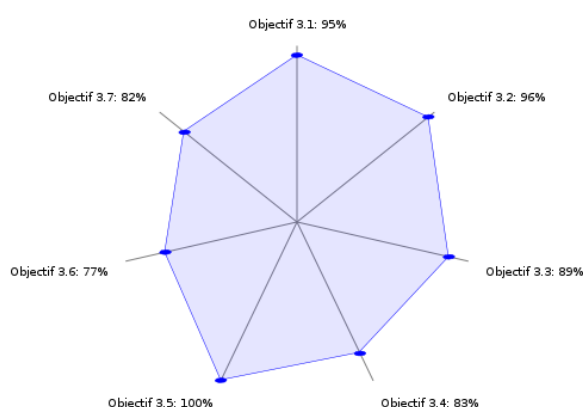
Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle



Score de
l'objectif
94%

Critères		
2.4-01	Les résultats cliniques sont analysés par l'équipe et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	100%
2.4-02	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience du patient	100%
2.4-03	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des résultats de leurs indicateurs	100%
2.4-04	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins	75%
2.4-07	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place.	Non Applicable
2.4-08	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mise en place	Non Applicable

Chapitre 3 : L'établissement



Score du chapitre

89%

du score maximal

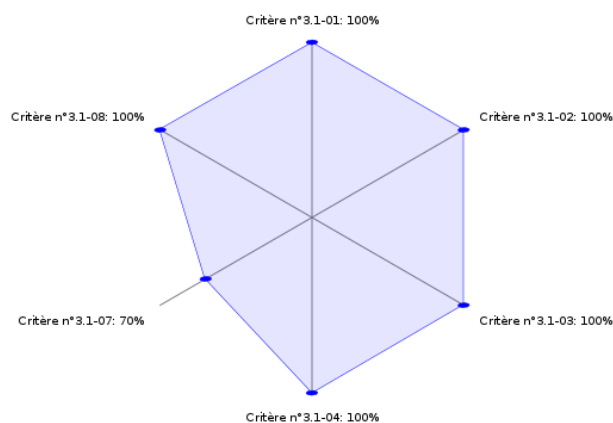
Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	95%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	96%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	89%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	83%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	77%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	82%

Les orientations stratégiques du projet d'établissement 2019-2023 de l'association PSY'ACTIV précisent les partenariats et collaborations en Loire-Atlantique. La directrice générale de l'établissement est un des pilotes du projet territorial de santé mentale en cours d'élaboration. Cela illustre l'implication de l'établissement sur son territoire. Des partenariats, entre autres avec le CHU de Nantes ou le Centre hospitalier Georges Daumezon assurent la continuité des prises en charge. D'autres coopérations plus spécifiques complètent cette prise en charge, à titre d'exemples avec l'UFSBD pour les soins bucco-dentaires, ou la DRAC pour des interventions culturelles. Quelques difficultés persistent pour permettre aux usagers et aux médecins de joindre directement les différents services de l'établissement. Des démarches d'intégration de l'expertise patient ont été initiées par la gouvernance par des réunions collectives ou individuelles « soignés-soignants ». Les bonnes pratiques de lutte contre la maltraitance ordinaire sont partagées et mises en œuvre par les professionnels. L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables. La direction et la CME managent l'établissement en priorisant la qualité et la sécurité des soins. Les résultats des indicateurs sont communiqués et exploités à l'échelle de l'établissement, les professionnels participent à des activités dédiées à la qualité et à la sécurité organisées au sein de l'établissement y compris lors des synthèses hebdomadaires, toutefois l'évaluation de la culture sécurité des soins n'est pas réalisée dans tous les services. La gouvernance impulse, accompagne, évalue et soutient le travail en équipe, des actions de coaching individuel manquantes ont été programmées. La structuration de la démarche de déclaration et d'analyse des événements indésirables a été actualisée et est en cours d'appropriation par les professionnels. La charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables a été

revisitée avec un nouvel intitulé : "Tirer des leçons pour améliorer la sécurité des soins". Un axe d'amélioration peut être encouragé : impulser le travail en équipe sous la forme de démarches collectives spécifiques venant renforcer la coordination et la cohésion des équipes. Une politique QVT existe depuis plusieurs années. La maîtrise des risques numériques a été renforcée, la formalisation des modalités de changement des mots de passe est en cours. L'établissement maîtrise les processus relatifs à la prise en charge de l'urgence vitale. Les risques environnementaux et les enjeux du développement durable sont maîtrisés. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. L'implication des usagers et de leurs représentants est facilitée par la gouvernance (le projet des usagers a été rédigé pour la période 2019-2023). Plusieurs enquêtes de satisfaction coexistent en lien avec les différents types de prise en charge.

Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs
Réponse de la HAS
Accepter

Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire

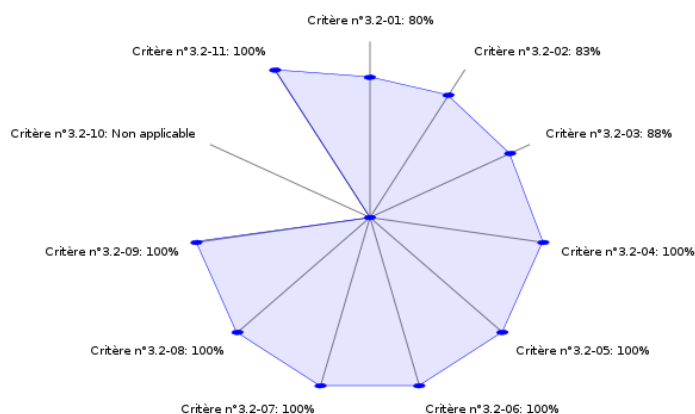


Score de
l'objectif

95%

Critères		
3.1-01	L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours.	100%
3.1-02	L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou extraterritoire dans le cas d'activités de recours	100%
3.1-03	L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM)	100%
3.1-04	L'établissement a mis en place des modalités de collaboration entre les services ambulatoires de psychiatrie et la médecine générale de ville	100%
3.1-07	Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément	70%
3.1-08	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	100%

Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement

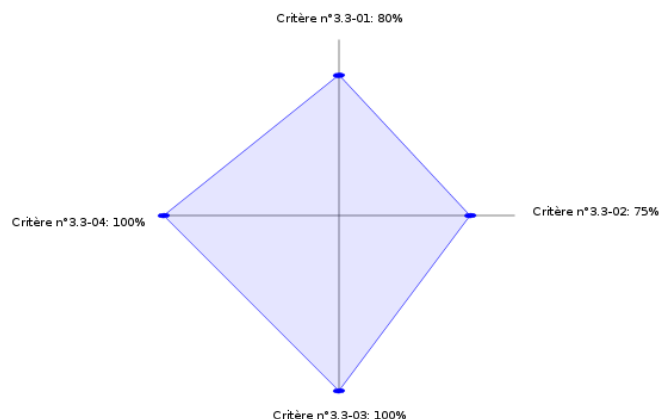


Score de
l'objectif

96%

Critères		
3.2-01	L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient	80%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	83%
3.2-03	L'établissement a une communication centrée sur le patient	88%
3.2-04	L'établissement veille à la bientraitance	100%
3.2-05	L'établissement participe à la lutte contre les situations et actes de maltraitance dont ont été victimes les patients	100%
3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein	100%
3.2-07	L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap	100%
3.2-08	L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, qu'il dispose ou non de missions spécifiques en la matière	100%
3.2-09	L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier	100%
3.2-10	L'établissement porteur ou non de missions institutionnelles de recherche clinique favorise l'accès aux innovations pour les patients	Non Applicable
3.2-11	L'établissement assure l'implication des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement	100%

Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership

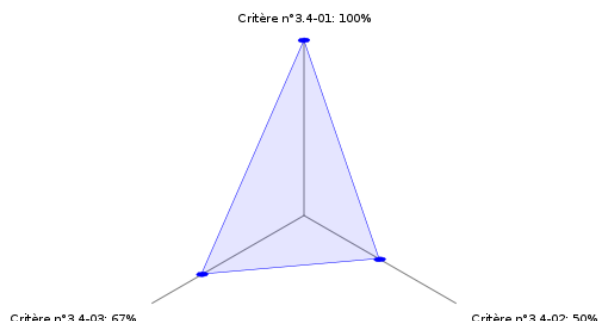


Score de
l'objectif

89%

Critères		
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	80%
3.3-02	L'établissement soutient une culture de sécurité des soins	75%
3.3-03	La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.3-04	Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management	100%

Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences



Score de
l'objectif

83%

Critères		
3.4-01	La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe	100%
3.4-02	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	50%
3.4-03	Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées	67%

Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance

Critère n°3.5-01: 100%



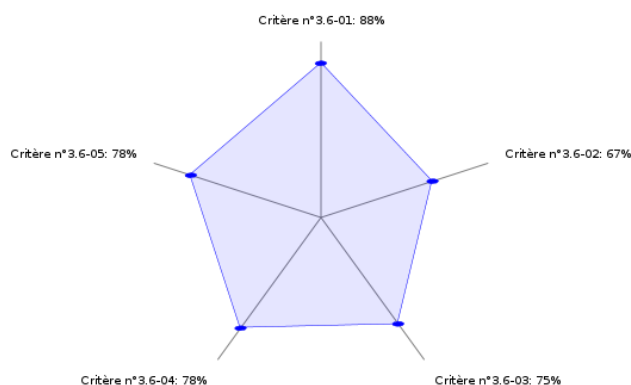
Critère n°3.5-02: 100%

Score de
l'objectif

100%

Critères		
3.5-01	La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)	100%
3.5-02	La Gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés inter-personnelles et des conflits	100%

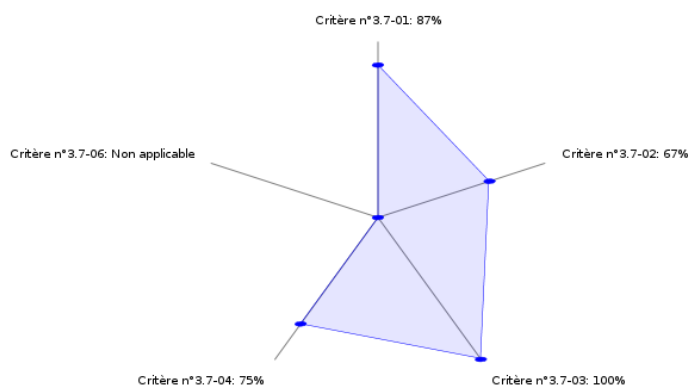
Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté



Score de
l'objectif
77%

Critères		
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	88%
3.6-02	Les risques numériques sont maîtrisés	67%
3.6-03	La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée	75%
3.6-04	Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés	78%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	78%

Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins



Critères		
3.7-01	L'établissement soutient les revues de pertinence des pratiques	87%
3.7-02	L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité	67%
3.7-03	Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement	100%
3.7-04	Les analyses des événements indésirables sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement	75%
3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	Non Applicable

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- Annexe 3. Programme de visite
- Annexe 4. Fiches Anomalies
- Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	440007482	ASSOCIATION PSY'ACTIV	1 rue Augustin Fresnel 44470 Carquefou FRANCE
Établissement principal	440002624	SERVICE DE SOINS LES BRIORDS - CPP LES BRIORDS	Les briords cs40026 44470 Carquefou Cedex 44483 FRANCE
Établissement géographique	440043792	SERVICE DE SOINS LA MAINGUAIS - CPP LES BRIORDS	2 mail de la mainguais B.p. 40609 44476 Carquefou FRANCE
Établissement principal	440002624	SERVICE DE SOINS LES BRIORDS - CPP LES BRIORDS	Les briords cs40026 44470 Carquefou Cedex 44483 FRANCE
Établissement géographique	440043792	SERVICE DE SOINS LA MAINGUAIS - CPP LES BRIORDS	2 mail de la mainguais B.p. 40609 44476 Carquefou FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
---	--------

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Programmé	
2	Patient traceur		Tout l'établissement Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
3	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
5	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Programmé	

6	Audit système	Entretien Professionnel		
7	Audit système	Représentants des usagers		
8	Audit système	QVT & Travail en équipe		
9	Audit système	Leadership		
10	Audit système	Maitrise des risques		
11	Audit système	Engagement patient		
12	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		ES non concerné - noter NC/NA sur tous les éléments d'évaluation
13	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		ES non concerné - noter NA/NC sur tous les éléments d'évaluation.
14	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou per os
15	Audit système	Entretien Professionnel		
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec ou sans acte invasif
17	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		défini en visite
18	Audit système	Dynamique d'amélioration		
19	Audit système	Coordination territoriale		
20	Audit système	Entretien Professionnel		
21	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires avec ou sans acte invasif
22	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique per os
			Tout l'établissement	

23	Parcours traceur	Psychiatrie et santé mentale Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
----	------------------	--	--

Annexe 4. Fiches Anomalies

Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-28012	19 January, 2022	2.3	Traceur ciblé
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Lucile BONNARDEL	GRIX-54006	2.3-06	Circuit du médicament et des produits de santé

Anomalies observées

Expert visiteur:

Absence de liste de médicaments à risque formalisée en lien avec l'activité de l'établissement.

