



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
ASSOCIATION AIDE AUX
JEUNES DIABÉTIQUES**

**38 rue Eugène Oudine
75013 PARIS**

NOVEMBRE 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	16
PARCOURS DU PATIENT	20
DOSSIER PATIENT	26
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	31

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire qui intervient périodiquement tous les 4 ans.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

2. La certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Ce double regard permet à la certification de s'adapter aux diverses situations des établissements et offre à ces derniers un diagnostic régulier favorisant l'actualisation des plans d'actions d'amélioration, tant sur les aspects managériaux que sur les aspects opérationnels.

Pour la V2014, la HAS a choisi une approche par thématique. Une liste de thématiques a été établie qui fait la correspondance avec les critères du Manuel de certification.

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé établit un programme de visite comprenant :

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
- des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.

• et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

2. Des investigations selon la méthode du patient-traceur : cette dernière permet d'évaluer la prise en compte des critères de la certification dans le registre de la prise en charge réelle d'un patient.

Le présent rapport rend compte de l'évaluation réalisée par les experts-visiteurs sur l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité (avec une obligation de résultat sur des critères jugés prioritaires - les PEP) ainsi que sur la maturité des démarches qualité risques, en particulier leur déploiement au plus près des équipes et de la prise en charge des patients.

Etabli après une phase contradictoire avec l'établissement, le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle. Il est rendu public.

3. Les niveaux de certification

Sur chaque thématique investiguée en visite, la Haute Autorité de santé peut prononcer :

- des recommandations d'amélioration,
- des obligations d'amélioration,
- des réserves.

Les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves traduisent le niveau de maturité de chaque thématique évaluée c'est-à-dire la capacité de l'établissement à maîtriser les risques identifiés, à atteindre les objectifs de la thématique et à fonctionner selon un dispositif d'amélioration continue. La maturité de chaque thématique est fondée sur les conformités et écarts identifiés au cours de la visite de certification, pour chaque sous-étape du « PDCA » ; l'ensemble répondant à la définition d'un niveau de maturité objectivé dans une grille de maturité établie par la HAS.

Dans certaines situations, les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves peuvent traduire l'existence d'une situation à risque pour les personnes non maîtrisée par l'établissement.

Au final, la HAS décide, les niveaux de certification suivants :

- une décision de certification (A),
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration (B) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration (C) (et d'éventuelles recommandations d'amélioration) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de non-certification (E).

La HAS peut également décider de surseoir à statuer pour la certification (D) en raison de réserves sur les thématiques investiguées en visite, ou d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux rendu par la commission qui en est chargée dans chaque département.

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> - P = Plan : prévoir - D = Do : réaliser - C = Check : évaluer - A = Act : agir ou réagir
Objectifs et programme de visite	Les objectifs de visite, établis en amont de la visite par la HAS, consistent à contextualiser les audits sur des thématiques communes à tous les établissements, motiver le choix des audits sur des thématiques spécifiques à l'établissement (1 à 3 audits) et définir les investigations selon la méthode du patient-traceur. Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite.
Patient traceur : <i>Sigle PT</i>	Méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.
Preuve	Justification de l'écart, c'est-à-dire ce qui a été observé ou entendu au travers des différents entretiens, visites terrain ou patient traceur.
Qualification des écarts	Niveau de criticité de l'écart identifié et conformité en synthèse collective. Il existe en 3 niveaux de qualification : <ul style="list-style-type: none"> - <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels. o Ou, écart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système (par exemple, par manque d'antériorité, de structuration et/ou d'appropriation). - <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels o Ou, écart indiquant une rupture du système. - <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

2.1 La caractérisation générale qui précise la problématique de la thématique. Cette partie, élaborée par la HAS, est identique pour tous les établissements de santé.

2.2 Les résultats de l'établissement :

- a. **Une représentation graphique** permet à l'établissement de visualiser son niveau de maturité à partir des colorations obtenues et d'évaluer sa marge de progrès.
- b. **Une synthèse générale sur le niveau de maîtrise de la thématique.** Rédigée selon les étapes du PDCA, elle présente les conformités et les écarts observés lors de l'audit processus et intègre le cas échéant, les constats des évaluations par patient-traceur.
- c. **Un tableau des écarts** qui recense l'ensemble des écarts relevés, tels qu'énoncés dans la synthèse. Chaque écart y est qualifié et rattaché au référentiel applicable. **Non publié**, ce tableau n'est à disposition que de l'établissement qui peut ainsi savoir précisément, ce qui doit être amélioré.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

AJD-MANOIR DE SAINT MARCOUF	
Adresse	39 route du littoral 50560 Gouville Sur Mer
Département / région	MANCHE / NORMANDIE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but non lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	750826307	AIDE AUX JEUNES DIABETIQUES	38 rue eugene oudine 75013 PARIS 13
Etablissement de santé	730783966	AJD-CHALET DE LA GRANDE CASSE	73710 Pralognan La Vanoise
Etablissement de santé	500012968	AJD-MANOIR DE SAINT MARCOUF	39 route du littoral 50560 Gouville Sur Mer
Etablissement de santé	730783974	AJD-CHALET DE L'ORNON	73530 Saint Sorlin D'Arves
Etablissement de santé	470003062	AJD-MAISON FAMILIALE LE BOSC	47300 PUJOLS
Etablissement de santé	970406096	AJD-LE VILLAGE DES SOURCES	Rue des fleurs jaunes 97413 Cilaos
Etablissement de santé	760802439	AJD-CENTRE LES HELLANDES	Route d'angerville l'orcher 76280 Angerville L'Orcher
Etablissement de santé	290007905	AJD-MECS DE CROZON	Base nautique de postolonnec 29160 Crozon Morgat

Etablissement de santé	470002627	AJD-MFR LE MARMANDAIS	17 avenue graveyron 47180 Sainte-Bazeille
------------------------	-----------	-----------------------	--

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
SSR	SSR	411

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	
---	--

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Chaque centre établit des conventions de liaison avec le centre hospitalier le plus proche, et d'autres établissements de santé en fonction des demandes des ARS concernées.
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement (A).

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

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

L'établissement n'est pas assujéti au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé.

4. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

La Haute Autorité de santé a défini des objectifs de visite, établis sous forme d'une liste de thématiques à auditer et de patients-traceur à réaliser.

Seuls les audits de processus inscrits dans les objectifs de visite font l'objet du présent rapport.

Dans le cas où un dysfonctionnement est observé en cours de visite sur une thématique non inscrite au programme de visite, les experts-visiteurs peuvent conduire des investigations supplémentaires et ajouter cette thématique au programme.

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
FONCTIONS SUPPORTS

2. Liste des évaluations réalisées par la méthode du patient-traceur

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Enfant F ou G	Centre de séjour de Crozon	diabète	programmé	simple	SSR
2	Enfant F ou G	Centre de séjour de Gouville	diabète	programmé	simple	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

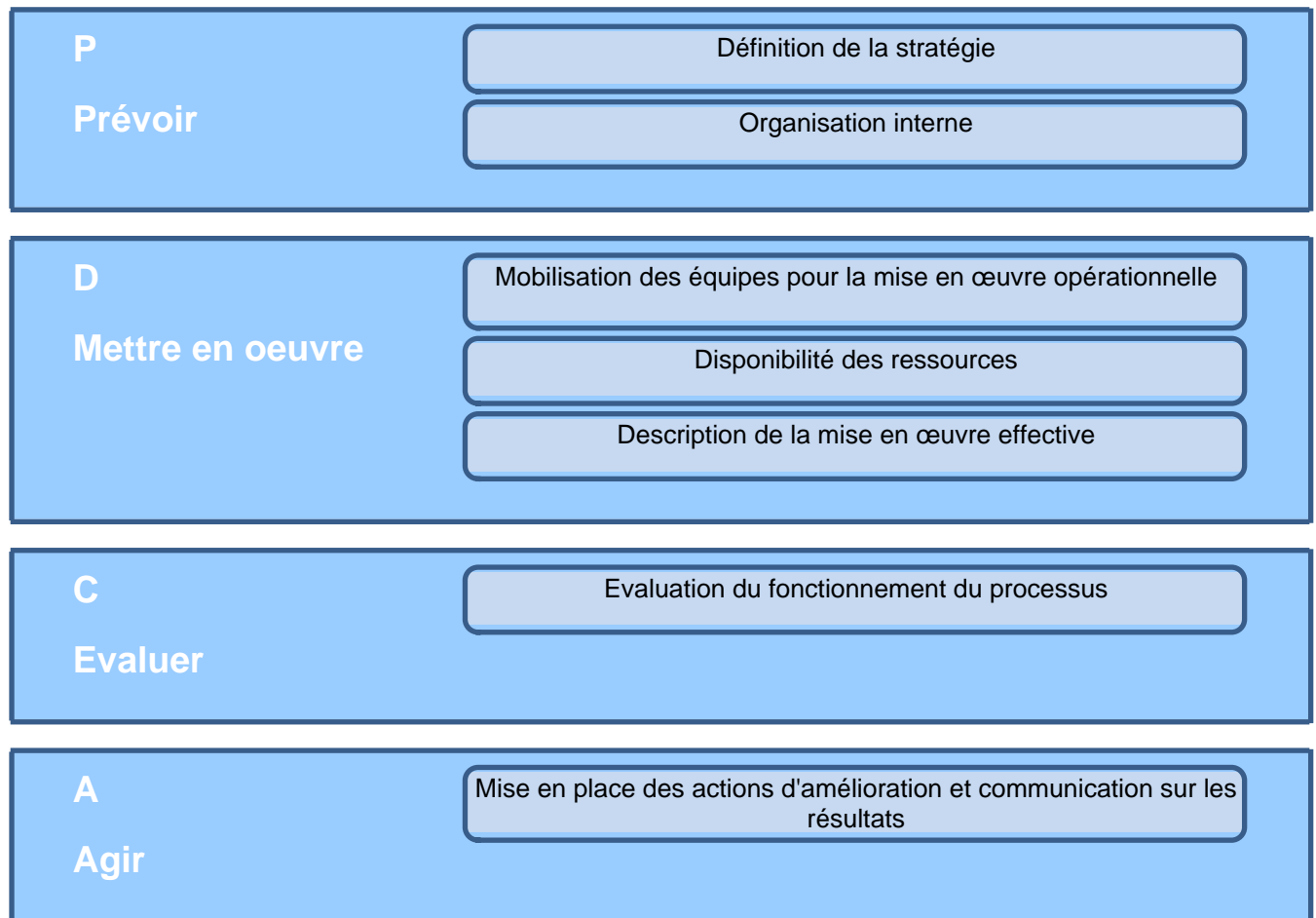
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'association "Aides aux Jeunes Diabétiques" (AJD) a défini sa politique générale de management de la qualité et de la sécurité des soins, portée par le management, en lien avec l'analyse de ses besoins spécifiques, au regard de ses missions et des orientations régionales et nationales et à partir d'une hiérarchisation des risques. Elle regroupe les différentes organisations mises en place et permettant d'identifier ces risques.

