



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
SPECIALISE PINEL DURY**

Route de paris
80044 AMIENS
JUILLET 2019

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	10
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	10
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	10
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	10
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	10
5. SUIVI DE LA DÉCISION	10
PROGRAMME DE VISITE	11
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	11
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	11
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	27
ANNEXE	36

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 objectif 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

CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE PINEL DURY	
Adresse	Route de paris 80044 AMIENS
Département / région	SOMME / HAUTS-DE-FRANCE
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	GCS2130	GCS GROUPEMENT REGIONAL D'ACHATS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES PICARD	Centre hospitalier de beauvais 40 avenue leon blum - bp 40139 60021 BEAUVAIS
Entité juridique	800000119	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE PHILIPPE PINEL	Route de paris 80044 AMIENS
Etablissement de santé	800018822	HJ CHS PINEL 80G04 DAUMEZON 80I02 FARANDOLE	6 rue alexandre dumas 80000 AMIENS
Etablissement de santé	800003659	HJ CHS PINEL 80P01 SMPR	85 avenue de la défense passive 85 avenue de la defense passive 80030 Amiens
Etablissement de santé	800001133	HJ INTERSECTORIEL CHS PINEL LES 3 BAIES	Chemin des foulons 80480 DURY
Etablissement de santé	800000382	FOYER POST CURE INTERSECTORIEL CHS PINEL ESSOR	Chemin des foulons 80480 Dury
Etablissement de santé	800016701	CATTP POUR ENFANTS CHS PINEL LE ROMANEE	7 avenue danemark 7 avenue du danemark 80000 AMIENS
Etablissement de santé	800016214	CMP CHS PINEL 80G04 DELPECH	65 rue delpech 80000 Amiens

Etablissement de santé	800017402	CMP CHS PINEL 80G08 DELPECH	65 rue delpech 65 rue delpech 80000 AMIENS
Etablissement de santé	800016180	CMP CHS PINEL 80G02 CAPAS	64 bis rue du vivier 80000 Amiens
Etablissement de santé	800017436	CATTP CHS PINEL 80I01 FEURRE	2 place au feurre 80000 AMIENS
Etablissement de santé	800016222	CATTP CHS PINEL 80G08 DELPECH -QUATRE LEMAIRE	52 rue delpech 80000 Amiens
Etablissement de santé	800008872	HJ POUR ENFANTS CHS PINEL 80I01 LA MARELLE	18 boulevard carnot 80000 Amiens
Etablissement de santé	800017410	CATTP CHS PINEL 80G02 CAPAS	64 bis rue vivier 64 rue du vivier 80000 AMIENS
Etablissement de santé	800000457	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE PINEL DURY	Route de paris 80044 AMIENS
Etablissement de santé	800016263	HJ POUR ADOLESCENTS CHS PINEL LE ROMANEE	7 avenue du danemark 80000 Amiens
Etablissement de santé	800009730	HJ - HJ - CMP INTERSECTORIEL CHS PINEL SESAME / ELSA	464 rue saint-fuscien 80000 Amiens
Etablissement de santé	800015026	HJ CHS PINEL 80G08 DELPECH LES FOUGÈRES	65 rue delpech 80000 Amiens
Etablissement de santé	800016172	CMP CHS PINEL 80G01 CAPAS	64 bis rue du vivier 80000 Amiens
Etablissement de santé	800016230	CMP CHS PINEL 80I01 FEURRE	2 place au feurre 80000 Amiens

Etablissement de santé	800003709	HC INTERSECTORIEL CHS PINEL UPA	2 place victor pauchet 2 place victor pauchet 80054 AMIENS
Etablissement de santé	800017428	CATTP CHS PINEL 80G04 DELPECH	52 rue delpech 52 rue delpech 80000 AMIENS
Etablissement de santé	800016719	PFT CHS PINEL LE ROMANEE	7 avenue du danemark 7 avenue du danemark 80000 AMIENS
Etablissement de santé	800017444	CATTP CHS PINEL 80I02 DUMAS	6 rue alexandre dumas 80000 AMIENS
Etablissement de santé	800016255	CMP CHS PINEL 80I02 LE BELVEDERE	275 rue jules barni 80000 Amiens
Etablissement de santé	800016206	AT INTERSECTORIEL CHS PINEL ARC-EN-CIEL	2 place au feurre 80000 Amiens
Etablissement de santé	800016164	CATTP CHS PINEL 80G01 CAPAS	64 bis rue du vivier 80000 Amiens

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	196	68
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	12	40

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Convention constitutive GHT Somme Littoral Sud - CHU Amiens Picardie (établissement porteur), CH d'ABBEVILLE, CH d'Albert, CH Intercommunal de la Baie de Somme, CH intercommunal Montdidier-Roye, CH Arrondissement de Montreuil, CH de Corbie, CH d'Hesdin CH de Doullens - Convention avec le CHU d'Amiens - Convention – Caisse d'Allocations Familiales - Convention - Chambre des métiers et de l'Artisanat de la Somme - Convention – CH de Beauvais - Convention – CH de Corbie - Charte de partenariat – Hôpital – justice – services pénitentiaires –
---	---

- Police
- Gendarmerie
 - Convention cadre – association européenne des internes de psychiatrie et le Centre Hospitalier Philippe PINEL dans le cadre de l'EFPT EXCHANGE PROGRAM
 - Convention Coopération internationale avec BALTI (Moldavie)
 - Convention de partenariat - CPAM
 - Convention cadre de coopération entre le Centre Hospitalier Philippe PINEL, le CHI Montdidier- Roye, le Foyer de Vie de Tilloloy, l'association « La Compassion »
 - Convention – Établissement Public Intercommunal de Santé Sud Ouest Somme
 - Convention immersion EPSOMS
 - Convention constitutive de l'espace de réflexion éthique – 29 établissements de santé ou médico-sociaux
 - Convention cadre de coopération – Conseil Départemental – CHU Amiens-Picardie – Préfecture de la Somme- ARS
 - Convention constitutive G.C.S. – CHU Amiens-Picardie – CHI de Clermont de l'Oise – EPSMD de l'Aisne
 - Conventions – EPSMD de l'Aisne, CHI de Clermont de l'Oise
 - Convention – LE MAIL (association)
 - Convention partenariale – POLYGONE (association médico sociale)
 - Convention constitutive – réseau énergie environnement – CHU Amiens – Centre Hospitalier Philippe PINEL – CHI Clermont de l'Oise – CH Peronne – CH Doullens – CH Compiègne – CH Corbie – CH Abbeville – CH Chauny – CH Montdidier – CH Laon – CH Beauvais – CH Chaumont en vexin –CH Clermont de l'Oise – CH Guise – CH Soissons – EPSMD de l'Aisne – Syndicat interhospitalier de Beauvais
 - Convention de partenariat - EPSOMS

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	/
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	- Hôpital de Jour de Psychiatrie adultes – Pathologie des addictions (SESAME) depuis 07/06/2016

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 :

- de surseoir à statuer sur la certification de l'établissement en raison de réserve dans l'attente des résultats d'une visite de suivi (D).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligations d'amélioration

Droits des patients
Dossier patient

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Parcours du patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge de la douleur

3. 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.

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

La participation de l'établissement au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé est effective.

5. Suivi de la décision

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
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	H ou F	unité d'entrée Marcé nord	psychose	HL ou HDT	PEC sur un secteur	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

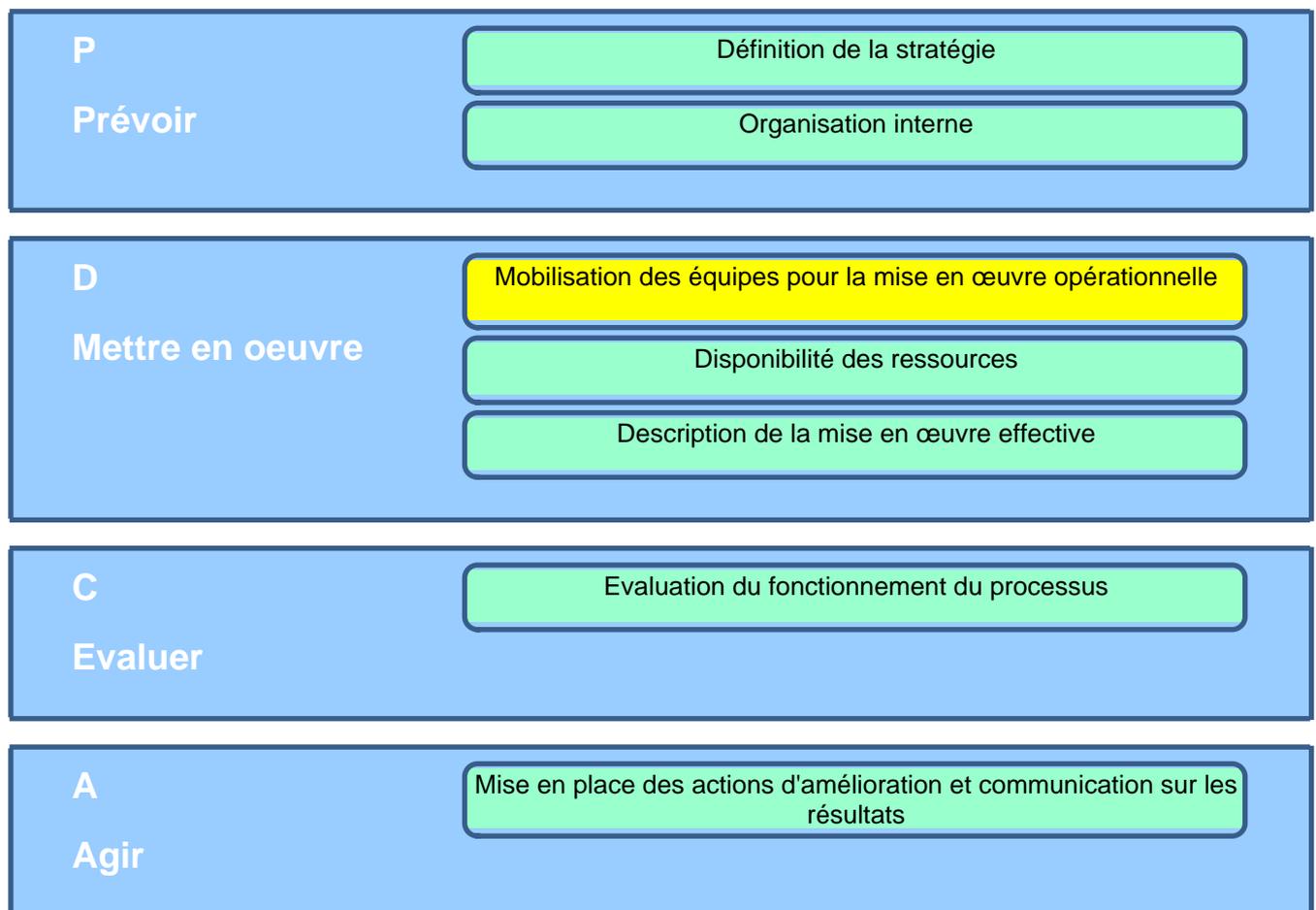
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Philippe Pinel (CHPP) a pris en compte les décisions de la HAS issues de la visite initiale. Comme inscrit dans les orientations stratégiques, le CHPP, a pour ambition de faire de la qualité et de la gestion des risques un levier de transformation, en cohérence avec ses objectifs de qualité de vie au travail. Son objectif est de définir l'efficacité de la prise en charge reposant sur l'adéquation des besoins du patient avec les soins adaptés à sa pathologie. 11 fiches opérationnelles du projet médical viennent d'être transmises à l'ARS des Hauts-de-France. Elles portent sur la suppression des oculis dans le cadre d'une politique institutionnelle et visant le respect de la dignité du patient, la procédure d'accueil en CMP, les logements dits "Tremplins", les urgences, la création d'une unité d'hospitalisation pour les 5-12 ans, l'extension de place de MAS, la création d'un FAM, les relations avec le CH de Montdidier, les liens avec la clinique du Campus, les liens avec le médico-social, le programme capacitaire, la synthèse des moyens.

