



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**ETABLISSEMENT  
PUBLIC DE SANTE  
MENTALE DE LA SOMME**

ET PUBLIC DE SANTE MENTALE DE LA SOMME

Route de paris

80044 AMIENS



Validé par la HAS en Mai 2024

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



Haute Autorité de santé – Service communication et information  
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – Mai 2024

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	12
Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.	15
Objectif 1.2 : Le patient est respecté.	17
Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	18
Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	19
Chapitre 2 : Les équipes de soins	20
Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	23
Objectif 2.2 : Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	24
Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	25
Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	27
Chapitre 3 : L'établissement	28
Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	31
Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	32
Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership	33
Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	34
Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	35
Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	36
Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	37
Table des Annexes	38
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	39
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	42
Annexe 3. Programme de visite	43
Annexe 4. Fiches Anomalies	49

# Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**| ... et sur des méthodes**

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

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

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

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

### **| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres**

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

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

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

### **| Une décision et un rapport rendus publics**

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

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

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

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

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

référence pour l'élaboration du rapport de certification

## Décision

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

# Présentation

ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE DE LA SOMME	
Adresse	ET PUBLIC DE SANTE MENTALE DE LA SOMME Route de paris 80044 AMIENS FRANCE
Département / Région	Somme / Hauts-de-France
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier Spécialisé

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	800000119	ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE DE LA SOMME	Route de paris 80044 AMIENS CEDEX 1 FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

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

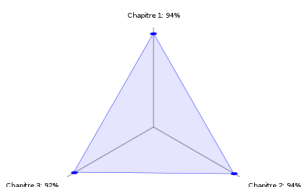


# Champs d'applicabilité

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

Au regard du profil de l'établissement, [107](#) critères lui sont applicables

# Résultats



Score global de satisfaction aux attendus du référentiel

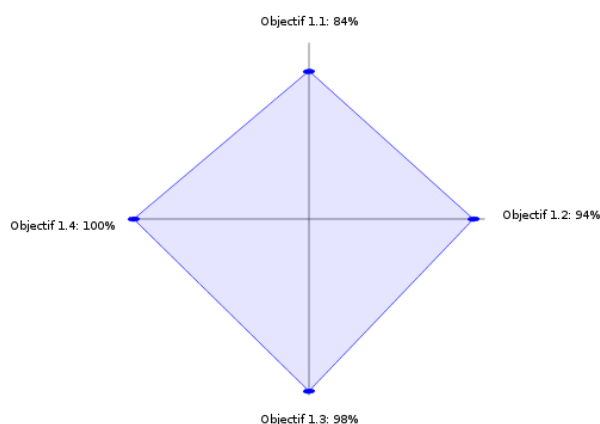
## 93.35%

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

Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-03	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	98%
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	92%
1.2-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	89%
2.1-05	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitations des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée	100%
2.2-17	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	90%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	99%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	96%
2.4-04	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés.	100%
3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein	100%
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	91%
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	90%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	95%
3.7-03	L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	100%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	39%
3.4-02	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	50%
3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	Non Applicable