La politique qualité de l'AJD est inscrite dans ses orientations stratégiques.

Elle intègre la stratégie d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), les obligations légales et réglementaires, la gestion de crise.

Pour chaque site de séjour, des objectifs sont définis et intégrés dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens signé avec l'ARS (Agence régionale de santé) de référence. Des indicateurs permettent de suivre le niveau d'atteinte de ces objectifs.

L'AJD a élaboré sa cartographie globale des risques dont les risques liés à l'exercice professionnel intégrés dans le Document Unique. Un ou des référents (instance, groupe de travail) ont été identifiés par type de risque.

Un travail d'identification des risques liés aux soins est mis en place sur chaque site et à chaque début de séjour. Une réunion, à laquelle participent tous les membres de l'équipe, est organisée à la fin de la première semaine avec pour objectif d'identifier les risques portant plus particulièrement sur la sécurité des soins. Cette analyse s'appuie à la fois sur les situations à risque a priori et sur les événements indésirables survenus au cours de la première semaine.

L'analyse des risques fait l'objet d'un compte rendu transmis au siège de l'AJD en fin de séjour.

Les modalités de mise en œuvre de cette réunion sur la gestion des risques ainsi que les documents supports de sa mise en place font l'objet d'un chapitre dans le tome 2 des guides pratiques de l'AJD « L'enfant en séjour AJD ».

Les objectifs de la politique qualité sont déclinés dans un programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, connu et structuré (actions, responsables, échéances, modalités de suivi), prenant en compte l'ensemble des éléments attendus et notamment l'analyse des plaintes et réclamations en lien avec la Commission des Usagers (CDU).

Le programme est présenté et validé annuellement par les instances de l'établissement.

Les représentants des usagers participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins notamment dans le cadre de la CDU.

Les professionnels de l'AJD ont été mobilisés dans l'élaboration du Compte Qualité (CQ) qui est articulé avec le programme qualité global (PAQ).

La politique qualité concourt à sensibiliser et à impliquer les professionnels.

ORGANISATION INTERNE

Le dispositif de management de la qualité et de la gestion des risques est formalisé et comprend plusieurs niveaux de pilotage, de coordination et de mise en œuvre : la Direction de l'AJD (suivi des recommandations issues des évaluations externes), le Comité de Pilotage et de Gestion des Risques (suivi du programme de gestion des risques et de la formation des professionnels), le Conseil Médical et Educatif (mise en œuvre des actions préventives et curatives), la Commission des Usagers (respect des droits des patients), le Conseil des familles (relais des familles et force de proposition) , le DIM (recueil et confidentialité des données).

Les rôles et les responsabilités des différents acteurs sont définis et formalisés dans des fiches de poste.

La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée. La quotité de temps dédié pour assurer la fonction est définie.

Le pilotage et les missions des différentes structures en charge de la mise en œuvre de la politique sont définis :

- gestion des risques associés aux soins,
- référents des risques,
- veille réglementaire,
- vigilances sanitaires
- gestion des plaintes et réclamations,
- gestion des événements indésirables (EI),
- gestion de crise,
- maîtrise du risque infectieux,
- prise en charge médicamenteuse.

L'AJD a identifié ses besoins et les ressources nécessaires lui permettant d'atteindre les objectifs qu'elle s'est fixée en matière de qualité et de sécurité des soins :

- Plan de formation et gestion des compétences
- Dispositif structuré de gestion documentaire intégrant les procédures définies et formalisées.

- Structuration du système d'information
 L'AJD est organisme DPC depuis le 25 juillet 2018.
 La gestion documentaire s'appuie sur les "Tomes", guides pratiques élaborés, validés et mis à jour chaque année par le siège de l'association en collaboration avec l'ensemble des professionnels.
 Cette gestion documentaire constitue ainsi le principal outil de management de la qualité de l'AJD, notamment pour les nouveaux professionnels temporaires.
 Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.
 Une coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'association est organisée.
 Une coordination est organisée entre l'AJD et les structures régionales et nationales de vigilance et de veille sanitaire.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les médecins directeurs (et médecins directeurs adjoints) et les directeurs d'activité (et directeurs d'activité adjoints), relais de l'AJD au sein des différents centres visités, se sont saisi des enjeux liés au management de la qualité et des risques en lien avec les orientations de l'association. Un WE de formation et d'échanges de pratiques est organisé chaque année en juin pour l'ensemble des professionnels encadrant les jeunes pendant l'été (personnel soignant et pédagogique) pendant lequel leur sont notamment présentés les outils et les modalités d'organisation élaborés et définis par l'AJD (nouveau inscrites dans le "Tomes", exercices de simulation, ateliers de groupes, présentation d'une infirmerie "type",...). Un week-end de retour d'expérience est mis en place à l'issue des séjours (septembre/octobre) afin de proposer ou de réajuster les organisations et les outils pour l'année suivante.

Les séjours intermédiaires (à la Toussaint et à Pâques) sont le plus souvent utilisés pour tester ces nouveaux outils. L'AJD favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements,...).

Différentes actions concourent à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans des démarches qualité et sécurité des soins (réunions risques, séminaires, journées dédiées, séminaire annuel de co-construction réunissant les associations de familles et des professionnels de santé,..).

Des outils de communication interne sont en place et les résultats des indicateurs et les tableaux de bord sont diffusés à l'ensemble des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources nécessaires en effectifs et compétences sont en cohérence avec les orientations stratégiques de l'AJD dans ce domaine.

Des actions de formation, intégrées au plan de formation annuel de l'AJD, sont mises en œuvre, y compris pour les nouveaux arrivants :

- formations propres à l'association pour la qualité et la gestion des risques,
- formation sur les risques associés aux soins et la sécurité des patients,
- formation à l'utilisation de supports de signalement des événements indésirables,
- formation aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes,
- formation à l'analyse des risques a priori.

De manière régulière, l'AJD organise des formations pour les professionnels de santé centrées sur la spécificité de la prise en charge des enfants et adolescents ayant un diabète de type 1.

Les documents utiles à la mise en œuvre et à l'évaluation de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont formalisés et mis à disposition de l'ensemble des professionnels de l'établissement :

- Outils d'aide méthodologique et d'accompagnement (grilles d'analyse de risques, EPP, check-list,..),
- Fiche de signalement des événements indésirables,
- Mise en œuvre des plans d'urgence,
- Alertes sanitaires ascendantes et descendantes (Infections associées aux soins, matériovigilance, pharmacovigilance).

Des outils permettant de recueillir leurs attentes ou d'évaluer leur degré de satisfaction sont mis à la disposition des usagers (enfants, représentants légaux,..).

Les locaux, le matériel et les équipements mis à disposition des professionnels sont fonctionnels et opérationnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Sur les différents sites de séjour, les observations et les entretiens ont permis de vérifier la mobilisation des professionnels pour la mise en œuvre opérationnelle de la démarche qualité et l'appropriation d'une culture de sécurité des soins :

- plans d'actions pour chaque site de séjour,
- analyse des risques,

- organisation pour le déploiement et la mise en œuvre de démarches d'EPP,
- relais effectif par les directeurs et les directeurs adjoints,
- participation de l'ensemble des professionnels au signalement et à l'analyse des événements indésirables avec un appel téléphonique de la part du siège pour les événements le nécessitant,
- participation des professionnels à la gestion des plaintes et réclamations,
- organisation d'une communication interne permettant le partage de l'information ascendante et descendante tout au long des séjours.

Des exercices d'évacuation en cas d'incendie sont réalisés systématiquement dans les premiers jours de chaque séjour, sur chaque site, en lien avec les responsables de la structure d'hébergement. Ces exercices s'appuient sur la procédure définie par l'AJD et contenue dans le tome 2 « L'enfant en séjour AJD ». Une évaluation de chaque exercice est réalisée afin d'en tirer des enseignements pour l'exercice suivant et pour remédier immédiatement aux anomalies constatées.

La politique générale de management de la qualité et de la sécurité des soins, la stratégie de développement de l'EPP mais aussi les indicateurs de l'AJD sont connus des professionnels.

Les instances opérationnelles se réunissent périodiquement. Les comptes rendus de ces réunions sont mis à la disposition des professionnels et des usagers.

La participation de la CDU à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme qualité de l'AJD est effective. Elle est informée des résultats des évaluations de la satisfaction des usagers. Un bilan des fiches de signalement des événements indésirables lui est présenté.

Le dispositif de recueil de la satisfaction des usagers est opérationnel et permet de mettre en œuvre des actions correctives.

Dans le cas d'une plainte, le plaignant est informé des suites données et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation continue du processus est réalisée. Elle est basée sur le suivi annuel de la mise en œuvre du programme global de la qualité à l'échelle de l'établissement. Le bilan réalisé permet de mesurer l'impact de l'action en termes de réduction du niveau de risque et d'amélioration des pratiques.

L'évaluation de la satisfaction des enfants et de leurs parents est réalisée annuellement en lien avec la CDU.

Les questionnaires sont complétés à distance des séjours afin de recueillir les points forts et les points dignes d'amélioration.

Des tableaux de bord permettent de suivre régulièrement la progression des indicateurs (d'activité, de ressources et de qualité) retenus par l'établissement.

Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière au sein des instances et dans le cadre des réunions direction/secteurs d'activité.

Une synthèse des Evénements Indésirables de l'année écoulée est présentée à la CDU et intégrée dans son rapport annuel.

A / AGIR

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

Les quatre volets (droits des patients, prise en charge des patients, gestion des risques liés aux soins et dossier du patient) de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont déclinés par objectifs stratégiques et font l'objet d'un suivi par indicateurs.