Depuis la visite initiale, l'établissement dispose d'un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) qui est unique. Celui-ci intègre le suivi de la procédure de certification HAS, l'analyse des risques des différents processus. Le plan d'action du Compte Qualité retient 22 actions pour la thématique « management de la qualité et gestion des risques ».

Un état d'avancement des actions issues de la dernière visite de certification est communiqué à l'ARS des Hauts-de-France sur les thématiques faisant l'objet d'une réserve.

La majorité des actions dans ce cadre est réalisée ; 49 actions sont finalisées (48%), d'autres sont "en cours" (42 soit 41%) et d'autres "non initiées" (11 soit 11%).

Toutefois, la politique globale de management de la qualité et de la sécurité n'est pas mise à jour. Il existe une politique devenue caduque. Prenant appui sur les nouvelles organisations mises en place, selon le nouvel organigramme rattachant la qualité à la direction des soins, la politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins, portée par le management est en cours de finalisation. Elle reposera sur quatre axes :

- Promouvoir la qualité et la sécurité des soins ;
- Renforcer la gestion des risques et la sécurité ;
- Améliorer la qualité de la prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins et de vie ;
- Promouvoir le respect des droits des patients, améliorer l'écoute et l'information des usagers.

Les précisions concernant les plans d'actions et les modalités de suivi apparaîtront dans le projet qualité qui est envisagé rapidement avec le projet médico-soignant.

ORGANISATION INTERNE

Les fiches de postes des professionnels impliqués dans la qualité et la gestion des risques sont établies (les deux cadres supérieurs adjoints à la directrice des soins, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, le responsable du management de la prise en charge médicamenteuse, la directrice de la qualité et des soins, l'ingénieur, les vigilants, etc.). Les rôles des pilotes des différentes thématiques sont formalisés. La fonction de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est assurée en conformité avec le décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010. Ses missions sont définies et précisent notamment la quotité de temps, les liens fonctionnels avec la structure de pilotage et tous partenaires utiles dans l'établissement. Le rôle des cadres supérieurs de santé rattachés à la direction des soins sont aussi définis. ils se doivent de : participer à la définition de la politique qualité-gestion des risques ; Faire le lien avec la Direction des soins, l'encadrement et les équipes soignantes (formation, sensibilisation, groupes de travail...) ; Participer à la démarche de Certification- Mettre en œuvre des évaluations (audits, patient traceur, enquêtes de satisfaction...) ; Participer à la détermination des parcours patients en lien avec les équipes médicales et soignantes (cartographie processus et risques) ; Suivre les Plans d'action ; Participer à l'organisation des IPAQSS ; Participe aux comités de pilotage et groupes de travail déterminés, notamment : COPIL Qualité-Gestion des risques, CLAN, CLUD, DPI, Document unique-RPS.

A ce jour, les événements indésirables sont traités immédiatement, enregistrés, puis analysés au sein de la cellule d'analyse des événements indésirables, comme en atteste les relevés de décisions de cette cellule qui se réunit mensuellement en présence du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, ce qui en assure une exploitation à l'échelle de l'établissement notamment à l'aide du programme qualité et gestion des risques.

L'établissement s'est doté d'une cellule d'analyse des événements indésirables qui se réunit mensuellement. La coordination avec les vigilances est organisée dans ce cadre.

Les ressources en effectifs et compétences sont identifiées en fonction des besoins. Les besoins en formation continue sont identifiées dans le Plan de formation global de l'établissement. Il prend en compte les risques associés aux soins, la formation à l'utilisation des supports de signalement, l'analyse des risques et les vulnérabilités, la gestion de la violence en psychiatrie.

Un système de gestion électronique des documents (GED) est en place afin de centraliser et assurer la bonne gestion des documents qualité.

Toutefois, les guides de bons usages des soins ne sont pas encore formalisés. Ils sont prévus dans la déclinaison des fiches opérationnelle du projet médical, comme la définition des projets de services, les rôles attendus des professionnels dans leur unité de soins, les outils de travail à mobiliser en fonction des lieux de prise en charge et des publics accueillis et les modalités d'évaluation permettant de mesurer l'impact des actions engagées. Le système de gestion des plaintes et réclamation est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables. Les plaintes et réclamations font l'objet d'un traitement associant les responsables des services concernés et plus ou moins les médiateurs. La responsable des relations avec les usagers est en charge de la coordination des réponses. Le traitement reprend la même méthodologie d'analyse des causes profondes. Les réponses apportées aux plaignants sont donc construite de manière pluridisciplinaire. La gestion de crise est organisée en cas de Plan Blanc ou de Plan Blanc élargi. Elle est décrite dans une procédure révisée le 7 avril 2017 suite à un exercice Plan Blanc réalisé en février 2017, en lien avec le CHU d'Amiens.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont en cours de mise en œuvre dans tous les secteurs d'activité. Les nouveaux contrats en cours de discussion prévoient les engagements des pôles : améliorer la qualité de la prise en charge des patients en veillant à la satisfaction et en s'assurant du meilleur respect possible de leur droit ; renforcer la gestion des risques et la sécurité par un signalement régulier des événements indésirables ; promouvoir la qualité en accompagnant les professionnels dans l'appropriation d'outils qualité (CREX, RMM) et en participant activement aux démarches d'évaluation des pratiques professionnelles à visée de pertinence des soins. Dès le retour formel de l'ARS ces engagements seront effectifs notamment pour les unités intra hospitalière adultes et celles accueillant des patients hospitalisés dits de "longue évolution".

Les réunions d'encadrement dans les pôles permettent de conduire quelques actions qualité (nous pouvons par exemple citer les quick audits relatifs à la prise en charge médicamenteuse, la réalisation de 7 patients traceurs, l'évaluation généralisée du risque d'escarre). L'établissement a, dans le cadre de la semaine sécurité, mis en place une chambre des erreurs. Elle a accueillie 80 personnes dont 8 patients et 40 étudiants. Certaines équipes telle que Mozaique, l'équipe de liaison avec les foyers de vie (ELFV), ont engagé un travail en réseau intersectoriel. Elles permettent d'apporter des réponses spécialisées favorisant les sorties vers des structures d'hébergement adaptés, tout en proposant un suivi psychiatrique personnalisé. L'équipe Mosaïque s'oriente vers un label "unité de réhabilitation psycho-sociale". Le service qualité poursuit ses interventions dans les unités de soins pour aborder des thèmes tels que le patient traceur, l'accès à la gestion documentaire, la déclaration des événements indésirables. La procédure de gestion de crise est connue des professionnels. La Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) est opérationnelle. Les liens avec le SAMU sont conformes aux obligations. Sous la responsabilité d'un PH, elle est constituée d'une équipe pluriprofessionnelle formée.

Cependant, la participation des professionnels des services aux analyses des événements indésirables ou issues de l'analyse des plaintes et réclamations n'est pas encore généralisée.

Les analyses ne sont pas toujours conduites avec la participation des professionnels concernés, selon une méthode qui permet de rechercher les causes, de les hiérarchiser et de mettre en place des actions d'amélioration efficaces. Cette situation ne permet pas à ce jour de garantir le développement d'une culture qualité et sécurité. Les CREX suite à EIG et les retours d'expérience sont encore peu développés (5 CREX en 2016, 3 CREX en 2017 et 1 RMM en 2016, 2 RMM en 2017 et 7 CREX en 2018 : deux portant sur la prise en charge médicamenteuse, deux portant sur la sécurité des biens et des personnes, une sur la violence, une sur les urgences vitales, une sur la prise en charge après une fugue).

Il n'y a pas, à ce jour, de suivi relatif à l'état d'avancement et à l'impact de ces démarches d'EPP sur les pratiques. Cette situation évoquée lors de la visite initiale a été prise en compte. Elle est inscrite dans le plan d'action qui a été communiqué à l'ARS. L'établissement évoque dans ce plan d'action le souhait de mobiliser le management des unités de soins, en sollicitant la présence de l'encadrement dans les groupes de travail (exemplarité attendue), et en proposant une journée annuelle de présentation des analyses des pratiques professionnelles.

Depuis quelques mois, avec la nouvelle organisation mise en œuvre, l'ingénieur qualité s'engage de plus en plus auprès des équipes pour développer cette dynamique d'analyse pluriprofessionnelle. Cette nouvelle approche veut favoriser la mobilisation du management de proximité et du corps médical. Elle devrait permettre de mieux évaluer le niveau d'adhésion des équipes aux démarches d'amélioration dans les pôles (EPP, RMM, CREX).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Afin d'appréhender au mieux les contraintes en lien avec les appels PTI (Protection des Travailleurs Isolés), les transferts vers le CHU pour des examens somatiques notamment dans le cadre des accompagnements de patient en soins sans consentement ou pour aller chercher les patients au centre pénitencier, des dispositions sont envisagées pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient : une continuité de l'encadrement soignant a été organisée depuis octobre 2017 et une équipe

dite de renfort (7 infirmiers dont 5 de nuit et 2 de jour) a été constituée par appel à candidature. Dans chaque service, l'effectif soignant est en moyenne de 1 IDE pour 8 patients en hospitalisation complète soit 3 IDE par unité de soins dans la journée et 2 IDE la nuit.

Il est à noter que ce sont les infirmiers de l'établissement qui se déplacent pour aller chercher les patients qui font l'objet d'un arrêté provisoire de Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État (SPDRE).

Les internes bénéficient d'une formation assurée par les psychiatres de l'établissement. Les soignants peuvent bénéficier dans le cadre du plan de formation institutionnel de nombreuses formations en liens avec la qualité et la sécurité des soins.

Des dispositions relatives à la gestion de la violence sont définies : achat de boucliers de protections après à une période de test et formation pluriannuelle envisagée suite à un CREX visant à développer chez le professionnel de santé des habiletés et des modes d'intervention pour assurer sa sécurité et celle des autres en situation d'agressivité.

Cependant, le dispositif permettant la mise à jour de la gestion documentaire est partiellement structuré et sécurisé. Le dispositif de gestion documentaire est connu par les professionnels. Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent. Ils ont la possibilité de participer à leur élaboration. Toutefois, il reste encore des classeurs qualité papiers dans les services, ce qui ne sécurise pas l'accès à des documents valides. La procédure de gestion des événements indésirables est connue des professionnels ainsi que les procédures spécifiques aux vigilances. Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans blancs sont diffusées et connues. Les professionnels de la Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) sont régulièrement formés et disposent de matériel adaptés. Le service qualité diffuse régulièrement une veille juridique ou bibliographique à destination des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Des objectifs opérationnels peuvent être déclinés au niveau des secteurs d'activité en fonction de leurs besoins. C'est par exemple le cas pour les équipes mobiles, certaines activités intra hospitalières comme pour l'unité Mosaïque (Réhabilitation adulte) ou Calypso (service des adolescents). Ils sont traduits en plans d'actions d'amélioration. Ces plans d'actions visent notamment des actions suite aux résultats des pratiques cliniques. Par exemple pour l'équipe de liaison vers les Foyers de Vie, il s'agit de prévenir le risque de décompensation psychiatrique, de réévaluer les traitements si besoin, de soutenir les patients dans leur maintien dans une structure d'hébergement adaptée à leur niveau de handicap. Les équipes connaissent à travers la lettre de la qualité Gestion des risques Quali'tweet, la politique générale de management de la qualité et de la sécurité de l'établissement. Cette lettre est en cours d'évaluation pour en adapter le format.

La représentation des usagers au sein de l'établissement est effective. Ils participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités à risque se mettent en place, comme le montre le tableau de suivi des actions, suite aux réserves de la certification, transmis à l'ARS. L'affichage obligatoire à destination des usagers est organisé dans les services. La coordination des vigilances est en place. Un bilan trimestriel des risques et vigilances est réalisé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe des bilans annuels des EPP depuis 2015, du groupe d'analyse des risques et des vigilances depuis 2014. Ce groupe identifie pour l'année suivante des actions prioritaires. Fin 2018 deux priorités ont été identifiées : risque de non respect de recours à la chambre d'isolement et évaluation du document de prescription et d'évaluation de l'isolement thérapeutique. Le suivi des délais de réponse aux réclamations a été mis en place. Ce suivi est intégré aux indicateurs de pilotage de la thématique Qualité et Droits des Patients. En 2018, 6 CREX ont été engagés avec les professionnels impliqués. 50 professionnels ont été sensibilisés au recours à la contention et à l'isolement. 4 patients traceurs ont été réalisés, permettant de développer un discours positif sur la démarche qualité grâce à la sensibilisation des professionnels sur les activités à risque (contention et isolement, prise en charge médicamenteuse, risque suicidaire).