# Chapitre 1 : Le patient



Score du chapitre

**94%**

du score maximal

Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	84%
1.2	Le patient est respecté.	94%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	98%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Dans l'ensemble des secteurs d'activités et pour toutes les modalités de prise en charge, hospitalisation à temps plein, partielle ou ambulatoire, l'information du patient est assurée et son implication recherchée pour l'élaboration de son projet de soins et les décisions importantes le concernant. Les objectifs des projets de soins sont individualisés et tiennent compte des besoins et préférences des patients et de leur entourage. L'enfant ou l'adolescent est invité également à exprimer son avis sur son projet de soins. Pour la prise en charge des troubles alimentaires, la construction de la prise en charge avec l'enfant et les parents fait l'objet d'une démarche structurée prévoyant des périodes de préadmission, d'observations et d'évaluations. Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé. Les affichages et les documents utiles ont été revus et sont en place dans l'ensemble des unités. Des supports d'information avec des messages de santé publique (vaccination, maltraitance...) ou de prévention primaire (hygiène, nutrition, activité physique, tabac, drogues...) sont disponibles dans les services. Des ateliers d'éducation thérapeutique sont en place dans tous les secteurs sur ces thématiques. Une équipe mobile dite CORESO, Consultation Réseau Somatique, a pour but de réaliser des bilans somatiques dans un objectif de prévention et de promotion de la santé et de lien avec les professionnels de ville. Le patient est sollicité pour désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix. Le livret d'accueil, le site Internet et les affichages présents dans les services recensent les informations sur les représentants et la Commission des Usagers. Cependant, une partie des patients rencontrés expriment ne pas être suffisamment informés sur ceux-ci. Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui ont été prescrits. En ambulatoire, les professionnels informent le patient sur les modalités spécifiques de sa prise en charge. Des documents lui sont remis pour le rappel de ses rendez-vous avec les coordonnées de ses référents. Toutefois, des supports de type « passeport » ne sont pas disponibles pour indiquer les conduites à tenir en cas de survenues d'évènements indésirables. En psychogériatrie, le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger des directives anticipées. Dans les autres

secteurs, cette information n'est généralement pas retrouvée dans le dossier du patient. Un groupe de travail est en place sur cette thématique et une enquête auprès des professionnels a été diligentée pour évaluer leurs connaissances. Le patient est invité à faire part de sa satisfaction. Des questionnaires ont été revus et sont adaptés à chacune des unités. Ils ont été coconstruits avec des patients lors de groupes soignants/soignés et les représentants des usagers. Cependant leur expérience n'est que partiellement recueillie. Les équipes informent le patient sur ses modalités de prise en charge. Le livret d'accueil est disponible et lui est remis. Cependant les informations sur Mon Espace Santé, l'alimentation du DMP et l'utilisation d'une messagerie sécurisée ne sont que peu connues des patients. Dans l'ensemble des secteurs de soins, les professionnels veillent au respect de l'intimité et à celui de la dignité du patient. Au niveau des locaux, l'EPSM (Etablissement Public de Santé Mentale) de la Somme est un ensemble historique composé de pavillons répartis dans un vaste parc. Les unités d'hospitalisation sont installées au rez-de-chaussée de ces pavillons dont certains ont été partiellement rénovés mais dans l'ensemble les conditions hôtelières sont vieillissantes y compris pour l'unité d'accueil de l'addictologie située en ville. La modernisation générale de l'établissement est l'un de ses projets. Certaines chambres doubles et sanitaires sont exiguës. Les chambres doubles ne sont pas équipées de paravents. Les enfants bénéficient d'un environnement et de mobiliers adaptés. Les aptitudes et capacités des patients âgés ou vivant avec un handicap bénéficient d'actions visant au maintien de leur autonomie cependant l'évaluation de l'aptitude physique des patients de plus de 75 ans n'est pas systématique. La confidentialité des informations est assurée. Toutefois, il a été observé dans deux unités que l'administration des médicaments était effectuée dans la salle à manger commune de l'unité. Le recours aux mesures d'isolement ou de contention mécanique fait l'objet d'une décision médicale tracée dans le dossier du patient. L'établissement a engagé une démarche volontaire de réduction du recours à des mesures d'isolement ou de contention. Des espaces d'apaisement sont aménagés dans la majorité des unités ou en cours d'installation selon un programme pluriannuel. Le nouveau logiciel de gestion du dossier médical permet un suivi des mesures conforme aux attendus réglementaires. Pour les actes de la vie quotidienne, le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité. Des ateliers sont en place pour le développement de l'autonomie des patients et pour permettre l'évaluation de leurs besoins d'aide. A titre d'illustration, le centre de réhabilitation psychosociale a conçu un dispositif, Simuappart, permettant le développement de l'autonomie des patients et de favoriser leur rétablissement et leur empowerment. La prise en charge de la douleur est assurée toutefois la traçabilité de son évaluation et celle de sa réévaluation régulière ne sont généralement pas retrouvées. Le changement de DPI, intervenu en 2023, a nécessité la mise en place de nouveaux supports pour sensibiliser les professionnels à l'utilisation des échelles d'évaluation ainsi que la formation des professionnels à l'utilisation du nouveau logiciel et la traçabilité dans celui-ci. Des prescriptions « si besoin » sont réalisées, cependant, il a été constaté que les seuils de déclenchement des traitements ne sont pas systématiquement indiqués. Le CLUD est constitué mais est en cours de réactivation après la vacance de sa présidence. Au cours de la visite, l'établissement a fait preuve de réactivité en formalisant un plan d'actions visant la vérification des réévaluations pluriquotidiennes de la traçabilité de la douleur jusqu'à la fin de la prise en charge du patient, l'utilisation de l'espace dédié à la cotation de la douleur dans le nouveau DPI, la réalisation de quick-audit bi-mensuel et le rappel auprès des professionnels de l'importance de la cotation de la douleur avec une échelle adaptée. L'association et la présence des proches est encouragée et facilitée dans l'ensemble des services et pour toutes les prises en charge. Des locaux spécifiques sont aménagés pour l'accueil des familles. Un panel de soins et d'activités adapté est proposé pour tous les patients pour accompagner leur inclusion sociale. Le patient en situation de handicap ou de précarité bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates. Une permanence d'accès aux soins est disponible. La filière sociale participe à la préparation de la sortie des patients pour laquelle les conditions de vie habituelles sont prises en compte. Les besoins éducatifs des enfants hospitalisés sont assurés. Des réunions de coordination avec les professionnels de l'Education Nationale sont en place.

### Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

Paragraphe 1: l'ES demande d'apporter une précision dans la formulation " prise en charge, hospitalisation à temps plein, partielle ou ambulatoire"

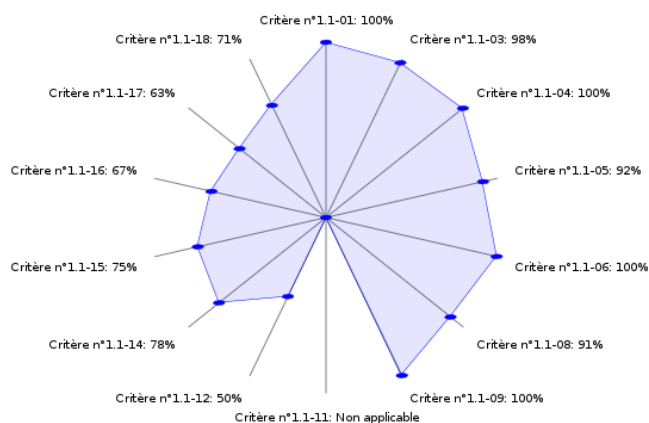
Paragraphe 16: l'ES demande un ajout à l'observation du coordonnateur, les éléments lui ayant été apportés en visite. "La confidentialité des informations est assurée. Toutefois, il a été observé dans deux unités que l'administration des médicaments étaient effectuées dans la salle à manger commune de l'unité. Cette organisation a été validée après évaluation par un groupe de travail car elle facilite la dispensation dans des unités particulières aux patients hospitalisés en moyen ou long cours."