Le programme qualité est réajusté chaque année et de nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont définis.

Il existe un dispositif de communication régulière des résultats des évaluations et des actions conduites tant pour les professionnels que pour les représentants des usagers et les familles.

La mise à jour annuelle des « Tomes » intègre les actions correctives issues des réunions de risque, de l'analyse des événements indésirables déclarés lors des séjours, des propositions de nouveaux outils ou documents faites par les professionnels ou les familles, des résultats des évaluations des professionnels (animation, soignants) réalisées par les directeurs de sites, des résultats des bilans réalisés en équipe à l'issue de chaque séjour.

Le rapport annuel de l'AJD reprend le bilan des actions mises en œuvre pour l'année écoulée et présente les projets pour l'année à venir. Il est composé de quatre chapitres tenant compte des populations concernées par les activités de l'AJD : l'enfant, l'adolescent et sa famille ; les associations de famille ; les professionnels de santé ; le grand public.

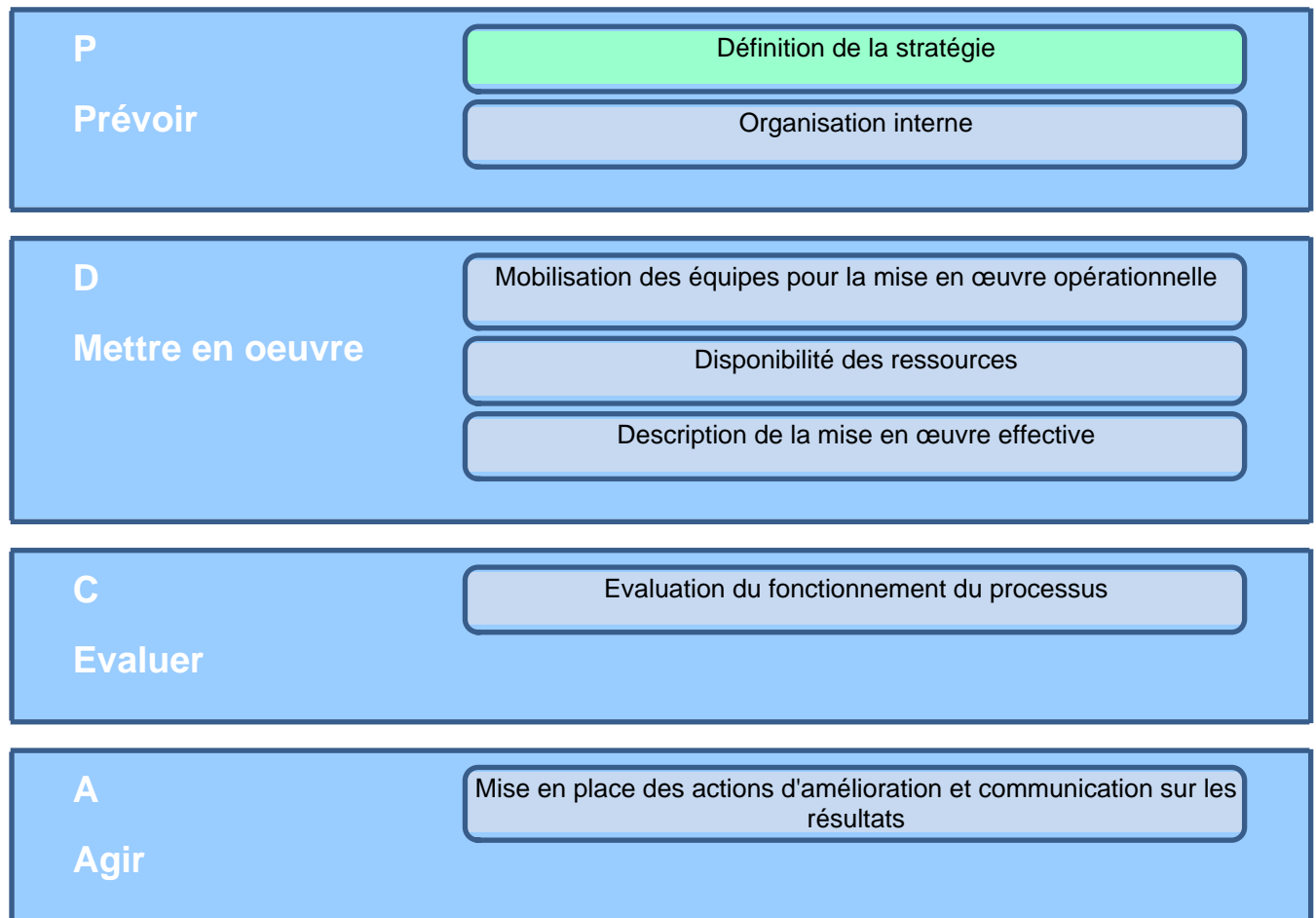
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'AJD a formalisé et structuré sa stratégie de promotion des droits et de la bientraitance des patients.
« Le respect des droits du patient » est un des volets de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
L'association a identifié ses besoins et analysé ses risques en impliquant la CDU et les représentants des usagers et en utilisant les différentes sources de données à sa disposition (questionnaires de satisfaction, audits, enquêtes, plaintes et réclamations, bilan CDU, analyse des EI,...).
Les risques sont hiérarchisés et conduisent à la définition de priorités d'action à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge du patient.
La politique « bientraitance et promotion des droits des patients » est définie à partir de cette analyse de risques.
L'AJD définit des objectifs d'amélioration précis et mesurables qu'il inscrit dans son programme d'amélioration continue de la qualité. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action, communication des résultats). Certaines de ces actions sont déclinées en actions spécifiques pour chaque site de séjour. Ce programme est présenté annuellement aux instances de l'AJD dont la CDU.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation pour piloter et mettre en œuvre la politique « bientraitance et promotion des droits des patients » est définie dans l'établissement. Elle est articulée avec la CDU.
Le pilotage de la mise en œuvre de cette politique et du suivi du programme d'action est assuré par la direction de l'AJD qui veille également à la communication des résultats.
Un dispositif de gestion documentaire est en place. Les Tomes 1, 2 et 3 des guides pratiques à destination des professionnels intègrent des éléments relatifs aux droits des patients.
Les modalités de signalement des cas de maltraitance ou d'information préoccupante sont définies dans ces guides.
Les besoins en formation initiale et continue des acteurs sur les droits des patients sont définis.
L'AJD veille particulièrement à la sensibilisation des nouveaux personnels, recrutés chaque année, au respect des droits des patients et à la délivrance de l'information auprès des enfants et de leur famille.
Des modalités spécifiques d'information sont mises en œuvre en cas de dommage lié aux soins, de diagnostic grave ou d'aggravation de l'état de santé en tenant compte des facultés de compréhension et de discernement des familles.
Les éventuelles restrictions de liberté sont identifiées et sont inscrites dans le livret d'accueil et le règlement intérieur de l'AJD. Les modalités de leur mise en œuvre sont définies.
Les organisations en place garantissent le respect de la confidentialité des informations relatives à l'enfant et/ou à l'adolescent (organisation des infirmeries intégrant des espaces de confidentialité et limitant le nombre d'enfants pouvant y accéder simultanément par exemple).

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les médecins directeurs (et médecins directeurs adjoints) et les directeurs d'activité (et directeurs d'activité adjoints), relais de l'AJD au sein des différents centres visités, se sont saisi des enjeux liés à la bientraitance et au respect des droits des patients et des temps de réunions et d'échanges tant entre professionnels (avant, pendant et après les séjours) qu'avec les enfants et les adolescents (débat, « météo du soir » par chambre ou individuellement, temps d'échange collectif dans le cadre des ateliers d'éducation thérapeutique) permettent de maintenir un niveau de vigilance sur cette thématique et de vérifier la conformité des pratiques aux dispositions attendues :

- dans les situations nécessitant un rappel aux règles de vie en collectivité,
- dans la mise en œuvre du respect des libertés de chacun,
- dans le cadre du respect de la dignité, de l'intimité des uns et des autres,
- dans la vigilance portée au respect des règles de confidentialité des données personnelles des enfants et des adolescents pris en charge.

Les projets de prise en charge prennent en compte les risques liés à leur non-respect.
La réflexion bénéfice-risque fait l'objet d'une concertation au sein de l'équipe soignante.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en effectifs et en compétences sont identifiés et répondent aux besoins exprimés dans ce

domaine dans les orientations stratégiques de l'AJD.
 Les professionnels de santé bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences dans ce domaine (bienveillance, droits des usagers, information du patient en cas de dommage lié aux soins, respect des libertés individuelles,...).
 Ils sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient
 Une charte de confidentialité et d'intimité est diffusée à l'ensemble des professionnels.
 Une charte de la bienveillance a été élaborée à partir d'une réflexion initiée en 2013.
 Des documents d'information sur leurs droits et les missions de la CDU sont mis à la disposition des patients et de leur famille et l'accès à ces ressources est facilité.
 Il existe un guide du signalement et de l'information préoccupante, mis à jour chaque fois que nécessaire et diffusé auprès des nouveaux professionnels.
 Le recueil du consentement éclairé des détenteurs de l'autorité parentale est intégré dans le volet médical du dossier d'inscription de l'enfant ou de l'adolescent.
 L'établissement adapte ses locaux, ses équipements et sa signalétique pour répondre aux besoins spécifiques de la population accueillie et notamment des personnes à mobilité réduite.
 Les séjours SSR sont réalisés dans des locaux permettant de garantir la confidentialité, l'intimité et la dignité des enfants et des adolescents.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels des différents centres visités, les temps d'échange avec les enfants et les adolescents lors des repas, des activités ou dans le cadre des ateliers d'ETP et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur démontrent l'effectivité de la mise en œuvre des droits du patient au sein de l'AJD.
 Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bienveillance sont en place.
 Les règles, procédures et protocoles concernant le respect de la dignité et de l'intimité du patient lors des soins, y compris les soins d'hygiène sont connus et respectés. L'organisation et la configuration des infirmeries mises en place sur les différents centres s'appuient sur ces règles.
 Le respect des droits du patient s'appuie sur l'organisation, les circuits et les interfaces opérationnelles définis à l'échelle de l'association.
 Les pratiques au quotidien garantissent le respect de la confidentialité des données personnelles de l'enfant ou de l'adolescent (organisation des temps de soins mis en place dans les infirmeries comme lors des activités extérieures, transport des dossiers patient en amont et à l'issue des séjours).
 Les adolescents disposent de leur téléphone portable dont l'utilisation fait l'objet de règles discutées au début et tout au long du séjour (par exemple, retrait du portable pour la nuit à Crozon et restitution dans la journée).
 Un dispositif est en place afin d'assurer aux enfants et aux familles un soutien dans les situations qui le nécessitent.
 Le patient, et ses représentants légaux, participent à l'élaboration et au suivi de son projet de soins personnalisé.
 Les attentes des parents et de l'enfant sont recueillies dans la fiche de liaison en amont du séjour.
 L'information donnée sur son état de santé et les soins proposés ainsi que le recueil de son consentement éclairé sont tracés dans le volet médical du dossier du patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La direction de l'AJD, relayée par les directeurs des sites, assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus «bienveillance et promotion des droits des patients ».
 Des modalités d'évaluation régulière du processus au sein de l'AJD sont définies.
 L'AJD mesure l'efficacité des actions mises en œuvre et communique sur les résultats obtenus. Elle recueille pour cela un certain nombre d'indicateurs (taux de satisfaction des patients, taux de formation des personnels, nombre de FEI relatives aux droits des patients,...).
 Le rapport annuel de la CDU est élaboré et diffusé chaque année aux tutelles et aux instances de l'AJD.
 Des enquêtes de satisfaction sont réalisées annuellement tant auprès des professionnels que des enfants et de leurs représentants légaux.