Toutefois, les démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique et à la pertinence des soins ne sont pas engagées. Par exemple, à ce jour l'évaluation multidisciplinaire en unité de soins à temps complet du patient présentant un état d'agitation psychotique aigu ou chronique ne fait pas l'objet d'évaluation. Un suivi d'indicateur est en place mais ne concerne que le nombre de mesures d'isolement et la durée moyenne de ces isolements. La mise en œuvre d'une évaluation globale et structurée permettrait de définir un projet thérapeutique adapté pour chaque patient, à l'issue de l'évaluation. D'autres thématiques pourraient être concernées par ce type de démarche : évaluation du risque suicidaire, gestion des situations de violence, fugues. Une sous-commission de la CME a été créée afin de s'assurer de la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques au sein du centre hospitalier.

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

L'établissement a mis en place des actions d'amélioration en lien avec des résultats d'évaluation comme par exemple pour répondre aux priorités du groupe d'analyse des risques et des vigilance, portant sur une nouvelle organisation des plannings des soignants et sur la gestion des situations de violence. Dans ces cas des actions de communication sont mise en œuvre notamment grâce à la lettre qualité qui est semestrielle ou sous forme d'affiche pour la semaine sécurité ou l'hygiène des mains. Les risques significatifs non totalement éliminés sont en partie réexaminés afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque. La stratégie de recours à l'isolement thérapeutique intègre des éléments tels que le nombre d'isolement, la durée moyenne de l'isolement, le taux de professionnels sensibilisés et ce dans le cadre de la commission "isolement-contention". Il reste dans ce cadre à développer un travail sur la pertinence. La prise en charge des patients dans les unités dites de longue évolution fait l'objet d'une démarche institutionnelle formalisée de réduction des risques en lien avec la iatrogénie induite par les hospitalisations de longues durées. Ceci à travers notamment le projet FAM, décliné dans le projet médical transmis à l'ARS. Parallèlement, les créations d'activité (Équipes mobiles) suites à la fermetures d'unités ont fait l'objet de retour d'expérience permettant d'appréhender positivement l'ouverture du CH sur la ville et le développement des alternatives à l'hospitalisation.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	<p>La politique globale de management de la qualité et de la sécurité n'est pas mise à jour.</p> <p>Il existe une politique devenue caduque. Prenant appuie sur les nouvelles organisations mises en place, selon le nouvel organigramme rattachant la qualité à la direction des soins, la politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins, portée par le management est en cours de finalisation. Elle reposera sur quatre axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la qualité et la sécurité des soins ; • Renforcer la gestion des risques et la sécurité ; • Améliorer la qualité de la prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins et de vie ; • Promouvoir le respect des droits des patients, améliorer l'écoute et l'information des usagers. <p>Les précisions concernant les plans d'actions et les modalités de suivi apparaîtront dans le projet qualité qui est envisagé rapidement avec le projet médico-soignant.</p>	1e
P / Organisation interne	PS	<p>Les guides de bons usages des soins ne sont pas encore formalisés.</p> <p>Les guides de bons usages des soins ne sont pas encore formalisés mais sont prévus dans la déclinaison des fiches opérationnelle du projet médical, comme la définition des projets de services, les rôles attendus des professionnels dans leur unité de soins, les outils de travail à mobiliser en fonction des lieux de prise en charge et des publics accueillis et les modalités d'évaluation permettant de mesurer l'impact des actions engagées.</p>	2a
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	NC	<p>La participation des professionnels des services aux analyses des événements indésirables ou issues de l'analyse des plaintes et réclamations n'est pas encore généralisée.</p> <p>Les analyses ne sont pas toujours conduites avec la participation des professionnels concernés, selon une méthode qui permet de rechercher les causes, de les hiérarchiser et de mettre en place des actions d'amélioration efficaces. Cette situation ne permet pas à ce jour de garantir le développement d'une culture qualité et sécurité.</p> <p>Les CREX suite à EIG et les retours d'expérience sont encore peu développés (5 CREX en 2016, 3 CREX en 2017 et 1 RMM en 2016, 2 RMM en 2017 et 7 CREX en 2018: deux portant sur la prise en charge médicamenteuse, deux portant sur la sécurité des biens et des personnes, une sur la violence, une sur les urgences vitales, une sur la prise en charge après une fugue).</p> <p>L'ingénieur qualité s'engage de plus en plus auprès des équipes pour développer cette dynamique d'analyse pluriprofessionnelle. Cette nouvelle approche veut favoriser la mobilisation du management de proximité et du corps médical. Elle devrait permettre de mieux évaluer le niveau d'adhésion des équipes aux démarches d'amélioration dans les pôles (EPP, RMM, CREX).</p>	1g
	PS	<p>Il n'y a pas, à ce jour, de suivi relatif à l'état d'avancement et à l'impact des démarches d'EPP sur les pratiques.</p> <p>Cette situation évoquée lors de la visite initiale a été prise en compte. Elle est inscrite dans le plan d'action qui a été communiqué à l'ARS. L'établissement évoque dans ce plan d'action le souhait de mobiliser le management des unités de soins, en sollicitant la présence de l'encadrement dans les groupes de travail (exemplarité attendue), et en proposant une journée annuelle de présentation des analyses des pratiques professionnelles.</p>	1f
D / Disponibilité	PS	<p>Le dispositif permettant la mise à jour de la gestion documentaire est partiellement structuré et sécurisé.</p>	5c

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
des ressources		Le dispositif de gestion documentaire est connu par les professionnels. Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent. Ils ont la possibilité de participer à leur élaboration. Toutefois, il reste encore des classeurs qualité papiers dans les services, ce qui ne sécurise pas l'accès à des documents valides.	
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	<p>Les démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique et à la pertinence des soins ne sont pas engagées.</p> <p>L'évaluation multidisciplinaire en unité de soins à temps complet du patient présentant un état d'agitation psychotique aiguë ou chronique ne fait pas l'objet d'évaluation. Un suivi d'indicateur est en place mais ne concerne que le nombre de mesures d'isolement et la durée moyenne de ces isolements. La mise en œuvre d'une évaluation globale et structurée permettrait de définir un projet thérapeutique adapté pour chaque patient, à l'issue de l'évaluation.</p> <p>D'autres thématiques pourraient être concernées par ce type de démarche : évaluation du risque suicidaire, gestion des situation de violence, fugues.</p> <p>Une sous-commission de la CME a été créée afin de s'assurer de la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques au sein du centre hospitalier.</p>	28b

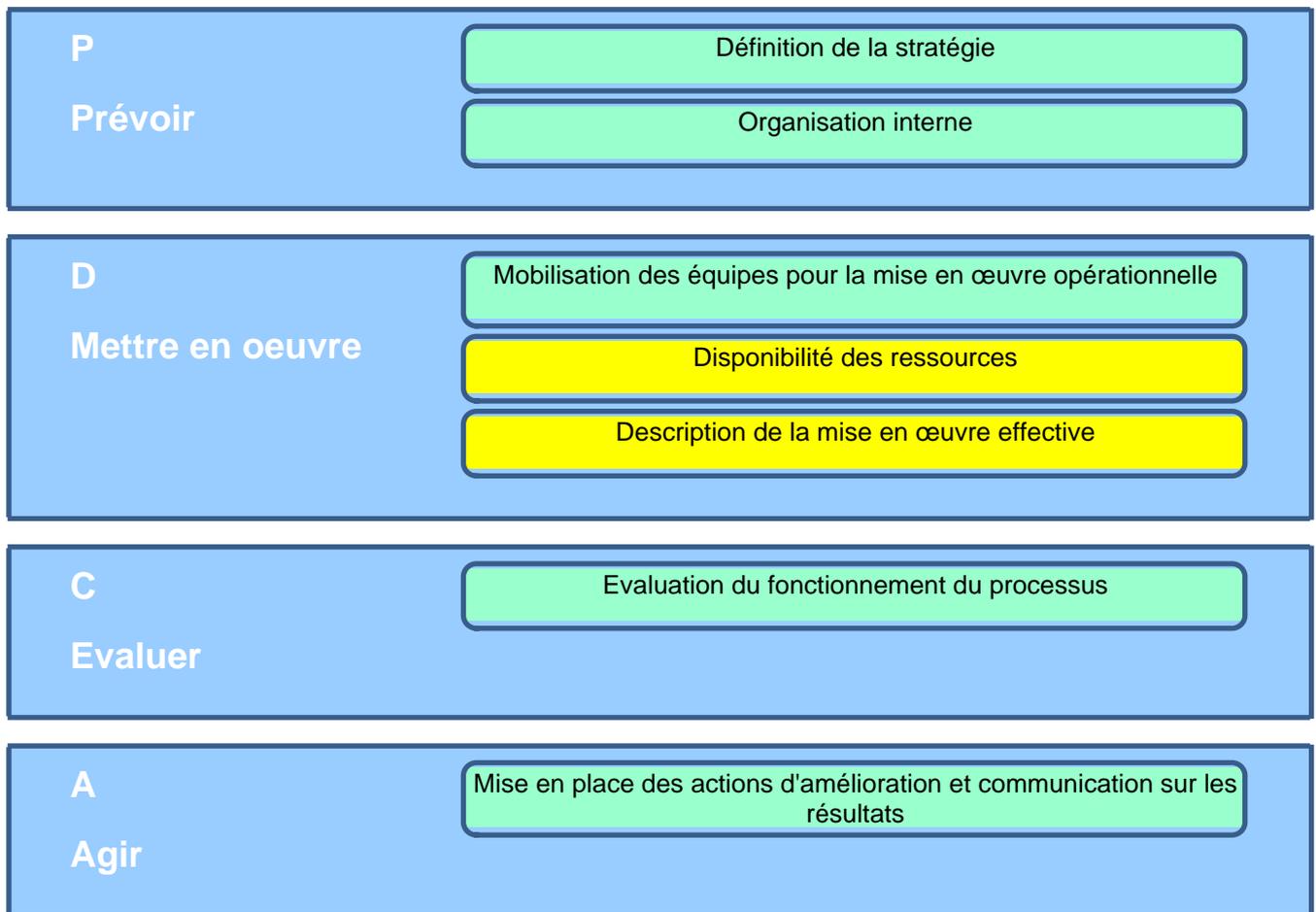
DROITS DES PATIENTS

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet d'établissement 2018-2022, en cours de validation par l'ARS Hauts de France, intègre 8 fiches opérationnelles au sein du projet médico-soignant avec pour objectif de respecter la liberté d'aller de venir ainsi que la dignité du patient, de mettre les urgences aux urgences et de revoir le programme capacitaire afin de supprimer les lits en surnombre sur l'établissement.

L'axe 2 du projet de soins a par ailleurs l'objectif de garantir la qualité et la sécurité des soins par le management de la qualité au sein des pôles d'activités cliniques et des unités de soins.

Les objectifs cibles ont ainsi été définis :

- Promouvoir et développer la démarche de gestion des risques a priori,
- Permettre et développer la gestion a posteriori,
- Améliorer la formalisation et le suivi des plans d'actions,
- Assurer le développement d'une culture qualité et de la gestion des risques au sein des unités : EPP, audits, déclaration des événements indésirables, référents par thématique,
- Veiller au respect de la réglementation, des procédures et des vigilances,
- Développer davantage la culture et la gestion des risques,
- Sécuriser la pratique professionnelle,
- Prévenir les situations de violence.