Observations établissement:

La fiche correspond aux échanges lors de la visite

Réponse HAS:

L'établissement valide les constats des experts visiteurs.

Accepter

Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

Absence de surveillance adaptée du patient ayant un ttt à risque ou abs identification spécifique dans la pharmacie

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?

OUI notifié sur le CR de la réunion comedims du 7/12/21

Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?

Circuit du médicament organisé et sécurisé.

Il est retrouvé les surveillances adaptées aux reco de bonnes pratiques pour des médicaments psychotrope à risque (clozapine, neuroleptique retard, dépakote)
Accès direct à OSIRIS pour le pharmacien qui peut interagir via la messagerie sécurisée du logiciel avec le médecin et ide concernant la pertinence médicamenteuse.

Médicaments sur prescription sécurisée connue et stockée de manière sécurisée -coffre à code dans pharmacie fermée à clés.

Clozapine, surveillance spécifique assurée et tracée dans le caret dédié.

Traitement injectable retard: tracabilité dans le dossier informatisé et surveillance constantes associées.

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?

Postes médicaux et para médicaux vacants.

Gestion crise covid.

Objectif de travail pour 2022.

Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?

OUI

Février 22: Programmation groupe travail
medecin+pharmacien+ide

Mars 2022: Etablir la liste des médicaments à risque

Avril 2022: Présentation en CME pour avis puis
sensibilisation du personnel médical et infirmier.

Récurrence information et sensibilisation
(pluriannuel)cements à risque pour l'établissement.

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?

Evaluation via audit à distance de la bonne
connaissance des médicaments à risque

Les actions sont-elles efficaces pour réduire la
fréquence et/ou la gravité du risque
oui

Observations établissement:

La fiche correspond aux échanges lors de la visite

Réponse HAS:

L'établissement valide les constats des experts visiteurs.

Accepter

[Analyse coordonnateur](#)

Coordonnateur:

La liste des médicaments à risque a été formalisée en visite et est en cours de diffusion

Observations établissement:

La fiche correspond aux échanges lors de la visite

Réponse HAS:

L'établissement valide les constats des experts visiteurs.

Accepter

Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-31017	20 January, 2022	2.3	Traceur ciblé
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Lucile BONNARDEL	GRIX-54007	2.3-06	Circuit du médicament et des produits de santé

Anomalies observées

Expert visiteur:

Absence de liste de médicaments à risque formalisée en lien avec l'activité de l'établissement.

Observations établissement:

La fiche correspond aux échanges lors de la visite

Réponse HAS:

L'établissement valide les constats des experts visiteurs.

Accepter

Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

Absence de surveillance adaptée du patient ayant un ttt à risque ou abs identification spécifique dans la pharmacie

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?

oui notifié sur le CR de la réunion comedims du 7/12/21

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?

oui en amont de la visite (cf CR COMEDIMS du 7/12/21)

Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?

Circuit du médicament organisé et sécurisé.

Il est retrouvé les surveillances adaptées aux reco de bonnes pratiques pour des médicaments psychotrope à risque (clozapine, neuroleptique retard, dépakote) Accès direct à OSIRIS pour le pharmacien qui peut interagir via la messagerie sécurisée du logiciel avec le médecin et ide concernant la pertinence médicamenteuse.

Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?

OUI

Fevrier 22: Programation groupe travail medecin+pharmacien+ide

Mars 2022: Etablir la liste des médicaments à risque

Avril 2022: Présentation en CME pour avis puis sensibilisation du personnel médical et infirmier.

Récurrence information et sensibilisation (pluriannuel)

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?

Evaluation via audit à distance de la bonne connaissance des médicaments à risque pour l'établissement.

Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque

OUI

Observations établissement:

La fiche correspond aux échanges lors de la visite

Réponse HAS:

L'établissement valide les constats des experts visiteurs.

Accepter

[Analyse coordonnateur](#)

Coordonnateur:

La liste des médicaments à risque a été formalisée en visite et est en cours de diffusion

Observations établissement:

La fiche correspond aux échanges lors de la visite

Réponse HAS:

L'établissement valide les constats des experts visiteurs.

Accepter

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