A / AGIR

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

L'AJD définit des objectifs d'amélioration précis et mesurables qu'il inscrit dans son programme d'amélioration continue de la qualité. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action, communication des résultats). Certaines de ces actions sont déclinées en actions

spécifiques au sein de chaque site de séjour. Les actions issues de la conformité à la réglementation sont traitées en priorité.

Ce programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement dont la CDU.

La stratégie de l'établissement ainsi que le programme d'amélioration sont réajustés en fonction des résultats des évaluations. Des actions de communication sont réalisées de manière régulière sur ces résultats.

La Direction interroge ou sollicite de manière régulière la CDU sur les questions relatives au respect des droits des patients.

Le rapport annuel de l'AJD reprend le bilan des actions mises en œuvre pour l'année écoulée et présente les projets pour l'année à venir. Il est composé de quatre chapitres tenant compte des populations concernées par les activités de l'AJD : l'enfant, l'adolescent et sa famille ; les associations de famille ; les professionnels de santé ; le grand public.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

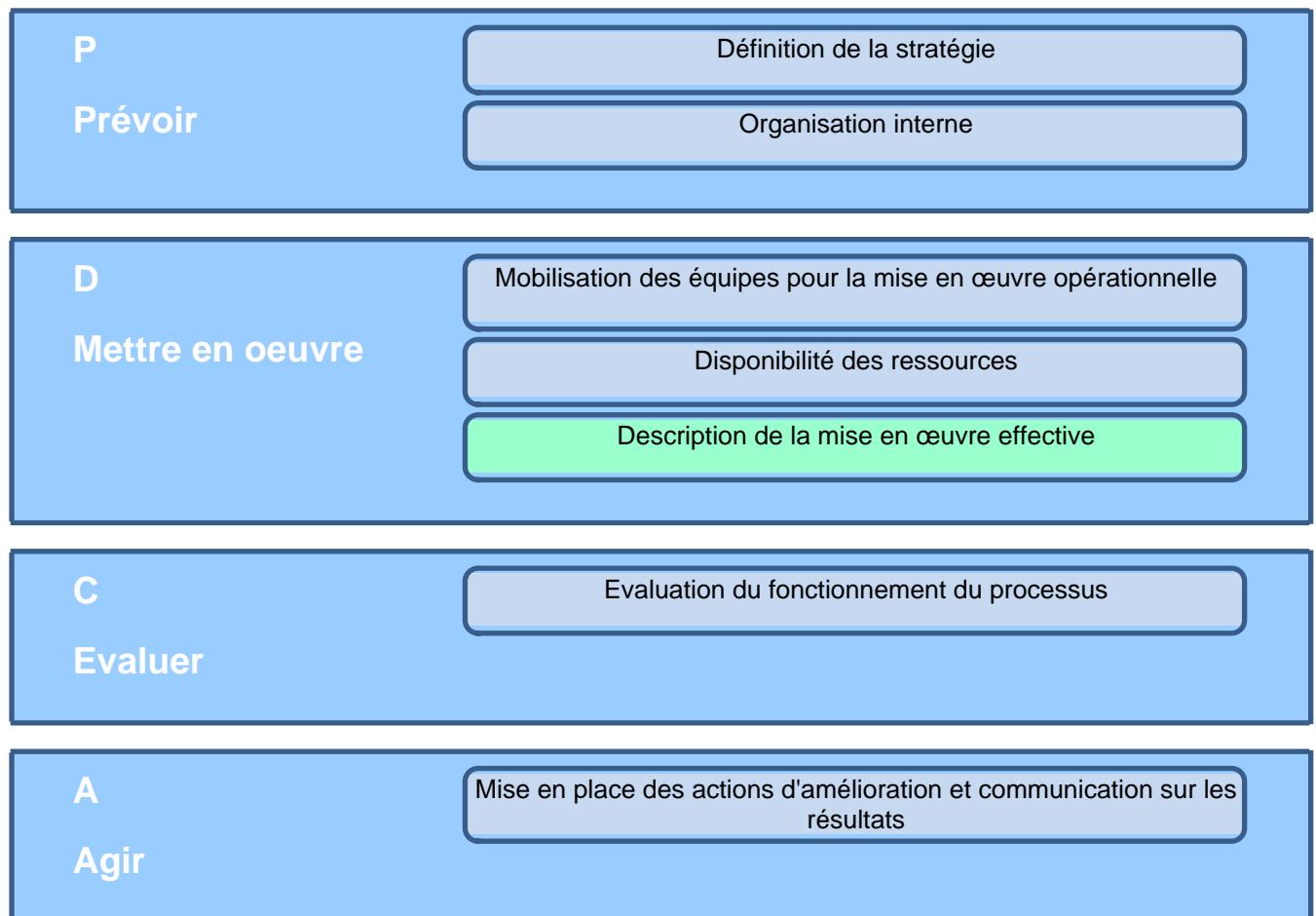
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

- organise et prend en compte les besoins de la population aux différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert) de la prise en charge des maladies aiguës, des maladies chroniques, des populations spécifiques ;
- structure et formalise les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux ;
- évalue ces prises en charge.

Les professionnels des secteurs d'activités grâce à un travail en équipe pluri professionnel et interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient et son entourage.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'Association Aide aux Jeunes Diabétiques (AJD) a défini dans un document (programme de gestion globale de la qualité et des risques) sa stratégie relative au parcours du patient au regard de son activité, ses missions, et la réglementation. Ce document stratégique est appuyé sur le projet d'établissement 2014 – 2019. Les besoins de l'AJD sont identifiés au regard des attentes des CPOMs signés avec les ARS de référence de chaque site de séjour SSR.

L'AJD a réalisé une analyse des risques associés au parcours du patient en s'appuyant sur les données issues de ses démarches d'évaluation (équilibre glycémique), des publications internes, nationales et internationales (auxquelles l'AJD participe), des résultats des indicateurs (indicateurs de suivi de dossier sur le modèle des IPAQSS,), de retours d'expérience (session annuelle au décours des séjours d'été) et de l'analyse des EI liés au parcours du patient.

Les risques sont hiérarchisés et conduisent à la définition de priorités d'action à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge du patient.

L'AJD a identifié des objectifs sur cette thématique. Ils sont déclinés dans le compte qualité, qui définit les modalités de sa mise en œuvre (actions, responsables, échéances, modalités de suivi). Ce programme est présenté régulièrement aux instances de l'AJD.

Cette stratégie, validée par le comité de pilotage et de gestion des risques, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé.

De sa cartographie des risques l'AJD a retenu trois risques prioritaires qui ont alimenté le Compte Qualité. Les plans d'actions associés sont également précisés dans ce compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du parcours patient est assuré au niveau stratégique et opérationnel par le président, les co-directrices et des médecins du secteur séjour SSR de l'AJD. Le comité de pilotage s'assure de la coordination, du recueil des indicateurs, de l'analyse des résultats, de l'identification d'axes d'améliorations et de leur mise en œuvre.

Au regard de ses missions, des besoins et des risques identifiés, l'organisation, les compétences et les effectifs permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients 24h/24 et 7j/7. En particulier le « Tome 1 » précise les effectifs et modalités d'organisation. Les besoins en compétences pour coordonner un parcours organisé sont identifiés (médecins, infirmières, animateurs, pharmacien).

L'AJD dispose d'une organisation formalisée pour l'intégration des nouveaux arrivants. L'AJD est organisme DPC depuis le 25/07/2018 et est ainsi habilité à dispenser des programmes aux professionnels de santé.

Les besoins en procédures et documents d'information sont identifiés. Ils sont formalisés, adaptés aux spécificités de l'AJD et intégrés au dispositif de gestion documentaire. Ils sont issus de documents de référence internationaux. Les professionnels participent à leur élaboration.

Les besoins en système d'information sont identifiés. L'accueil du patient est codifié dans une procédure, organisé et adapté.

La prise en charge nutritionnelle est coordonnée et organisée au siège de l'AJD. Le « Tome 6 » de l'AJD est entièrement consacré à l'alimentation en séjour SSR. Une réunion annuelle des hôteliers est organisée. Pour chaque centre, les menus sont planifiés.

L'éducation thérapeutique du patient est un des objectifs prioritaires de l'AJD, mis en place à partir de besoins spécifiques identifiés dans cette population.

Un dispositif d'identification des patients à risque suicidaire est défini.

L'organisation de la gestion des urgences vitales comprend du matériel opérationnel et disponible. Les procédures et listes de vérification du matériel d'urgence sont disponibles. Le dispositif de recensement des personnes à former sera renforcé pour la prochaine saison et devrait permettre de proposer des enseignements ciblés.

Les enfants et les parents de patients sont associés à la planification de la sortie. Une procédure décrit sa préparation.