Le projet qualité et gestion des risques a inscrit également dans l'axe, la promotion du respect des droits du patient ainsi que l'amélioration de l'écoute et de l'information aux usagers. Le compte qualité, actualisé au 31 octobre 2018 pour la visite de suivi, a identifié 9 risques prioritaires correspondant aux écarts identifiés lors de la visite de certification initiale. Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement et ont fait l'objet de présentations (CME, CSIRMT, CDU, ...). Le plan d'actions issu de l'analyse des risques est intégré dans le PAQSS institutionnel du CHPP.

ORGANISATION INTERNE

Des pilotes ont été redésignés afin de mieux suivre la mise en œuvre de la politique relative aux droits des patients : la vice-présidente de la CME, pédopsychiatre, l'attaché d'administration hospitalière du bureau des entrées ainsi qu'un cadre supérieur de santé. Les missions sont précisées dans une fiche descriptive et des interfaces sont définies avec le COPIL Qualité qui se réunit de manière hebdomadaire pour mieux suivre les actions du PAQSS. La directrice des soins a, par ailleurs, été nommée en septembre 2018 directrice qualité et gestion des risques et deux cadres supérieurs ont des missions transversales avec des temps dédiés, tout particulièrement sur le dossier du patient. La commission des usagers, présidée par le directeur et la vice-présidente étant une représentante des usagers, se réunit régulièrement.

Des interfaces sont définies avec le COPIL qualité et la CME. Un comité éthique pluriprofessionnel, doté d'un règlement intérieur, se réunit ponctuellement sur saisine afin de mener des échanges sur des sujets d'actualité pour le CHPP. Différentes chartes en lien avec les droits du patient sont reprises par le CHPP et affichées dans les services sur la bientraitance, le droit à l'information médicale, les bonnes pratiques d'accueil, la personne hospitalisée, la personne hospitalisée en santé mentale, l'enfant hospitalisé, la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance et la personne majeure protégée.

Une instruction sur les conduites à tenir en cas de suspicion ou de maltraitance a été formalisée en 2018 tant pour les patients mineurs que pour les personnes adultes qui définit les modalités et responsabilités de signalement et de déclaration des suspicions de maltraitance détectées par les professionnels du CHPP.

Des documents d'information du patient sont prévus dès l'admission (par exemple, le livret d'accueil du patient avec les désignations de la personne à prévenir et de confiance, les règles de vie du service et parfois la plaquette de présentation du service). Le livret d'accueil des patients actualisé a été présenté en commission des usagers en octobre 2018 et, une fois validé, sera mis en ligne sur l'intranet de l'établissement ainsi que sur le site internet.

Les procédures sur les soins sans consentement sont actualisées et intègrent les modalités réglementaires d'information du patient. Les procédures de mise en chambre d'isolement thérapeutique et de mise en contention ont été validées en novembre 2018. Une sous-commission de la CME sur la contention et l'isolement thérapeutique a été réactivée et se réunit une fois par mois.

La démarche structurée d'annonce d'un dommage associé aux soins est définie dans une procédure dédiée.

Une procédure "recours à un interprète" est formalisée en cas de difficulté de communication en raison de la langue pratiquée par le patient. La procédure de remise du livret d'accueil est actualisée.

Cependant, l'organisation relative à l'information donnée au patient est partiellement définie.

En conséquence, l'information donnée au patient, à sa famille et à son entourage sur ses droits est insuffisamment réalisée et tracée dans le dossier du patient, notamment pour le patient mineur. Les mineurs hospitalisés à la demande de leurs représentants légaux ne sont ainsi pas systématiquement

informés de la possibilité de saisir la commission départementale des soins psychiatriques et/ou de la possibilité de saisir le juge des libertés et de la détention lorsqu'ils contestent la nécessité de l'hospitalisation. Le sujet sera mis à l'ordre du jour de la prochaine commission des usagers.

Les modalités d'information de la commission des usagers sur les événements indésirables graves associés aux soins sont définies.

Conformément au décret du 27 mars 2017 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins, l'établissement met en œuvre l'information systématique à la commission des usagers, des événements indésirables graves survenus sur l'institution ainsi que des analyses des causes profondes réalisées et des actions correctrices éventuellement mis en œuvre.

Des affichages sont effectifs dans les unités de soins pour informer le patient et son entourage sur les missions de la CDU, les chartes en cours et les droits du patient. Une instruction organise la prestation "repas famille" sur le site principal du CHPP. Le plan de formation annuel de l'établissement intègre des actions sur les droits du patient. Le plan de formation continue 2019 intègre la formation OMEGA pour prévenir les violences hospitalières tout en intégrant la réflexion éthique dans les pratiques professionnelles.

Les cadres de santé ont également bénéficié d'une formation relative au positionnement et à la responsabilité en lien avec leurs missions. Une formation gestion des plaintes et des réclamations des usagers est programmée en 2019 afin de mesurer l'effectivité des droits des usagers sur l'établissement.

D'autres actions de formation concourent au respect des droits du patient, de la prévention de la maltraitance à la promotion de la bientraitance, la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, la relation des personnels non soignants avec le patient en psychiatrie (ASH, agents administratifs et techniques, préparateurs en pharmacie), humanité pour les équipes soignantes en psychiatrie.

Le CHPP établit à chaque exercice, en fonction de l'enveloppe dédiée, un plan d'amélioration priorisé pour les structures nécessitant des travaux, comme le déploiement de postes informatiques installés en WIFI est planifié en 2019 (52 installés 2018, 26 au niveau des salles de soins avant mars 2019). Les protocoles, procédures et modes opératoires relatifs aux droits des patients sont intégrés dans la gestion documentaire de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, les binômes médico-soignants de gestion de pôle et les cadres de santé organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action. Avec l'appui de la CME et de la direction des soins, les chefs de pôle et les cadres supérieurs de santé sont les relais de ces démarches auprès des cadres de proximité.

Différents niveaux de réunions existent en fonction des pôles et des unités de soins. Ces réunions sont entre-autres des lieux d'échange et de sensibilisation au respect des droits des patients. Les professionnels rencontrés en visite sont à même de repérer des risques sur les droits du patient dans leur domaine d'activité. Trois EPP sont en cours pour les pôles d'hospitalisation adulte et de l'adolescent sur la bientraitance, la contention et l'isolement thérapeutique. Une autre EPP concerne le patient détenu et la relation avec les partenaires (justice, services pénitentiaires, police, gendarmerie). Les groupes en charge des EPP sont d'une composition pluriprofessionnelle. Les événements indésirables sont traités. Une RMM a concerné en 2016 des situations d'agressions sexuelles et un plan d'actions ciblé a été établi puis réalisé. Les professionnels sont associés aux réflexions et aux démarches dans leur service. Au niveau institutionnel, l'implication est liée à la participation prévue des métiers et à la représentation des services. Les résultats des démarches institutionnelles sont diffusées sur l'intranet et peuvent également faire l'objet d'un article dans la lettre quali'tweet.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels bénéficient régulièrement de formations sur les droits des patients. Trois programmes DPC sont mis en œuvre annuellement pour des groupes de professionnels: "de la prévention de la maltraitance à la promotion de la bientraitance en psychiatrie" pour les soignants et "gestion des réclamations et des plaintes des usagers : mesure de l'effectivité des droits des usagers dans les établissements" pour les équipes soignantes et administratives, "les modalités d'hospitalisation - soins psychiatriques: maîtriser les règles applicables au sein du CH Pinel et assurer les droits des patients" pour tout public. D'autres formations sont acceptées, par exemple avec 3 DU éthique et santé en cours en lien avec l'engagement de professionnels dans le comité éthique. Un livret d'accueil spécifique est remis aux stagiaires du CHPP, il intègre des éléments tels les valeurs éthiques et déontologiques de l'établissement ainsi que la charte de bientraitance. Une formation de 4 jours est organisée pour les internes, durant laquelle la question des droits du patient est abordée. La gestion documentaire est disponible dans les services sur le serveur intranet, les professionnels Les services disposent de bureaux de consultation et généralement de salles de visite pour les familles. Le parcours d'un patient venant du centre pénitentiaire a fait l'objet d'une analyse de risque. Des points critiques ont été identifiés. Une formation spécifique permettant de prendre en compte les aspects relatifs au respect des droits des patients détenus a été proposée aux professionnels accueillants ces patients "Prise en charge soignante des patients détenus au sein d'un établissement psychiatrique" en 2017. L'établissement dispose de 14 chambres d'isolement

thérapeutique. Un projet patrimonial est en cours de finalisation. Cependant, les conditions d'hébergement ne permettent pas systématiquement de garantir le respect de la dignité et de l'intimité du patient.

Lors de la visite, il a été constaté dans les services d'admission et dans les unités de soins au long cours des lits installés en surnuméraire. Ainsi, pour 20 lits autorisés et 2 chambres d'isolement thérapeutique, 25 patients étaient hospitalisés dans les unités, dont des chambres à 4 lits qui ne disposent pas de salle de bains, de sonnette d'appel ni de placards pour ranger les affaires personnelles des patients. La durée d'hospitalisation en chambre d'isolement thérapeutique est, de ce fait, parfois prolongée. Par ailleurs, quelques portes de chambres sont équipées d'un oculus, parfois fermables de l'extérieur, comme sur l'unité d'accueil et d'orientation (UAO).

Le risque a été identifié dans le compte qualité de l'établissement ainsi que dans le projet médical 2018-2022 tant pour la suppression des oculus (52 oculus présents en 2018 à 7 encore présents en 2019 (2 en psychogériatrie, 2 à Esquirol (Nord-Sud), 1 à Pinel, 2 à Henry EY, 1 au CAO), que par la création d'un FAM et de logements "tremplin" afin de revoir le programme capacitaire et de supprimer les lits en surnombre. La création de logements "tremplin" fait parti des fiches projets soumises à l'ARS, et n'a pas encore été validé. L'échéancier prévisionnel indique que la mise en œuvre se fera dès réfection et mise en conformité des logements disponibles au sein du centre hospitalier. Concernant la création d'un foyer d'accueil médicalisé (FAM), l'auto-financement étant impossible, l'établissement attend une validation dans le cadre de son projet d'établissement par les financeurs concernés (soins et hébergement).

Le livret d'accueil est disponible dans les services ainsi que les plaquettes explicatives sur la mise en contention et sur la mise en chambre d'isolement thérapeutique. Il existe une plaquette spécifique pour le patient détenu. Les affichages à l'entrée des services à l'intention des patients et des familles a été mis à jour fin 2017 avec notamment les missions de la CDU, les droits des patients et les différentes chartes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La consultation de dossiers de patients a permis de constater que le consentement ou l'engagement aux soins pour les unités concernées sont en grande partie tracés et que les recueils sur la protection juridique et les personnes désignées par le patient (personne à prévenir et personne de confiance) sont réalisés par les soignants dans les unités de soins.

Cependant la traçabilité de l'acceptabilité des conditions d'hospitalisation dans des chambres multiples n'est pas retrouvée, notamment sur les unités dites de longues évolution. De même, les prolongations de séjour dans les chambres d'isolement en cas d'indisponibilité de la chambre initialement prévue, ne font l'objet d'une trace, ni de l'information, ni du consentement du patient dans le dossier.

Les patients sont pris en charge quelle que soit leur couverture sociale et le service social interne à l'établissement intervient en cas de besoin. Les patients ont des entretiens individuels dès l'admission puis durant le séjour par le psychiatre et les membres de l'équipe pluriprofessionnelle le prenant en charge. Les horaires de visite pour la famille ou l'entourage sont affichés à l'entrée de chaque service. Ces familles sont associées au cas par cas en service adulte, la fréquence des entretiens en pédopsychiatrie est régulière et intégrée au projet de soins.

Un groupe "Pro-famille", d'écoute et d'aide pour les familles de patients schizophrènes et animé par des professionnels formés, est en place. Pour les hospitalisations sans consentement en service adulte, le patient dispose du retour de la notification du placement par un service dédié à cette tâche.

Le renforcement du taux d'encadrement soignant permettra de mettre en place des activités à visée socio-thérapeutique à moyen terme dans les espaces dédiés aux activités au sein des unités de soins.

Les registres du recensement des mesures d'isolement et de contentions a été créé et est issu des données directement issues dans le logiciel métier du dossier patient.

La CDU se réunit selon le rythme défini par la réglementation et élabore un rapport annuel d'activité.

Cependant, l'organisation relative à l'information donnée au patient est partiellement définie. L'information donnée au patient, à sa famille et à son entourage sur ses droits est insuffisamment réalisée et tracée dans le dossier du patient, notamment pour le patient mineur. Les mineurs hospitalisés à la demande de leurs représentants légaux ne sont pas systématiquement informés de la possibilité de saisir la commission départementale des soins psychiatriques et/ou de la possibilité de saisir le juge des libertés et de la détention lorsqu'ils contestent la nécessité de l'hospitalisation. Le sujet sera mis à l'ordre du jour de la prochaine commission des usagers.

De plus, l'analyse clinique à la levée de la mesure de décision de mise en chambre d'isolement thérapeutique ou de prescriptions de contention mécanique n'est pas systématiquement réalisée avec le patient ni tracée dans le dossier du patient. Des temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle à l'issue d'une mesure de contention mécanique en chambre d'isolement thérapeutique sont organisés mais non généralisés sur l'institution, notamment avec le patient. Les interfaces entre les secteurs d'activité sont opérationnelles en intra et en extra-hospitalier, notamment avec la structure des urgences du CHRU et du CAO (Centre d'Accueil et d'Orientation).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les actions d'évaluation, en matière de respect des droits du patient, en lien avec la CDU. Une planification des évaluations et des audits est élaborée et suivie annuellement par la direction qualité et gestion des risques. Un tableau de bord de suivi des patients traceurs en hospitalisation temps plein a été mis en place en 2018 (1 patient traceur réalisé par mois). Un audit interne « Isolement et contention » a été mis en place selon une méthodologie définie qui a permis d'évaluer les nouvelles procédures de mise en chambre d'isolement thérapeutique et de contention. Le bilan des résultats des questionnaires de satisfaction est présenté en commission des usagers aussi bien pour la psychiatrie adulte qu'en pédopsychiatrie. Un affichage trimestriel des taux de satisfaction et du taux de retour est prévu afin de mieux de suivre l'indicateur de satisfaction des usagers. La mise en place d'une enquête de satisfaction en pédopsychiatrie extra hospitalière est également planifiée. Le CHPP dispose du bilan de la CDU (plaintes et réclamation, accès du patient à son dossier), du bilan des événements indésirables et des indicateurs externes à recueil obligatoire.

A / AGIR

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

Le travail entrepris début 2017 sur l'identification puis la maîtrise de risques sur le processus a permis l'élaboration d'un plan d'actions. Des actions d'amélioration sont également identifiées par les groupes d'EPP. Dans les réalisations, il y a eu par exemple, l'actualisation des procédures administratives sur les placements, la mise en place d'un registre de l'isolement et de la contention, l'élaboration de plaquettes d'information pour le patient (détenus, chambre d'isolement thérapeutique, mise sous contention) et la mise en place d'un tableau d'information à l'entrée de chaque unités de soins. L'ensemble des actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS institutionnel du CHPP et suivies. Un projet d'espace d'apaisement et d'une « chambre témoin » est en cours de réflexion sur l'unité de soins Pinel ainsi que la mise en place de serrures débrayables, en test sur le pôle Sud et dans le service d'adolescent. Les professionnels sont informés sur les actions mises en place par leur encadrement de proximité, l'intranet et parfois par la lettre quali'tweet diffusée à tous les professionnels. Les actions d'amélioration sont présentées aux représentants des usagers lors des CDU et du COPIL qualité.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	L'organisation relative à l'information donnée au patient est partiellement définie. L'information donnée au patient, à sa famille et à son entourage sur ses droits est insuffisamment réalisée et tracée dans le dossier du patient, notamment pour le patient mineur. Les mineurs hospitalisés à la demande de leurs représentants légaux ne sont ainsi pas systématiquement informés de la possibilité de saisir la commission départementale des soins psychiatriques. Le sujet sera mis à l'ordre du jour de la prochaine commission des usagers.	11a
D / Disponibilité des ressources	NC	Les conditions d'hébergement ne permettent pas de garantir systématiquement le respect de la dignité et de l'intimité du patient. Lors de la visite, il a été constaté dans les services d'admission et dans les unités de soins au long cours des lits installés en surnuméraire. Ainsi, pour 20 lits autorisés et 2 chambres d'isolement thérapeutique, 25 patients étaient hospitalisés dans les unités, dont des chambres à 4 lits qui ne disposent pas de salle de bains, de sonnette d'appel ni de placards pour ranger les affaires personnelles des patients. La durée d'hospitalisation en chambre d'isolement thérapeutique est, de ce fait, parfois prolongée sans raison clinique. Par ailleurs, quelques portes de chambres sont équipées d'un oculus, parfois fermables de l'extérieur, comme sur l'unité d'accueil et d'orientation (UAO). Le risque a été identifié dans le compte qualité de l'établissement ainsi que dans le projet médical 2018-2022 tant pour la suppression des oculi (52 oculi présents en 2018 à 7 encore présents en 2019 (2 en psychogériatrie, 2 à Esquirol (Nord-Sud), 1 à Pinel, 2 à Henry EY, 1 à l'UAO), que par la création d'un FAM et de logements "tremplin" afin de revoir le programme capacitaire et de supprimer les lits en surnombre. La création de logements "tremplin" fait parti des fiches projets soumises à l'ARS, et n'a pas encore été validé. L'échéancier prévisionnel indique que la mise en œuvre se fera dès réfection et mise en conformité des logements disponibles au sein du centre hospitalier. Concernant la création d'un foyer d'accueil médicalisé (FAM), l'auto-financement étant impossible, l'établissement attend une validation dans le cadre de son projet d'établissement par les financeurs concernés (soins et hébergement).	10b
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	L'analyse clinique à la levée de la mesure de décision de mise en chambre d'isolement thérapeutique ou de prescriptions de contention mécanique n'est pas systématiquement réalisée avec le patient ni tracée dans le dossier du patient. Des temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle à l'issue d'une mesure de contention mécanique en chambre d'isolement thérapeutique sont organisés mais non généralisés sur l'institution, notamment avec le patient.	11b
	PS	Le consentement aux conditions de séjour est insuffisamment tracé. La consultation de dossiers de patients a permis de constater que le consentement ou l'engagement aux soins pour les unités concernées sont en grande partie tracés et que les recueils sur la protection juridique et les personnes désignées par le patient (personne à prévenir et personne de confiance) sont réalisés par les soignants dans les unités de soins. Cependant, l'acceptabilité des conditions d'hospitalisation n'est pas retrouvée pour les patients installés en chambres multiples, notamment sur les unités dites de longues	11b

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		évolution, ni pour les patients installés en chambre d'isolement ouverte faute de place dans l'unité de soins.	

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

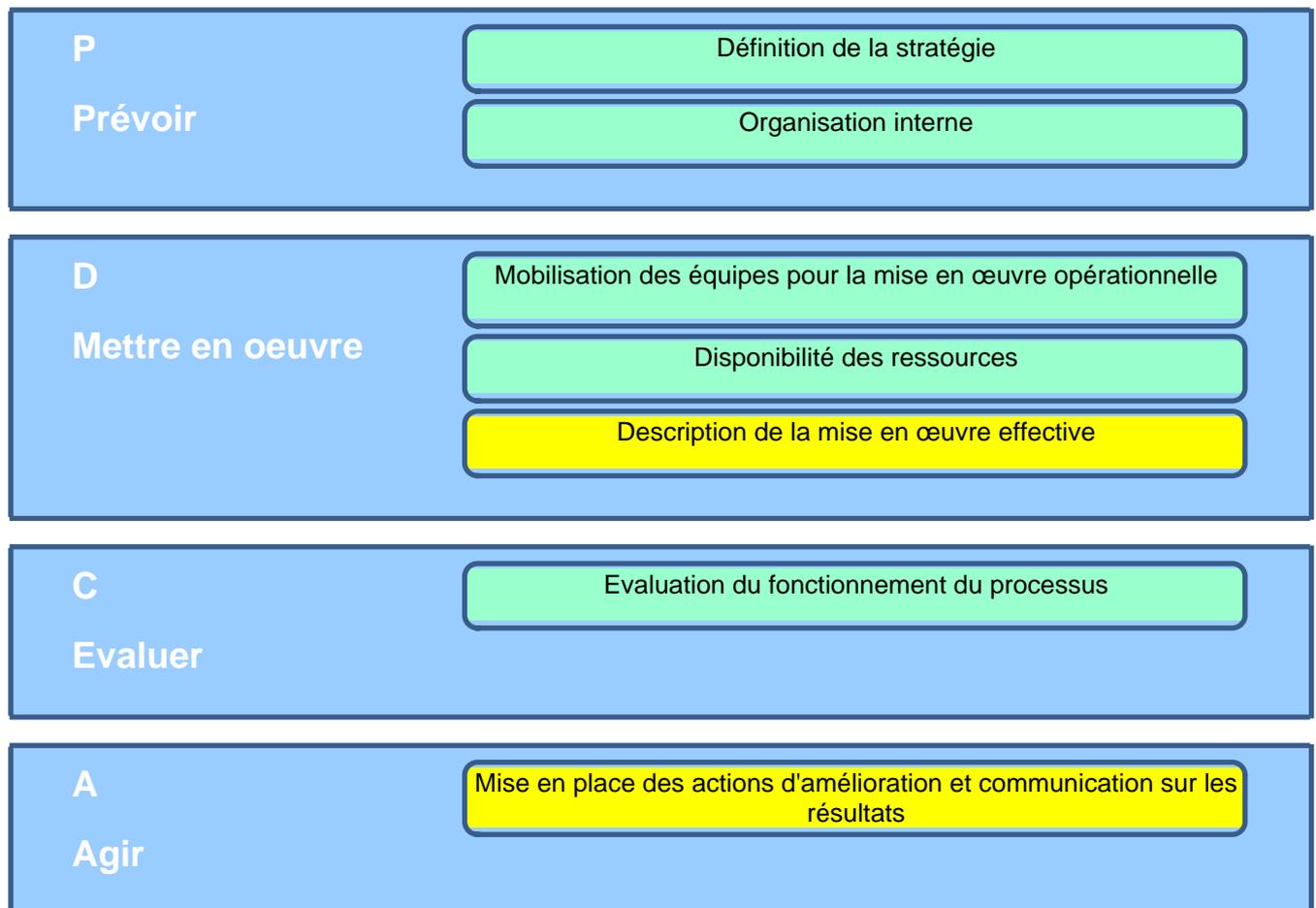
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Le Centre Hospitalier Philippe Pinel intègre dans le volet médical de son projet d'établissement 2018-2022, en cours de validation par l'ARS Hauts-de-France, plusieurs fiches opérationnelles en lien avec la thématique parcours patient, telles que la procédure d'accueil en CMP adultes, la création de logements dits «tremplin» (lieu transitionnel de soins sans statut d'hospitalisé), la reconfiguration des urgences psychiatriques au plus près des urgences polyvalentes du CHU d'Amiens, la création d'une unité d'hospitalisation pour les enfants de 5 à 12 ans, l'extension de places de MAS, la création d'un FAM...

Le projet de soins et la politique de management de la qualité, de la sécurité et de la gestion des risques, actuellement en cours d'élaboration, volets du futur projet d'établissement 2018-2022, en font tous les deux l'un de leurs axes majeurs. Le CHPP est membre du GHT Somme Littoral Sud, regroupant 10 établissements, dont le CHU d'Amiens est l'établissement support. Dans le cadre du projet médical partagé, 13 filières de prise en charge ont été définies, dont 3 sont pilotées par le CHPP : la santé mentale, la psychiatrie générale et infanto-juvénile, l'addictologie.

De nombreuses conventions sont engagées, par exemple avec le CH de Beauvais, le CHI Montdidier-Roye, l'EPSMD de l'Aisne, le CHI Clermont de l'Oise, de nombreux EHPAD, foyers de vie, ou associations...

Une réunion tripartite CHPP-ARS-Mairie d'Amiens est programmée en février pour discuter de la création d'un Conseil Local de Santé Mentale.