La maintenance matérielle préventive et curative est organisée (lecteurs de glycémie par exemple). Un plan d'équipement et de renouvellement du matériel est prévu. La disponibilité du matériel d'urgence est organisée. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels. Elle repose notamment sur des réunions sur site hebdomadaires et une permanence téléphonique du siège.

Les éléments du parcours patient sont intégrés dans le dossier patient.

La déclaration et le traitement des EI sont organisés. L'analyse et le bilan annuel des EI inclut les usagers dans le cadre de la CDU.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les médecins directeurs (et médecins directeurs adjoints) et les directeurs d'activité (et directeurs d'activité adjoints), relais de l'AJD au sein des différents centres visités, se sont saisis des enjeux liés au parcours patient en lien avec les orientations de l'association.

Ils sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés à partir de retour d'expérience mis en place à l'issue des séjours (septembre/octobre) afin de proposer ou de réajuster les organisations et les outils pour l'année suivante.

Ils communiquent auprès de leur équipe sur la politique de l'AJD, sa mise en œuvre et son évolution. Chaque centre a identifié ses propres besoins et ses risques spécifiques (par exemple liés aux tranches d'âges d'enfant différentes selon les centres, à la présence d'une piscine, aux types d'activités sportives proposées,...).

Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment les procédures et protocoles décrits dans les différents « Tomes » de l'AJD.

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur. Elles connaissent les objectifs en matière d'amélioration des parcours des patients définis au sein du service et les mesures à mettre en place pour les atteindre. Elles ont accès aux résultats des évaluations notamment celles concernant la satisfaction des usagers dans le rapport annuel, ou lors de la réunion de retour d'expérience. Les signalements d'évènements indésirables en lien avec le parcours patient sont relayés aux responsables, et analysés au sein du siège.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des centres. Ils répondent aux besoins, notamment à l'activité et aux spécificités des patients diabétiques pris en charge. Ils permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés. Des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents (par exemple, médecin disponible au sein du siège pouvant se détacher sur un centre).

Les compétences d'accompagnement sont accessibles par une permanence au sein du siège de l'AJD pour les professionnels confrontés à des situations spécifiques.

Les règles de présence et le système de gardes et d'astreintes permettent d'assurer la permanence des soins de jour comme de nuit, dans tous les centres.

Des actions de formation sont menées lors des séminaires initiaux et par compagnonnage au cours des séjours sur l'éducation thérapeutique, la prise en charge de la douleur...

Les nouveaux arrivants sont intégrés dans le cadre des week-ends annuels de formation et d'un compagnonnage tout au long du séjour au sein de l'AJD.

Les ressources documentaires sont accessibles sous format papier et sur le site de l'AJD via un login sécurisé. Elles décrivent notamment l'ouverture d'un centre, le dispositif d'accueil à l'arrivée du séjour, l'évaluation initiale (examen clinique...), le projet de soins ou les conduites à tenir spécifiques (par exemple : sac d'urgence, transport des enfants, nutrition).

Les documents d'information et de conseil pour les enfants et adolescents diabétiques sont disponibles, comme par exemple les supports éducatifs et les affiches sur la gestion de l'insuline, la prévention de la douleur ou les repères nutritionnels.

Les sacs d'urgence uniformisés sont présents dans chaque centre. Les coordonnées d'alerte en cas d'urgence vitale sont disponibles sous la forme d'un numéro d'appel unique.

Le matériel spécifique, identifié comme nécessaire, est mis à disposition (essentiellement : appareils d'autosurveillance glycémique, pompes à insuline).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels, les temps d'échange avec les enfants et adolescents lors des activités et la méthode du patient traceur reflètent la mise en œuvre du parcours patient au sein de l'AJD.

Cela concerne notamment :

- les spécificités liées au diabète et aux enfants comme par exemple, l'adaptation de doses d'insuline, la prévention des accidents d'exposition au sang, la nutrition, la gestion des DASRI ;
- l'identification des patients à risque suicidaire basé sur une première analyse des fiches de demande de séjour et en deuxième intention sur une grille développée à cet effet. Le dispositif est connu et utilisé par les professionnels ;
- une prise en charge nutritionnelle spécifique avec une action d'éducation permanente comme par exemple le calcul quotidien des apports en sucres ou une éducation thérapeutique dédiée. Les menus proposés répondent aux exigences du cahier des charges défini par le siège de l'AJD;
- la concertation pluri professionnelle et pluridisciplinaire autour de la prise en charge de l'enfant diabétique ;
- l'organisation de la prise en charge des urgences vitales avec des sacs d'urgences armés, scellés et dotés de listes de vérification connues des soignants ;

- des règles de présence et un système de gardes et d'astreintes assurant la permanence des soins.
 Les modalités d'information de la famille de l'enfant sont précisées et comprennent par exemple des règles d'utilisation du téléphone portable. Un téléphone fixe est à disposition dans chaque centre.
 L'évaluation initiale de l'état de santé de l'enfant est réalisée en amont lors de la demande de séjour et complétée lors d'un examen initial à l'arrivée dans le centre de SSR et tracée dans le dossier.
 Le projet de soins personnalisé est établi en concertation avec les médecins référents, l'enfant et sa famille. Il est tracé dans le dossier et prend en compte la réflexion bénéfice / risque. Il permet de prioriser les activités thérapeutiques. Des échanges réguliers entre soignants et responsables d'activités assurent une prise en charge multidisciplinaire.
 La mise en œuvre des procédures de sécurisation de l'identification des patients est effective avec par exemple l'utilisation de pochette de traitements individuels, y compris pour ceux gardés à 4°C.
 Les documents d'information sont disponibles comme par exemple : guides thématiques, recommandations de bonne pratique, procédures de prise en charge médicale ou livret de programme thérapeutique.
 La sortie de l'enfant est organisée : une fiche de liaison est remise à destination des parents, précisant en particulier les dernières posologies d'insuline. Un courrier de fin d'hospitalisation est adressé aux correspondants. Un questionnaire de sortie est remis aux parents.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le siège de l'AJD assure le suivi de la qualité et l'efficacité du parcours patient. Des indicateurs de fonctionnement sont définis et suivis :

- Proportion d'enfant en équilibre glycémique
- Délai de suivi des courriers médicaux

Cette évaluation comporte également de façon annuelle :

- Une analyse de la satisfaction des usagers
- Lors d'une journée plénière, un retour d'expérience des directeurs et de certains soignants
- L'analyse des événements indésirables relatifs au parcours patient

Ces éléments sont transmis au Conseil Médical et Éducatif (CME) qui assure le cas échéant la rédaction et/ou la mise à jour des protocoles médicaux et conduites à tenir.

Le suivi régulier de la progression des indicateurs et des évaluations permet à l'AJD de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux. Un rapport d'activité annuel intègre les résultats de ces démarches d'évaluation.

A / AGIR

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

L'AJD réexamine les risques significatifs ou besoins résiduels afin de déterminer des mesures complémentaires. La politique parcours du patient est ajustée en fonction de retours d'expérience et des résultats des indicateurs et des évaluations réalisées de façon annuelle au décours des séjours d'été :

- le guide pratique « Tome 5 : l'éducation thérapeutique en séjour AJD » est mis à jour de façon annuelle
- les formations annuelles pour les non permanents (2 week-ends par an) sont actualisées
- les fiches techniques d'éducation thérapeutique sont adaptées

Ces actions d'amélioration sont intégrées dans le compte qualité comme par exemple la mise en œuvre de nouveaux outils ou documents intégrés chaque année dans les programmes d'éducation thérapeutique.

Les résultats d'évaluation, les actions correctives et les travaux de recherche font l'objet de démarches d'information auprès des professionnels lors d'une journée de restitution au décours des séjours d'été, lors du conseil d'administration, dans la revue trimestrielle de l'AJD et dans le rapport annuel de l'AJD. Ce dernier reprend le bilan des actions mises en œuvre pour l'année écoulée et présente les projets pour l'année à venir.

Les informations sont également diffusées sous forme de publications nationales et internationales: « Incidence du diabète de type I chez l'enfant en France en 2013 – 2015 » (BEH 27-28, Nov 2017), « Diminuer le risque d'acidocétose au moment du diagnostic du diabète » (BEH 27-28, Nov 2017), « Diabetes knowledge in adolescents with type 1 diabetes and their parents and glycemic control » (Pediatr Diabetes. 2017 Nov;18(7):559-565).