Le compte qualité actualisé pour la visite de suivi recense 12 risques sur la thématique parcours patient, correspondant pour la plupart aux écarts identifiés lors de la visite V2014 initiale, dont 2 identifiés comme prioritaires (relatifs au repérage du risque suicidaire, et au respect des bonnes pratiques du recours à la chambre d'isolement et à la contention), et 10 risques à surveiller.

Le compte qualité est intégré à un PAQSS unique, priorisé, faisant mention de responsables, d'un échéancier, de modalités de suivi, et validé par les instances. Une réunion hebdomadaire de suivi, à laquelle participent le Directeur, la Présidente de la CME, la Directrice des soins, le coordonnateur des risques associés aux soins, le chef du pôle médico-pharmaceutique, des cadres supérieurs de santé, et des membres de la cellule qualité, permet de suivre l'avancée des actions d'amélioration relatives aux différents écarts, et d'alimenter et réactualiser en continu le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilotage stratégique est assuré par la Présidente de la CME et la Directrice des soins, avec trois co-pilotes chefs de pôle. Le pilotage opérationnel est organisé par filière avec pour chacune un binôme médecin/cadre. Les rôles et responsabilités font l'objet d'une fiche de mission. Un coordonnateur des risques associés aux soins est nommé depuis février 2012. Les projets de pôle sont formalisés, ainsi que des projets de service pour certaines unités de soins.

La prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une admission non programmée est assurée au niveau de l'Unité d'Accueil et d'Orientation (UAO). Cette unité disposant de 4 lits assure un accueil téléphonique et des consultations 24h/24 et 7j/7.

Le livret d'accueil a été réactualisé, une check-list garante de la continuité des soins entre l'UAO et les unités de soins, et une check-list d'entrée dans le service d'hospitalisation complète des adolescents ont pour but d'encadrer l'accueil des patients. Un projet de soins somatiques est formalisé.

Le service de médecine polyvalente, rattaché au pôle médico-pharmaceutique, assure des consultations de médecine générale auprès des patients hospitalisés à temps complet (et parfois en HDJ). Il est en charge de l'organisation des rendez-vous pour les consultations et examens extérieurs au CHPP, ainsi que du transport et de l'accompagnement des patients. Des consultations de gynécologie, soins dentaires, et podologie sont proposées au sein de l'établissement.

Un parcours de santé associant une prise en charge nutritionnelle et des activités physiques adaptées est destiné aux patients obèses ou en risque de syndrome métabolique. Des actions de prévention relatives à l'hygiène bucco-dentaire, à la contraception et aux frottis du col, aux pathologies pulmonaires (radio thoracique pour les patients hospitalisés en moyenne et longue évolution) sont prévues.

Un système de gardes et astreintes et des règles de présence sont définies afin d'assurer la permanence des soins. Une garde associant un psychiatre senior et un interne est en place pour l'UAO et l'ensemble du site. Une astreinte, assurée conjointement par les pédopsychiatres du CHU et du pôle de pédopsychiatrie, couvre les besoins des urgences pédiatriques, de l'unité d'hospitalisation pour adolescents, et de l'Accueil Familial Thérapeutique.

Le planning de la médecine polyvalente est transmis chaque semaine aux unités de soins, le numéro de portable des somaticiens y est mentionné.

Une astreinte des cadres de santé permet le relais entre les cadres en journée et le cadre de nuit. Une astreinte pharmaceutique est également organisée.

La coordination avec les partenaires extérieurs est largement facilitée par les différentes équipes mobiles et de liaison mises en place par l'établissement :

- Équipe Mobile Psychiatrique de Prévention et d'Accès aux Soins, à l'adresse des patients précaires ou en situation d'exclusion,
- Équipe Mobile Psychiatrique de Soins Intensifs à Domicile
- Équipe Mobile de Soins Psychiatriques pour Personnes Âgées
- Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie
- Équipe de Liaison avec les Foyers de Vie
- Équipe Mobile de Pédopsychiatrie, en place depuis septembre 2018.

Les situations d'urgence vitale sont encadrées par une procédure actualisée précisant la conduite à tenir et le rôle de chacun, et une affichette de rappel au sein des unités de soins.

L'établissement a fait le choix d'un matériel de gestion de l'urgence vitale unique pour les différents lieux de prise en charge, dont la localisation est définie : sacs d'urgence et d'oxygénothérapie scellés, entreposés dans un même type de meuble, avec les Défibrillateurs Semi-Automatiques (DSA) et les aspirateurs à mucosités. Ces derniers sont localisés sur un plan d'ensemble (unités jumelées), y compris pour les structures extra-hospitalières.

Le contenu des sacs d'urgence est défini, ainsi que leur gestion, avec la traçabilité associée (procédure « Gestion du sac d'urgence et d'oxygénothérapie »).

La maintenance préventive, le changement de batteries, le suivi des DSA, sont organisés.

Un référent de la prise en charge des urgences vitales est identifié.

L'établissement a dispensé l'information nécessaire aux équipes de terrain par l'intermédiaire de la CSIRMT, des réunions de cadres supérieurs et d'encadrement, et programmé une formation pluri-annuelle AFGSU de niveau 1, 2, et recyclages.

La prise en charge des patients appartenant à une population spécifique est organisée.

Le pôle de pédopsychiatrie dispose notamment de 12 lits d'hospitalisation complète pour adolescents, de structures de soins par tranches d'âge (HDJ, CATTP, petite enfance), d'une équipe mobile, d'un Accueil Familial Thérapeutique, et d'une unité de thérapie familiale systémique. En l'attente de la création de lits d'hospitalisation pour enfants, en projet, le relais peut s'effectuer vers le CHI Clermont de l'Oise, l'EPSMD de l'Aisne, voire le CHU de Lille. Le travail en réseau s'appuie sur des relations partenariales actives et multiples : CHU d'Amiens, CAMSP, Maison des Adolescents, ASE, SESSAD, IME, Centre de Ressources Autisme, Education Nationale (présence d'un enseignant spécialisé en hospitalisation complète et dans chaque HDJ), etc...

Les patients précaires bénéficient du soutien d'assistantes sociales, d'une Permanence d'Accès aux Soins, et de l'Équipe Mobile Psychiatrique de Prévention et d'Accès aux Soins.

La prise en charge des personnes âgées s'appuie sur une unité d'hospitalisation complète, un CMP dédié, et l'Équipe Mobile de Soins Psychiatriques pour Personnes Âgées.

Des unités de moyenne et longue durée sont destinées à la prise en charge des patients chroniques ou porteurs d'un handicap.

Le Service Médico-Psychologique Régional à la Maison d'Arrêt d'Amiens se compose d'un HDJ, d'un service d'accueil de jour, et de consultations post-pénales dispensées au sein du CHPP.

La charte de partenariat « Hôpital - Justice - Services pénitentiaires - Police - Gendarmerie » prévoit certains aspects de la prise en charge du détenu en hospitalisation complète (transferts ou autorisations de visites par exemple). Le parcours du patient détenu mis à jour en janvier 2019 en identifie les risques et moyens de maîtrise. Un flyer d'information et un questionnaire de satisfaction de sortie ont été élaborés à l'adresse de cette population spécifique. L'établissement a mis en place une équipe de renfort, de jour comme de nuit. L'élaboration d'un projet de soins est en cours à partir de ces éléments.

Le Service de Soins et d'Aide aux Malades Ethyliques (SESAME) se compose d'un service d'hospitalisation complète, d'un HDJ et d'un CMP dédiés, et d'une Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie.

Les patients présentant une pathologie anxio-dépressive sont pris en charge dans une unité dédiée, dont les missions et le fonctionnement spécifiques sont formalisés.

Un CLAN est en place depuis 2015, il est doté d'un règlement intérieur.

Le service dispositif intersectoriel Mosaïque est notamment chargé du déploiement de l'éducation thérapeutique (deux programmes validés en cours).

La sortie des patients est organisée. Dans le contexte de la fermeture de 80 lits depuis 2015, une Équipe Opérationnelle Parcours Patients Chroniques a été mise en place en mai 2017. Cette équipe pluridisciplinaire a pour but de trouver des orientations adaptées et préparées aux patients hospitalisés dans les unités de moyenne et longue évolution vers des structures médico-sociales ou sociales d'aval, voire vers un retour au domicile fortement étayé.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement développe une offre de formation tant individuelle que collective. Le plan de formation 2019 inclut des thématiques en lien avec le parcours patient : AFGSU 1 et 2, crise suicidaire, prévention et gestion des situations de violence Oméga, prise en charge de la douleur en psychiatrie, repérage précoce et intervention brève concernant les conduites addictives, prise en charge des auteurs de violences sexuelles, techniques d'entretiens infirmiers en santé mentale, recherche clinique...

Dans le but d'optimiser la mobilisation des ressources humaines disponibles et de garantir un effectif constant tous les jours de la semaine, des nouveaux plannings ont été mis en place suite aux réflexions d'un groupe de travail associant Direction des soins, DRH, et représentants du personnels. Ils sont en test depuis février 2018.

Les ressources matérielles sont adaptées aux besoins de prise en charge (personnes âgées et/ou handicapées, harmonisation du matériel d'urgence vitale, acquisition de boucliers de protection pour les

situations de violence, augmentation du nombre de postes informatiques...). Les procédures et protocoles encadrant les différents aspects de la prise en charge sont formalisés, et regroupés dans un « classeur minimum de sécurité » pour les plus importants d'entre eux. La gestion des interfaces est organisée, en particulier entre les services cliniques et le pôle médico-pharmaceutique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins identifiés, les chefs de pôle et les cadres assistants de pôle organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle. Les professionnels sont sensibilisés sur les objectifs de leur secteur par le biais de diverses réunions (de pôle, d'équipe, d'encadrement, d'information). La diffusion de la lettre mensuelle Quali'tweet (actuellement suspendue) a contribué à cette sensibilisation, comme actuellement les interventions des cadres supérieurs de santé en appui de la Directrice des soins, et de l'ingénieur qualité dans les services. Les professionnels participent à la déclaration des EI.

Des CREX en lien avec le processus parcours patient associent les professionnels (concernant principalement des cas de décès, suicide, violence, fugue...). Leurs comptes rendus sont consultables sur l'intranet, avec les actions d'amélioration proposées. Des EPP se rapportant à la thématique sont en cours (agressivité et violence, pertinence des contentions et de l'isolement, pertinence du projet de soins personnalisé en intra et en extra-hospitalier à mettre en œuvre). Les cadres de proximité s'assurent de la conformité des pratiques de façon variable d'une unité à une autre, sans qu'il s'agisse d'un contrôle systématique et structuré. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Dans le but de garantir un effectif constant tous les jours de la semaine, des nouveaux plannings sont en test depuis février 2018, parallèlement au recrutement de 10 ETP soignants en fonction des besoins des unités de soins, au redéploiement de 7 IDE et 1 AMP sur l'ensemble des unités, et au dimensionnement de l'équipe de renfort à 2 ETP le jour, et 5 ETP la nuit. Cette organisation doit permettre aux soignants de proposer des activités thérapeutiques dans les espaces dédiés présents dans chaque unité, et d'assurer les entretiens de soutien et les accompagnements nécessaires.

Le départ récent ou prévu d'une dizaine de praticiens (30% des postes de psychiatrie adultes vacants) est géré par la présence d'internes de spécialité et le recours à des praticiens intérimaires, permettant d'assurer la permanence des soins en l'attente des résultats d'une campagne active de recrutement.

En fonction des projets d'unité, les personnels peuvent être tous formés, comme par exemple dans le service d'addictologie, dans l'unité dédiée (Unité Psychiatrique pour Adultes) pour le risque suicidaire, dans le service transversal Mosaïque où 18 professionnels sont formés aux 40 heures de l'ETP, à l'HDJ La Grande Ourse où tous les professionnels ont un DU sur l'autisme.

80 professionnels ont bénéficié en 2018 des formations AFGSU, 24 au repérage et à la prise en charge du risque suicidaire en 2017, 15 en 2018.

La journée d'accueil destinée aux nouveaux arrivants n'est plus mise en œuvre, elle est remplacée par un accompagnement de tutorat au sein des services.

La documentation, en termes de procédures et protocoles, mais aussi de guides de bonnes pratiques, est disponible sur l'intranet, un onglet "classeur minimum de sécurité" permettant d'accéder directement aux plus importantes d'entre elles. Elle est accessible sans être toujours actualisée en fonction des besoins.

Une liste de professionnels parlant une langue étrangère est disponible, également sur l'intranet.

Les tableaux de gardes et permanence médicale peuvent être consultés sous forme papier dans les bureaux infirmiers.

Des fiches d'information sur les médicaments sont à disposition dans les salles de soins de certaines unités (Lasègue, Esquirol). Un guide d'information concernant l'utilisation des contentions et des chambres d'isolement peut être remis au patient ou à son entourage.

Les ressources matérielles sont disponibles dans les unités (en psychogériatrie par exemple, déambulateurs, fauteuils réglables, lits électriques, matelas à mémoire de forme, verticalisateur, baignoire avec porte, horloge mémorielle, signalétique, lève malade et matelas anti-escarres en location...), et la maintenance est assurée conformément aux règles définies. L'installation de 2 postes informatiques fixes et d'un portable (permettant la traçabilité de l'administration des traitements en temps réel) par unité de soins est en cours, ainsi que l'installation de bornes Wi-Fi.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le livret d'accueil est remis au patient à l'UAO ou dans l'unité d'accueil, selon la check-list continuité des soins de l'UAO vers les unités de soins remplie par les infirmiers. L'information du patient peut être complétée par des plaquettes rappelant les règles de vie propres à chaque unité.

L'évaluation psychiatrique initiale est réalisée au niveau de l'UAO dans la plupart des cas.

Une macrocible d'entrée et un diagramme de soins sont ouverts à l'entrée du patient.

Les observations médicales, les transmissions ciblées, les interventions des différents professionnels sont tracées dans le dossier du patient (encore sous une double forme, papier et informatique, au moment de la visite).

En ce qui concerne le déroulé des hospitalisations sous contrainte, les visites de terrain effectuées montrent que les certificats médicaux, les notifications aux patients, la traçabilité des mesures d'isolement et de contention, leur surveillance et leur réévaluation, répondent aux recommandations.

Des réunions pluriprofessionnelles se tiennent sur un rythme hebdomadaire dans la plupart des unités, quotidien à l'UPA. Elles prennent actuellement la forme de transmissions « renforcées » à l'unité Marcé Nord, où exercent des médecins intérimaires.

Le projet de soins personnalisé est formalisé de manière régulière pour les jeunes patients accueillis en HDJ sur le pôle de pédopsychiatrie, et en cours de déploiement sur l'unité d'hospitalisation complète pour adolescents. Il est très structuré, avec des objectifs clairs et des évaluations régulières pour le dispositif intersectoriel Mosaïque.

Cependant, un projet de soins personnalisé élaboré avec les professionnels concernés, incluant la réflexion bénéfique/risque, n'est pas systématiquement retrouvé.

En psychiatrie adultes un support dédié issu des réflexions d'un groupe de travail a été intégré au dossier informatisé quelques jours seulement avant la visite. En l'absence d'un mode opératoire formalisé et d'un accompagnement, les professionnels de terrain n'ont, à ce jour, pas pu s'approprier cet outil.

Les patients hospitalisés sous contrainte bénéficient d'un examen somatique dans les 24 heures par l'un des praticiens généralistes. Les patients mineurs, qui passent pour la plupart par les urgences pédiatriques du CHU, sont systématiquement examinés à leur arrivée, avec le recours possible à un cardio-pédiatre du CHU par télé-médecine pour l'ECG. Les patients âgés sont évalués et suivis par le psychogériatre de l'unité. Les patients admis en service libre doivent être vus par l'interne lors de leur passage à l'UAO, ils sont transférés vers le CHU au moindre doute, et notamment en cas de consommation d'alcool ou de toxiques. Ils ne sont pas vus par le généraliste du CHPP en l'absence de signes d'appel. Les généralistes du CHPP ont la possibilité de suivre par informatique les entrées et les résultats des bilans biologiques, ils interviennent si ces derniers sont perturbés, ou s'ils sont alertés par les équipes soignantes. Les équipes transversales, mobiles, extra-hospitalières du CHPP sont associées à la prise en charge en fonction des besoins, ainsi que les partenaires extérieurs. La gestion des sacs d'urgence et d'oxygénothérapie, scellés, fait l'objet d'une traçabilité.

Ils sont rangés dans les différentes unités dans un même type de meuble, avec le DSA, l'aspirateur à mucosités, les contentions et le bouclier de protection. La conduite à tenir en cas d'urgence vitale est affichée. Les professionnels interrogés confirment leur participation à la formation AFGSU.

La prise en charge des patients appartenant à une population spécifique se décline sur le terrain conformément à l'organisation retenue, qu'il s'agisse de patients mineurs, précaires, âgés, chroniques ou handicapés, détenus.

Le CLAN est actif et se réunit régulièrement depuis 2015. Une commission des menus se tient chaque année. Le CLAN est à l'origine du parcours de santé des patients obèses ou en risque de syndrome métabolique. Une dizaine de patients suivent ce programme au moment de la visite, bénéficiant d'ateliers nutritionnels, culinaires, d'activités physiques adaptées, ainsi que d'une surveillance biologique resserrée.

Une diététicienne peut être sollicitée par les services.

La traçabilité du suivi du poids est effective, notamment grâce à un système empêchant la saisie de la prescription si le poids n'est pas renseigné à l'entrée.

Le risque suicidaire est en enjeu majeur de la prise en charge, quelque soit l'unité ou la population concernée. Il est recherché et discuté lors des réunions d'équipe et des transmissions ciblées.

Cependant, l'établissement n'assure pas totalement la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge du risque suicidaire. Une EPP de 2012 avait proposé l'utilisation d'une grille de repérage du risque suicidaire, laquelle n'a jamais été mise en place sur le CHPP. Un test récent a été effectué auprès des équipes soignantes sur une évaluation infirmière du risque suicidaire, associée à un plan de soins. Cette proposition n'a pas été retenue. La grille RUD devrait finalement être mise en place dans les prochains jours. Au moment de la visite, elle n'est pas diffusée, et la traçabilité du repérage du risque suicidaire dans le corps des observations médicales est inconstante.

Deux programmes d'éducation thérapeutique validés sont en cours sur l'établissement :

- Profamille, en partenariat avec l'UNAFAM, a mené en 2018 deux groupes, soit 15 familles, et démarre cette année un premier groupe de 8 familles

- « Mieux vivre avec sa schizophrénie » est en cours de lancement pour cette année.

S'ajoutent à ces programmes des actions éducatives ciblées, mises en œuvre par exemple par la pharmacie autour du médicament, ou par la médecine polyvalente (hygiène bucco-dentaire, parcours de santé...).

La sortie fait l'objet d'une préparation et d'une concertation avec le patient, son entourage et les partenaires. L'Équipe de Liaison avec les Foyers de Vie et l'Équipe Mobile de Psychogériatrie facilitent le cas échéant le projet de sortie et contribuent au travail avec les structures d'aval.

L'équipe Opérationnelle Parcours Patients Chroniques, mise en place en mai 2017, a permis la sortie de 109 patients (dans un souci constant d'adéquation, avec seulement 6 réhospitalisations) vers des structures sociales ou médico-sociales de type foyers de vie et d'hébergement, EHPAD, USLD, FAM, MAS... voire un retour au domicile très encadré. L'effectivité du double suivi en continu, des patients susceptibles de bénéficier d'une sortie accompagnée d'une part, et des places disponibles dans les différentes structures d'autre part, est constatée lors de la rencontre avec les professionnels concernés.

La lettre de sortie réglementaire, informatisée depuis décembre 2017, reste partiellement mise en œuvre. Les activités de soins de suite et de réadaptation sont notamment portées par :

- les unités de moyenne et longue évolution, l'unité PréFAM, le Foyer de Post Cure

- le dispositif intersectoriel Mosaïque, composé de plusieurs unités : ergothérapie centrale, unité de thérapie institutionnelle (s'adressant aux patients les plus régressés), sport adapté, ateliers thérapeutiques (situés en ville, proposant des chantiers de peinture, tapisserie, menuiserie, conditionnement, dans la perspective d'un accès ou retour au travail), activité de cyno-thérapie (utilisant le chien comme médiateur thérapeutique partenaire), unité de réhabilitation psycho-sociale (entraînement aux habiletés sociales, éducation thérapeutique, remédiation cognitive), salon de coiffure et cafétéria.

Un parcours de soins spécifique est mis en œuvre pour les patients hospitalisés, externes suivis par le CHPP, externes avec un suivi libéral, ou sans suivi psychiatrique. Toujours sur prescription médicale, ils se voient proposer une prise en charge très structurée (évaluation initiale selon les unités, synthèse, passage par une commission, évaluations intermédiaires et finale), dans le but de les amener au meilleur de leurs capacités en fonction de leur handicap.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure une évaluation périodique sur la base du recueil des indicateurs IQSS. Des EPP en rapport avec la thématique sont en cours (agressivité et violence, pertinence des contentions et de l'isolement, pertinence du projet de soins personnalisé en intra et en extra-hospitalier à mettre en œuvre). Les audits dossier patient évaluent, entre autres items, le projet de soins personnalisé, la traçabilité de la réflexion bénéfique/risque, l'examen somatique initial. L'établissement suit les indicateurs suivants, relatifs au parcours patient :

- nombre d'agents formés AFGSU
- taux de sacs d'urgence et de DSA opérationnels et vérifiés
- nombre d'agents formés au repérage et à la prise en charge du risque suicidaire
- nombre de déclarations d'événements indésirables concernant des actes de soins, des situations de violence, des sorties à l'insu du service (7 CREX réalisés en 2018)
- nombre de patients sortis vers le médico-social avec l'Equipe Opérationnelle Parcours Patients Chroniques
- indicateurs de suivi des nouveaux plannings mis en place : nombre de signalements pour situation de violence, nombre d'ordres de mission (accompagnements, sorties, activités du patient), nombre de jours d'arrêt de travail, taux de satisfaction des agents

Un bilan des coopérations avec les EHPAD, les structures médico-sociales et sociales, a été réalisé en janvier 2019. Un programme de patients traceurs est établi pour un an, permettant une évaluation du processus dans sa globalité (4 réalisés en 2018, rythme prévu d'un patient traceur par mois en faisant le tour des unités d'hospitalisation complète). La réunion hebdomadaire du PAQSS permet l'évaluation en continu des actions d'amélioration en lien avec les écarts constatés lors de la visite initiale. Enfin, la rédaction du projet médical 2018-2022, déposé à l'ARS des Hauts-de-France en novembre 2017 pour validation, puis retravaillé avec l'accompagnement de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France pour prioriser certaines thématiques déclinées en fiches opérationnelles, s'appuie sur un bilan de fond du parcours patient existant.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS (par exemple l'élaboration d'une plaquette d'information du détenu sur sa prise en charge avec un questionnaire de satisfaction à la sortie, la check-list continuité des soins de l'UAO vers les unités de soins, la mise en place d'un onglet Neuroleptique d'Action Prolongée dans le dossier informatisé et de carnets de suivi des injections de NAP pour limiter le risque de non observance...).

Cependant, les résultats des évaluations ne conduisent pas systématiquement aux améliorations nécessaires. L'indicateur "Délai d'envoi du courrier" est en classe C. Bien qu'il existe une action d'amélioration dans le PAQSS concernant cet indicateur (envoi d'un courrier de sensibilisation aux praticiens pour mettre en œuvre la lettre de liaison réglementaire), celle-ci ne porte pas sur son pilotage institutionnel puisqu'il n'y a pas de démarche d'accompagnement ciblée.

La communication interne est réalisée par l'intermédiaire des réunions de pôle, de service, d'encadrement, des instances, de la réunion hebdomadaire de suivi du PAQSS, de la publication mensuelle Quali'tweet (actuellement suspendue), de l'intranet, de la gestion électronique documentaire (qui permet par exemple de consulter les comptes rendus des CREX et les actions d'amélioration proposées), de l'affichage des IQSS dans les salles de soins...