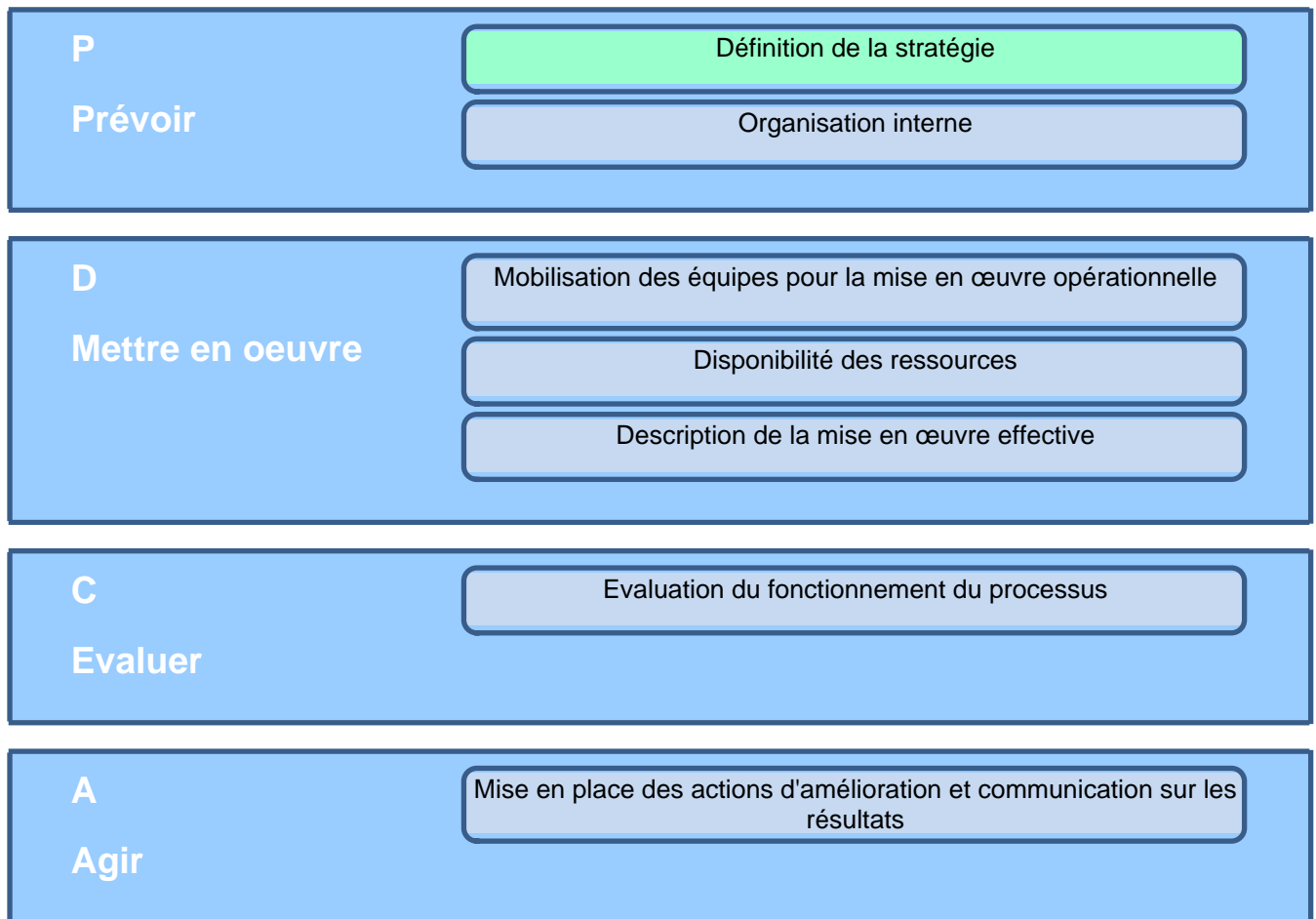
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Dossier patient » vise à évaluer que l'établissement a défini une organisation qui garantit que le dossier, outil central de partage des informations, assure la coordination des soins. Compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité qui en résulte, une identification des risques inhérents à son utilisation doit contribuer à lui assurer sa fonction d'élément clé de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de prises en charge pluri professionnelles et pluridisciplinaires. Ces approches se doivent d'intégrer l'accessibilité du patient à son dossier en référence à la réglementation en vigueur.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'Association Aide aux Jeunes Diabétiques (AJD) a défini dans un document (programme de gestion globale de la qualité et des risques) sa stratégie relative au dossier patient au regard de son activité, ses missions, et la réglementation. Ce document stratégique est appuyé sur le projet d'établissement 2014 – 2019. Les besoins de l'AJD sont identifiés au regard des attentes des CPOMs signés avec les ARS de référence de chaque site de séjour SSR, des réserves et recommandations de la précédente certification HAS V2010, de l'analyse des EI, des retours des questionnaires de satisfaction traités par la CDU, de suivi d'indicateurs propres à l'établissement (indicateurs de suivi de dossier sur le modèle des IPAQSS) et des retours d'expérience des professionnels colligés lors d'une restitution annuelle organisée au mois d'octobre.

La stratégie de l'AJD intègre des besoins spécifiques : communication avec les parents, fiche de liaison et ordonnance de sortie transmises en temps réel en fin de séjour ainsi que l'utilisation d'un dossier papier sur site et d'un dossier informatisé au niveau du siège.

Afin de répondre à ces besoins, les ressources humaines, matérielles, logistiques, documentaires, sécuritaires, archivage, formation et évaluation sont identifiés.

L'analyse des risques a priori est formalisée avec les professionnels et structurée sur la base d'une démarche processus dossier patient de l'entrée à la sortie et intégrant les contraintes d'identito-vigilance.

L'AJD a identifié des objectifs et définit les modalités de leur mise en œuvre.

Les risques validés par le siège de l'AJD sont hiérarchisés selon une méthode définie (fréquence, gravité, criticité, niveau de maîtrise) et versés au compte qualité. De sa cartographie globale des risques, l'AJD a retenu trois risques prioritaires qui ont alimenté le compte qualité initial. Des plans d'action prioritaires sont définis en rapport, incluant un responsable et un échéancier. Ils sont précisés dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du dossier patient est assuré au niveau stratégique et opérationnel par le président, les co-directrices et des médecins du secteur séjour SSR de l'AJD. Ces professionnels sont proposés par le bureau et validés par le conseil d'administration. Ce comité de pilotage met en œuvre la politique dossier patient au sein de l'AJD. Ses missions, sa composition et son fonctionnement sont définis. Les pilotes s'assurent de la coordination, du suivi du plan d'action, du recueil des indicateurs, de l'analyse des résultats et de leur communication, des axes d'améliorations à dégager et de leur mise en œuvre pour l'année suivante. Ils travaillent en lien avec le responsable du système d'information.

Au regard de ses missions, des besoins et des risques identifiés, l'AJD s'assure des ressources humaines nécessaires en termes d'effectifs et de compétences.

L'AJD dispose d'un plan de formation formalisé pour l'intégration des nouveaux arrivants (3 week-ends de formation en avril, mai et juin). La gestion des ressources humaines est organisée concernant les recrutements, le maintien des compétences et les remplacements.

La gestion du dossier médical est organisée via une procédure spécifique. Elle définit la structure et le contenu du dossier, les modalités de gestion et de traçabilité du dossier informatique, les modalités de création, de classement et d'archivage. Les dossiers sont sur support papier dans les différents centres de séjour. Une partie des éléments du dossier est ensuite numérisée au siège de l'AJD.

L'accès du patient à son dossier est organisé et précisé dans le programme de gestion globale de la qualité et des risques et le rapport de la CDU.

Des modalités sont définies en cas d'acheminement des dossiers vers les centres.

Les besoins en système d'information sont identifiés. La maintenance préventive et curative est organisée, en particulier pour le serveur informatique assurant la sauvegarde des données patient.

La sécurité de l'accès au dossier est définie dans une procédure : armoires sécurisées sur les sites pour les dossiers papiers et profils spécifiques (cadre, directeurs) et log-in individuels pour l'accès aux documents informatisés de l'AJD.

Les interfaces entre l'AJD et les médecins correspondants sont définies : fiche de liaison, courrier de synthèse, modalités de prescriptions...

La procédure d'archivage du dossier précise les éléments constitutifs, les modalités et le lieu d'archivage (dans le centre au cours du séjour, puis au niveau du siège ou sur le site de Gouville selon l'ancienneté).

Tous les éléments constitutifs du parcours patient sont intégrés dans le dossier (projet thérapeutique, objectifs du séjour, examen somatique, dépistage du risque suicidaire, prescription des insulines, Prescription de l'éventuel traitement personnel hors diabète...).

La déclaration et le traitement des EI liés au dossier patient sont organisés. Il est prévu l'analyse et le bilan annuel des EI avec les usagers dans le cadre de la CDU.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les médecins directeurs et les directeurs d'activité (et leurs adjoints respectifs), relais de l'AJD au sein des différents centres visités, se sont saisis des enjeux liés au management de la qualité et des risques en général et à la gestion du dossier patient en particulier, en lien avec les orientations de l'association. Deux week-ends de formation sont organisés en amont des séjours SSR pendant lesquels leur sont notamment présentés les outils et les modalités d'organisation élaborés et définis par l'AJD (nouveautés des "Tomes" regroupant tous les documents de procédures, exercices de simulation, ateliers de groupes, présentation d'une infirmerie "type",...). Un week-end de retour d'expérience est mis en place à l'issue des séjours (septembre/octobre) afin de proposer ou de réajuster les organisations et les outils pour l'année suivante.

L'AJD favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements,...).

Différentes actions concourent à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans des démarches qualité et sécurité des soins (week-end de retour d'expérience, analyse des EI, séminaire annuel de co-construction réunissant les associations de familles et des professionnels de santé...).

Des outils de communication interne sont en place, les résultats des indicateurs et les tableaux de bord sont diffusés à l'ensemble des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en effectifs et en compétences sont identifiés et répondent aux besoins exprimés dans ce domaine dans les orientations stratégiques de l'AJD.

Lors de leur période d'intégration précédant les séjours, les soignants, médecins, internes et externes sont formés aux modalités de tenue du dossier patient et en connaissent les règles.

Le guide d'utilisation du dossier a été récemment actualisé. Les modalités de transferts du dossier entre les différents centres d'été, le siège et le site d'archivage de Gouville sont définies dans une procédure.

Les équipements, matériels et locaux nécessaires à la gestion du dossier papier sont installés : valises de transport, local d'archivage dédiés sur le site de Gouville, ainsi qu'au niveau du siège.

Les équipements informatiques et contrats de maintenance sont gérés par le responsable informatique.

Les ressources documentaires sont accessibles sous format papier et sur l'outil informatique.

Elles décrivent notamment (« Tome 3 : prise en charge médicale de l'enfant ») la gestion du dossier médical, les fiches de prescription... Les documents d'information sont disponibles sur site.

Les matériels et équipements nécessaires sont disponibles et uniformisés. Sur le site de Gouville, des armoires sont fixes. Dans les autres centres, le siège de l'AJD organise le transport et la mise en place d'une armoire à pharmacie sécurisée servant également au rangement des dossiers papier au sein de chaque centre pour la durée des séjours SSR.

Au niveau du siège, un contrat de maintenance est contracté pour garantir l'archivage des données informatisées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des différents secteurs d'activité visités connaissent et mettent en œuvre les procédures prévues pour la gestion du dossier patient ainsi que pour l'accès du patient à son dossier.

La communication des informations du dossier entre professionnels est mise en œuvre via différents documents : fiche de renseignement, fiche de liaison, fiche de transmission médicale, fiche de liaison de fin de séjour...

Le dossier papier médical comprend différentes sections clairement identifiées : identité, données relatives à la prise en charge du diabète, dépistage du risque suicidaire, autres pathologies chroniques...

La coordination entre professionnels est assurée.

La douleur est tracée, les professionnels sont formés à l'utilisation des échelles (numérique ou EVA). Ceci a été confirmé par la réalisation des patients traceurs sur différents sites.

Le projet thérapeutique est tracé et réajusté régulièrement en tenant compte de l'avis de l'enfant.