Les usagers sont informés par le site internet du CHPP, par le point qualité présenté en CDU, ou par leur représentant au sein du COPIL.

Une convention entre le CHU d'Amiens et le CHPP, relative au développement de la recherche au sein du

CHPP, a été signée en 2010. Une sous-commission de la CME est dédiée à la recherche clinique. Le CHPP adhère à la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France, et participe régulièrement à des journées régionales et nationales. La Présidente de la CME et les deux psychologues de la sous-commission sont à l'origine de nombreuses publications nationales. Le service d'addictologie est rattaché au Groupe Recherche sur l'Alcool et les Pharmacodépendances INSERM basé à Amiens. Le CHPP mène des actions de recherche psychopathologique et neurocognitive en lien avec l'Université de Picardie Jules Verne. Un club de recherche para-médicale est en place depuis juillet 2017, avec le projet de faire évoluer et de valoriser les pratiques professionnelles autour de l'apaisement (projet de Programme Hospitalier de Recherche Infirmière).

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>L'établissement n'assure pas totalement la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge du risque suicidaire.</p> <p>Une EPP de 2012 avait proposé l'utilisation d'une grille de repérage du risque suicidaire, laquelle n'a jamais été mise en place sur le CHPP. Un test récent a été effectué auprès des équipes soignantes sur une évaluation infirmière du risque suicidaire, associée à un plan de soins. Cette proposition n'a pas été retenue. La grille RUD devrait finalement être mise en place dans les prochains jours. Au moment de la visite, elle n'est pas diffusée, et la traçabilité du repérage du risque suicidaire dans le corps des observations médicales est inconstante.</p>	19c
	NC	<p>Un projet de soins personnalisés élaboré avec les professionnels concernés, incluant la réflexion bénéfice/risque, n'est pas systématiquement retrouvé.</p> <p>En psychiatrie adultes un support dédié issu des réflexions d'un groupe de travail a été intégré au dossier informatisé quelques jours seulement avant la visite. En l'absence d'un mode opératoire formalisé et d'un accompagnement, les professionnels de terrain n'ont, à ce jour, pas pu s'approprier cet outil.</p>	17a
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	<p>Les résultats des évaluations ne conduisent pas systématiquement aux améliorations nécessaires.</p> <p>L'indicateur "Délai d'envoi du courrier" est en classe C. Bien qu'il existe une action d'amélioration dans le PAQSS concernant cet indicateur (envoi d'un courrier de sensibilisation aux praticiens pour mettre en œuvre la lettre de liaison réglementaire), celle-ci ne porte pas sur son pilotage institutionnel puisqu'il n'y a pas de démarche d'accompagnement ciblée.</p>	24a

ANNEXE

Tableau Récapitulatif des écarts par thématiques présent dans le rapport des EV

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	P / Définition de la stratégie	PS	<p>La politique globale de management de la qualité et de la sécurité n'est pas mise à jour.</p> <p>Il existe une politique devenue caduque. Prenant appuie sur les nouvelles organisations mises en place, selon le nouvel organigramme rattachant la qualité à la direction des soins, la politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins, portée par le management est en cours de finalisation. Elle reposera sur quatre axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la qualité et la sécurité des soins ; • Renforcer la gestion des risques et la sécurité ; • Améliorer la qualité de la prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins et de vie ; • Promouvoir le respect des droits des patients, améliorer l'écoute et l'information des usagers. <p>Les précisions concernant les plans d'actions et les modalités de suivi apparaitront dans le projet qualité qui est envisagé rapidement avec le projet médico-soignant.</p>	1e
	P / Organisation interne	PS	<p>Les guides de bons usages des soins ne sont pas encore formalisés.</p> <p>Les guides de bons usages des soins ne sont pas encore formalisés mais sont prévus dans la déclinaison des fiches opérationnelle du projet médical, comme la définition des projets de services, les rôles attendus des professionnels dans leur unité de soins, les outils de travail à mobiliser en fonction des lieux de prise en charge et des publics accueillis et les modalités d'évaluation permettant de mesurer l'impact des actions engagées.</p>	2a
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	NC	<p>La participation des professionnels des services aux analyses des évènements indésirables ou issues de l'analyse des plaintes et réclamations n'est pas encore généralisée.</p> <p>Les analyses ne sont pas toujours conduites avec la participation des professionnels concernés, selon une méthode qui permet de rechercher les causes, de les hiérarchiser et de mettre en place des actions d'amélioration efficaces. Cette situation ne permet pas à ce jour de garantir le développement d'une culture qualité et sécurité. Les CREX suite à EIG et les retours d'expérience sont encore peu développés (5 CREX en 2016, 3 CREX en 2017 et 1 RMM en 2016, 2 RMM en 2017 et 7 CREX en 2018: deux portant sur la prise en charge médicamenteuse, deux portant sur la sécurité des biens et des personnes, une sur la violence, une sur les urgences vitales, une sur la prise en charge après une fugue).</p>	1g

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			L'ingénieur qualité s'engage de plus en plus auprès des équipes pour développer cette dynamique d'analyse pluriprofessionnelle. Cette nouvelle approche veut favoriser la mobilisation du management de proximité et du corps médical. Elle devrait permettre de mieux évaluer le niveau d'adhésion des équipes aux démarches d'amélioration dans les pôles (EPP, RMM, CREX).	
		PS	Il n'y a pas, à ce jour, de suivi relatif à l'état d'avancement et à l'impact des démarches d'EPP sur les pratiques. Cette situation évoquée lors de la visite initiale a été prise en compte. Elle est inscrite dans le plan d'action qui a été communiqué à l'ARS. L'établissement évoque dans ce plan d'action le souhait de mobiliser le management des unités de soins, en sollicitant la présence de l'encadrement dans les groupes de travail (exemplarité attendue), et en proposant une journée annuelle de présentation des analyses des pratiques professionnelles.	1f
	D / Disponibilité des ressources	PS	Le dispositif permettant la mise à jour de la gestion documentaire est partiellement structuré et sécurisé. Le dispositif de gestion documentaire est connu par les professionnels. Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent. Ils ont la possibilité de participer à leur élaboration. Toutefois, il reste encore des classeurs qualité papiers dans les services, ce qui ne sécurise pas l'accès à des documents valides.	5c
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Les démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique et à la pertinence des soins ne sont pas engagées. L'évaluation multidisciplinaire en unité de soins à temps complet du patient présentant un état d'agitation psychotique aiguë ou chronique ne fait pas l'objet d'évaluation. Un suivi d'indicateur est en place mais ne concerne que le nombre de mesures d'isolement et la durée moyenne de ces isolements. La mise en œuvre d'une évaluation globale et structurée permettrait de définir un projet thérapeutique adapté pour chaque patient, à l'issue de l'évaluation. D'autres thématiques pourraient être concernées par ce type de démarche : évaluation du risque suicidaire, gestion des situation de violence, fugues. Une sous-commission de la CME a été créée afin de s'assurer de la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques au sein du centre hospitalier.	28b
Droits des patients	P / Organisation interne	PS	L'organisation relative à l'information donnée au patient est partiellement définie. L'information donnée au patient, à sa famille et à son entourage sur ses droits est insuffisamment réalisée et tracée dans le dossier du patient, notamment pour le patient mineur. Les mineurs hospitalisés à la demande de leurs représentants légaux ne sont ainsi pas systématiquement informés de la possibilité de saisir la commission départementale des soins psychiatriques. Le sujet sera mis à l'ordre du jour de la prochaine commission des usagers.	11a
	D / Disponibilité des ressources	NC	Les conditions d'hébergement ne permettent pas de garantir systématiquement le respect de la dignité et de l'intimité du patient. Lors de la visite, il a été constaté dans les services d'admission et dans les	10b

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			<p>unités de soins au long cours des lits installés en surnuméraire. Ainsi, pour 20 lits autorisés et 2 chambres d'isolement thérapeutique, 25 patients étaient hospitalisés dans les unités, dont des chambres à 4 lits qui ne disposent pas de salle de bains, de sonnette d'appel ni de placards pour ranger les affaires personnelles des patients. La durée d'hospitalisation en chambre d'isolement thérapeutique est, de ce fait, parfois prolongée sans raison clinique. Par ailleurs, quelques portes de chambres sont équipées d'un oculus, parfois fermables de l'extérieur, comme sur l'unité d'accueil et d'orientation (UAO).</p> <p>Le risque a été identifié dans le compte qualité de l'établissement ainsi que dans le projet médical 2018-2022 tant pour la suppression des oculi (52 oculi présents en 2018 à 7 encore présents en 2019 (2 en psychogériatrie, 2 à Esquirol (Nord-Sud), 1 à Pinel, 2 à Henry EY, 1 à l'UAO), que par la création d'un FAM et de logements "tremplin" afin de revoir le programme capacitaire et de supprimer les lits en surnombre.</p> <p>La création de logements "tremplin" fait parti des fiches projets soumises à l'ARS, et n'a pas encore été validé. L'échéancier prévisionnel indique que la mise en œuvre se fera dès réfection et mise en conformité des logements disponibles au sein du centre hospitalier. Concernant la création d'un foyer d'accueil médicalisé (FAM), l'auto-financement étant impossible, l'établissement attend une validation dans le cadre de son projet d'établissement par les financeurs concernés (soins et hébergement).</p>	
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>L'analyse clinique à la levée de la mesure de décision de mise en chambre d'isolement thérapeutique ou de prescriptions de contention mécanique n'est pas systématiquement réalisée avec le patient ni tracée dans le dossier du patient.</p> <p>Des temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle à l'issue d'une mesure de contention mécanique en chambre d'isolement thérapeutique sont organisés mais non généralisés sur l'institution, notamment avec le patient.</p>	11b
		PS	<p>Le consentement aux conditions de séjour est insuffisamment tracé. La consultation de dossiers de patients a permis de constater que le consentement ou l'engagement aux soins pour les unités concernées sont en grande partie tracés et que les recueils sur la protection juridique et les personnes désignées par le patient (personne à prévenir et personne de confiance) sont réalisés par les soignants dans les unités de soins.</p> <p>Cependant, l'acceptabilité des conditions d'hospitalisation n'est pas retrouvée pour les patients installés en chambres multiples, notamment sur les unités dites de longues évolution, ni pour les patients installés en chambre d'isolement ouverte faute de place dans l'unité de soins.</p>	11b
Parcours du patient	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>L'établissement n'assure pas totalement la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge du risque suicidaire.</p> <p>Une EPP de 2012 avait proposé l'utilisation d'une grille de repérage du risque suicidaire, laquelle n'a jamais été mise en place sur le CHPP. Un test récent a été effectué auprès des équipes soignantes sur une évaluation infirmière du risque suicidaire, associée à un plan de soins. Cette proposition n'a pas été retenue. La grille RUD devrait finalement être mise en place dans les</p>	19c

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			prochains jours. Au moment de la visite, elle n'est pas diffusée, et la traçabilité du repérage du risque suicidaire dans le corps des observations médicales est inconstante.	
		NC	Un projet de soins personnalisé élaboré avec les professionnels concernés, incluant la réflexion bénéfice/risque, n'est pas systématiquement retrouvé. En psychiatrie adultes un support dédié issu des réflexions d'un groupe de travail a été intégré au dossier informatisé quelques jours seulement avant la visite. En l'absence d'un mode opératoire formalisé et d'un accompagnement, les professionnels de terrain n'ont, à ce jour, pas pu s'approprier cet outil.	17a
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	Les résultats des évaluations ne conduisent pas systématiquement aux améliorations nécessaires. L'indicateur "Délai d'envoi du courrier" est en classe C. Bien qu'il existe une action d'amélioration dans le PAQSS concernant cet indicateur (envoi d'un courrier de sensibilisation aux praticiens pour mettre en œuvre la lettre de liaison réglementaire), celle-ci ne porte pas sur son pilotage institutionnel puisqu'il n'y a pas de démarche d'accompagnement ciblée.	24a