Un cahier de transmissions permet de faire circuler les informations entre l'équipe de jour et l'équipe de garde.

La sécurité de l'accès au dossier est effective : armoires sécurisées sur les sites pour les dossiers papiers et matériel informatique géré selon les bonnes pratiques de sécurité par le responsable informatique.

L'archivage du dossier médical est effectif et en accord avec les modalités définies dans la procédure.

L'intégration de tous les éléments constitutifs du parcours patient est prévue dans un dossier unique circulant (projet thérapeutique, objectifs visés au cours du séjour, examen somatique, dépistage du risque suicidaire, prescription des insulines, du traitement personnel...)

Les dossiers sont acheminés entre le siège et les différents centres soit par transporteur, soit par les directeurs de centre dans une mallette dédiée et sécurisée.

Les soignants connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établies pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

La traçabilité des informations relatives à la prise en charge médicale du patient est assurée dans le

dossier :

- Étiquetage des dossiers
- Personne à prévenir
- Douleur
- Poids, IMC
- Détection du risque suicidaire
- Pathologies somatiques intercurrentes (traumatologie...)
- Fiche de transmission médicale
- Fiche de liaison de fin de séjour

La fiche de liaison de fin de séjour, ainsi qu'une ordonnance pour une durée d'un mois sont remises systématiquement à l'enfant et à ses parents en fin de séjour SSR. Le compte-rendu du séjour est ensuite transmis au médecin ayant adressé l'enfant, le plus souvent dans les délais réglementaires.

La fiabilisation du contrôle de l'identité est assurée à chaque étape de la prise en charge. En particulier, les identifiants enregistrés sont systématiquement vérifiés par question ouverte et selon les règles établies par l'AJD.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le siège de l'AJD assure le suivi de la qualité du dossier patient. Des indicateurs de fonctionnement sont définis et suivis comme par exemple le délai de suivi des courriers médicaux. Cette évaluation comporte également de façon annuelle : un retour d'expérience des directeurs et de certains soignants, l'analyse des événements indésirables relatifs au dossier patient. Ces éléments sont transmis au conseil médical et éducatif (CME) qui assure le cas échéant la rédaction et/ou la mise à jour des protocoles médicaux et des conduites à tenir (« Tomes » de l'AJD). Le suivi régulier des indicateurs et des évaluations permet à l'AJD de mesurer l'efficacité du processus dossier patient au regard des objectifs initiaux.

A / AGIR

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

L'AJD réexamine les risques résiduels relatifs à la gestion du dossier patient afin de déterminer des mesures complémentaires.

La gestion du dossier patient est ajustée d'après les retours d'expérience, les résultats des indicateurs et des évaluations annuelles au décours des séjours d'été:

- le guide pratique « Tome 3 : prise en charge médical de l'enfant » est mis à jour si nécessaire
- les formations annuelles pour les non permanents (2 week-ends par an) sont actualisées
- la procédure de gestion du dossier patient est révisée en cas de dysfonctionnement

Ces actions d'amélioration sont intégrées dans le compte qualité comme par exemple la mise en œuvre d'une nouvelle maquette de lettre de liaison, retrouvée dans les dossiers patients.

Les résultats d'évaluation et les actions correctives font l'objet de démarches d'information auprès des professionnels lors d'une journée de restitution au décours des séjours d'été, lors du conseil d'administration, dans la revue trimestrielle de l'AJD et dans le rapport annuel de l'AJD qui reprend le bilan des actions mises en œuvre pour l'année écoulée et présente les projets pour l'année à venir.

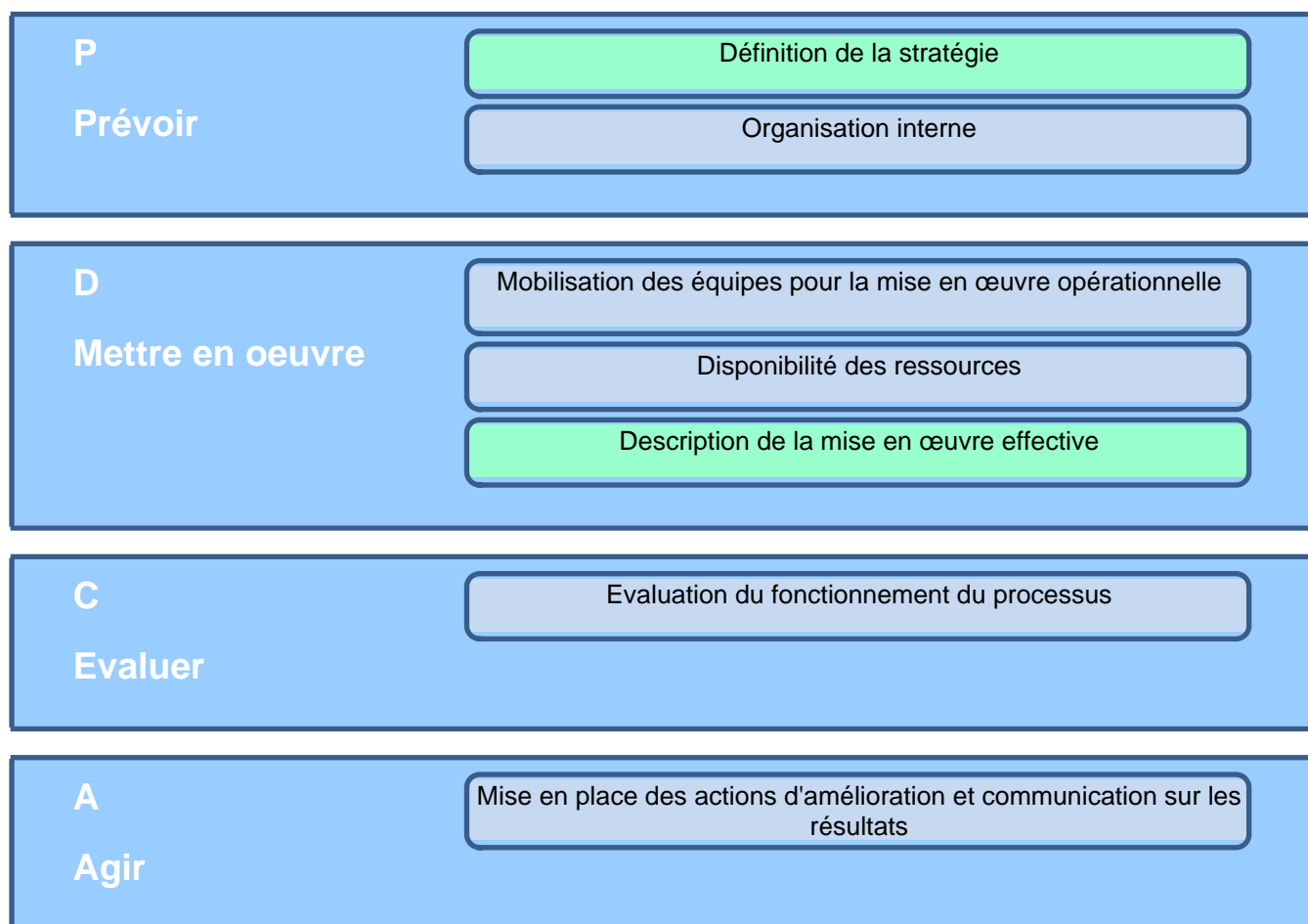
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'AJD a formalisé sa politique de la prise en charge médicamenteuse en prenant en compte ses besoins ainsi que les objectifs des Programmes Régionaux de Santé. Elle est intégrée aux orientations stratégiques de l'association. L'AJD a identifié les risques pour chaque étape du circuit du médicament en tenant compte des risques spécifiques liés à la prise en charge du diabète chez une population d'enfants et d'adolescents. Ces risques sont hiérarchisés selon une méthode définie et sont analysés avec les professionnels concernés.

La politique de prise en charge médicamenteuse est déclinée dans le programme qualité de l'AJD qui définit les modalités de sa mise en œuvre (actions, responsables, échéances, modalités de suivi). Ce programme est présenté régulièrement aux instances et est articulé avec le Compte Qualité présenté à la HAS.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la mise en œuvre de cette politique et du suivi du programme d'action est assuré par la Direction de l'AJD. La gestion des risques liés aux médicaments et aux dispositifs médicaux est confiée au Conseil Médical et Educatif et aux pharmacies d'officine conventionnées pour chaque site de séjour. Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse a été nommé en 2015.

L'AJD délivre pour chaque site de séjour les traitements insuliniques, les matériels et dispositifs médicaux en s'appuyant sur les stocks nécessaires définis en amont de chaque séjour. Un réassort des insulines peut être effectué pendant le séjour en s'appuyant sur l'évaluation régulière de la dotation (liste de distribution nominative des insulines).

Une pharmacie d'urgence est également fournie dans les armoires mobiles de l'AJD.

L'approvisionnement en médicaments, produits et objets destinés à des soins urgents est assuré pour chaque site auprès d'une pharmacie d'officine dans le cadre d'une convention signée et mise à jour régulièrement avec le siège de l'AJD.

La liste des prescripteurs habilités est actualisée chaque année.

La permanence pharmaceutique est organisée (dotation en insuline évaluée tout au long du séjour pour éviter toute rupture de stock, dotation en matériel et dispositifs médicaux) et inscrite dans les conventions signées entre l'AJD et la pharmacie retenue pour chaque site de séjour précisant les conditions dans lesquelles est assuré l'approvisionnement du site de séjour tant pour la fourniture de médicaments que pour les médicaments, produits ou objets destinés à des soins urgents.

Un recours à l'officine de garde, de manière exceptionnelle, peut être envisagé.

Les organisations sont formalisées, de la prescription à l'administration du médicament et du début à la fin du séjour.

L'établissement a formalisé une organisation permettant de sécuriser la dispensation des médicaments (rangement, transport, stockage) tant entre le siège et les sites de séjour que sur chaque site (infirmerie dédiée et fermée, réfrigérateurs pour les insulines avec surveillance quotidienne et fiche de traçabilité des températures et de l'entretien).

Les circuits et les interfaces sont définis avec les secteurs logistiques et économiques de l'AJD.

L'informatisation du dossier du patient est engagée depuis 2006 et l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est en cours de réflexion. L'absence de logiciel pouvant s'adapter à la spécificité de la prise en charge proposée (adaptation pluriquotidienne des doses d'insuline en fonction de la glycémie relevée, des repas et des activités physiques proposées mais aussi l'objectif de permettre aux jeunes d'avoir plus d'autonomie dans la gestion de leur traitement) ainsi que la multiplicité et la localisation des sites de séjours (n'appartenant pas à l'AJD) retardent pour le moment le processus d'informatisation complète de la prise en charge médicamenteuse.

La gestion des erreurs médicamenteuses fait l'objet d'une gestion structurée (déclaration, analyse collective méthodique (RMM, CREX)).

Les vigilances réglementaires sont organisées et efficaces.

Un dispositif de gestion documentaire est en place, disponible sur chaque site de séjour et bien connu de tous les professionnels rencontrés.

Les besoins en formation initiale et continue des acteurs sont définis, particulièrement pour les nouveaux arrivants qui représentent une part importante des effectifs chaque année.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, la direction médicale de chaque site organise la déclinaison de la

démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'AJD favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières.

L'équipe médicale et para médicale s'assure de la conformité des pratiques en référence aux dispositions prévues et notamment les processus et protocoles mis en place et décrits dans le livret thérapeutique mis à sa disposition et actualisé chaque année. Une évaluation périodique de la prise en charge médicamenteuse est réalisée (audits, EPP, CREX, EI,...) et les professionnels sont informés des résultats.

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des indicateurs,...). Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement a identifié et défini les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la politique de la prise en charge médicamenteuse :

- les effectifs et les compétences répondent aux besoins exprimés dans ce domaine,
- les professionnels médicaux et para médicaux bénéficient de formations régulières,
- les professionnels sont formés et sensibilisés au risque d'erreur médicamenteuse.

Des outils d'aide à la prescription, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels dans le Tome 3 des guides de bonne pratique « Prise en charge médicale de l'enfant ».

Les règles et supports de prescription et d'administration sont validés et disponibles et intègrent les spécificités relatives à la prise en charge médicamenteuse du diabète. Un support unique de prescription et d'administration est en place.

Les locaux, le matériel et les équipements mis à disposition des professionnels sont fonctionnels et opérationnels.

L'organisation, le contenu, les circuits, le rangement et le nettoyage de chaque infirmerie sont définis et formalisés dans le guide pratique « Tome 4 : Logistique, hygiène et matériel ».

Un affichage des posters de l'AJD (surveillance, AES, déchets, insulines, charte, hygiène des mains et des locaux,...) est en place dans chaque infirmerie.

L'AJD élabore de manière régulière et met à la disposition des enfants, de leur famille et du grand public des documents d'information et de nouveaux outils pédagogiques (dossiers de l'AJD, cahiers de l'AJD, recommandations pour les soignants,...). Ces échanges de pratique se déroulent dans le cadre des commissions pédagogiques avec la coordination du Conseil Educatif et Médical. Elles ont lieu deux fois par an avec les soignants du monde du diabète et les parents.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels des unités de soins et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur démontrent l'effectivité de la mise en œuvre de la prise en charge médicamenteuse et de sa traçabilité.

Les règles, procédures et protocoles en place sont respectés. La mise en œuvre de la prise en charge médicamenteuse est réalisée en s'appuyant sur l'organisation, les circuits et les interfaces opérationnelles définis à l'échelle de l'AJD.

Cette prise en charge s'appuie sur deux axes complémentaires :

- Une prise en charge purement soignante allant de la surveillance glycémique à la surveillance des traitements prescrits (y compris la surveillance des repas, des activités physiques ou d'un problème médical hors diabète)
- Une prise en charge pluridisciplinaire (soignants, animateurs, cuisiniers, parents dans les séjours dédiés) pour l'éducation thérapeutique visant l'acquisition ou l'amélioration des compétences de soins et l'acquisition et le renforcement des savoirs pour chaque enfant et adolescent accueilli.

Les pharmacies d'officine réalisent l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient en cas de prescription d'un traitement hors diabète.

L'AJD a mis en place une feuille de traitement pour chaque enfant intégrant :

- les données générales de l'enfant (identité, allergies, régime particulier, nom de l'insuline et dose de début de séjour, les indicateurs métaboliques, les besoins en insuline, le mode de prise en charge),
- les éléments du traitement et leur traçabilité tout au long de chaque jour,
- les observations médicales intégrant le nom et la signature du médecin ainsi que l'évaluation de la douleur (EVA),
- la prescription et la traçabilité de l'administration d'un traitement hors diabète

Pour chaque site de séjour, ces feuilles de traitement sont réparties par infirmerie et intégrées dans un classeur permettant de garantir la confidentialité des informations contenues.

La traçabilité de l'administration est assurée en temps réel par le personnel habilité en s'appuyant sur la procédure en place.

Un tableau renseigné de manière continue permet d'identifier le médecin prescripteur et l'infirmière pour chaque temps d'infirmerie (matin, midi et soir). L'AJD souhaite améliorer ce document en ajoutant une case pour le temps du goûter et pour la garde de nuit, pour le cas où un réajustement (resucrage ou injection d'insuline) serait réalisé sur ces temps et afin de remédier à un oubli constaté lors du patient traceur sur le site de Gouville.

Une copie de ce tableau, validée par le directeur médical du centre de séjour, doit désormais intégrer le dossier du patient à l'issue du séjour afin d'en conserver la trace.

L'enfant est informé de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission. Une procédure permet de gérer le traitement personnel de l'enfant.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation périodique du processus est réalisée au cours du séjour. Les équipes de soins participent au recueil et à l'analyse des erreurs médicamenteuses et des actions correctives sont mises en place en cas de dysfonctionnement avéré.

L'AJD a élaboré une check-list permettant de vérifier la bonne tenue de la feuille de traitement.

Les données de la feuille de traitement permettent de renseigner le document de liaison transmis aux représentants légaux de l'enfant à la fin du séjour accompagné de l'ordonnance de sortie.

Les résultats des questionnaires de fin de séjour, à l'attention des parents mais aussi de chaque enfant, les éléments du programme de soins et d'éducation thérapeutique individuel et les données des feuilles de traitement permettent d'évaluer et d'améliorer annuellement le processus et de réaliser de nombreuses études contribuant à améliorer en continu la prise en charge des jeunes diabétiques.

Différentes EPP sont réalisées sur la thématique du médicament (Equilibre glycémique, évaluation de l'utilisation d'un nouvel outil d'auto surveillance de la glycémie : le Free style libre, par exemple).

A / AGIR

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

L'AJD réalise des bilans ou rapports d'activité traitant de ces démarches d'évaluation.

Le rapport annuel de l'AJD reprend le bilan des actions mises en œuvre pour l'année écoulée et présente les projets pour l'année à venir. Il est composé de quatre chapitres tenant compte des populations concernées par les activités de l'AJD : l'enfant, l'adolescent et sa famille ; les associations de famille ; les professionnels de santé ; le grand public.

La stratégie de l'établissement et le programme de gestion global de la qualité et des risques sont ajustés en fonction du suivi des indicateurs définis.

Un bilan des actions de bon usage des médicaments mises en œuvre est réalisé et diffusé aux professionnels.

L'AJD communique de manière régulière sur les résultats des évaluations et sur les actions d'améliorations définies ou mises en œuvre.

Lettre recommandée avec accusé de réception

Madame Carine CHOLEAU
Directrice
Aide aux Jeunes Diabétiques
38 rue Eugène Oudine
75013 Paris

Saint-Denis, le 28 novembre 2018

Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Service de la Certification des Etablissements de Santé

Affaire suivie par : Katell ROCHEFORT-SMIDA

Nos réf. : KRS/VBR/32409

Objet : Décision de certification V2014

Madame la Directrice,

Après avoir pris connaissance du rapport de visite ainsi que des observations de votre établissement, la Haute Autorité de santé a adopté le rapport de certification et pris la décision ci-jointe.

Votre établissement est **certifié pour une durée de six années** (affichage A sur le site scopesante.fr) à compter de la notification de la présente décision. Une nouvelle visite sera programmée au plus tard dans l'année précédant la date d'échéance de votre certification.

Vous pouvez consulter le rapport de certification ainsi que le tableau de gestion des observations dans l'application SARA.

Le rapport de certification et la décision de certification sont publiés sur le site Internet de la Haute Autorité de santé et seront transmis à l'Agence Régionale de Santé compétente.

Votre prochain Compte Qualité devra nous parvenir dans l'application SARA, au plus tard le **31 janvier 2020**. Il vous permettra d'assurer le suivi et l'actualisation des plans d'actions que vous avez établis sur les thématiques du tronc commun. L'objectif étant de vous encourager à étendre progressivement cette analyse aux autres thématiques de la certification.

Je vous prie de croire, Madame la Directrice, à l'expression de ma considération distinguée.

Anne CHEVRIER

Cheffe du Service Certification
des Etablissements de Santé

Décision N°2018.0904/CCES/SCES-32409 du 27/11/2018 de la commission de certification des établissements de santé portant sur la procédure de certification de l'établissement de santé ASSOCIATION AIDE AUX JEUNES DIABETIQUES

Par délégation du collège, la commission de certification des établissements de santé ayant valablement délibéré en sa séance du 27/11/2018,

Vu le code de la sécurité sociale et notamment ses articles L.161-37, R.161-70 et R.161-74 ;
Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L.1414-4, L.6113-3, L.6113-4, L.6113-6, L.6113-7, L.6132-4, L.6322-1, R.6113-14 et R.6113-15 ;
Vu le règlement intérieur du collège ;
Vu le règlement intérieur de la commission de certification des établissements de santé ;
Vu la procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L.6147-7 et L.6322-1 du code de la santé publique ;
Vu le manuel de certification des établissements de santé V2010 ;

DÉCIDE :

Article 1^{er}

Le rapport de certification ci-joint est adopté.

L'établissement de santé **ASSOCIATION AIDE AUX JEUNES DIABETIQUES**, situé **39 route du littoral 50560 Gouville Sur Mer** est certifié (Niveau A) pour une durée de six ans.

Article 2

La directrice générale de la Haute Autorité de santé est chargée de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au Bulletin officiel de la Haute Autorité de santé.

Fait le 27/11/2018.

Pour la commission de certification des
établissements de santé :
La présidente,
Anne-Marie ARMANTERAS DE SAXCE