Paragraphe 24: l'ES demande une rectification dans la formulation "Une permanence d'accès aux soins est disponible". "La filière sociale participe à la préparation de la sortie des patients pour laquelle les conditions de vie habituelles sont prises en compte. »

### Réponse de la HAS

Accepter partiellement

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



Score de l'objectif

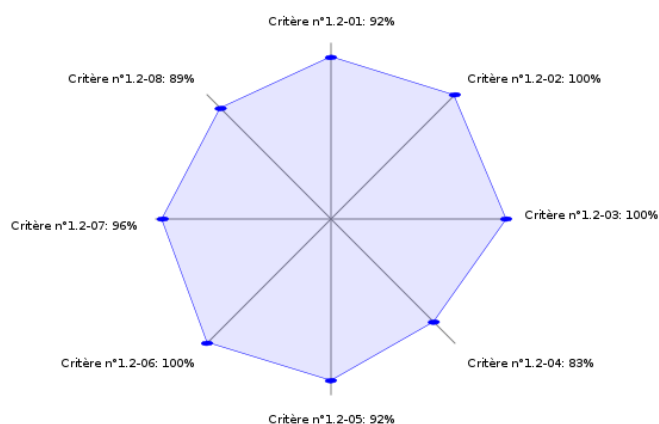
**84%**

Critères		
1.1-01	Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques	100%
1.1-03	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	98%
1.1-04	L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé	92%
1.1-06	Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur face à sa maladie ou sa prise en charge	100%
1.1-08	Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix	91%
1.1-09	Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour sa prise en charge	100%
1.1-11	Le patient est informé des produits sanguins labiles qui lui sont administrés	Non Applicable
1.1-12	En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge	50%
1.1-14	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	78%
1.1-15	Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs	75%
1.1-16	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile	67%
1.1-17	Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction	63%

1.1-18	Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur les modalités de sa prise en charge	71%
--------	---	-----



## Objectif 1.2 : Le patient est respecté.



Score de  
l'objectif  
**94%**

Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	92%
1.2-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.2-03	Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	100%
1.2-04	Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	83%
1.2-05	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant	92%
1.2-06	Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale	100%
1.2-07	Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité	96%
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	89%

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-161017

Critère concerné par la fiche anomalie : 1.2-08

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

Critère n°1.3-01: 96%



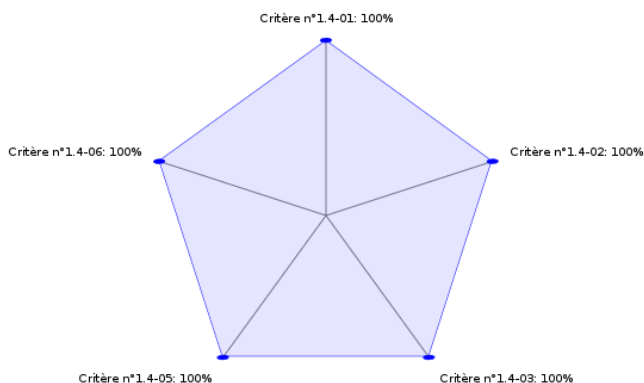
Critère n°1.3-03: 100%

Score de  
l'objectif

**98%**

Critères		
1.3-01	Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins	96%
1.3-03	La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visites, lorsque la situation le nécessite	100%

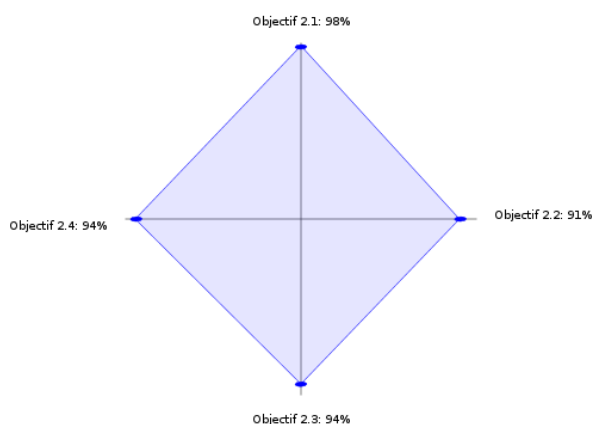
# Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge



Score de l'objectif  
**100%**

Critères		
1.4-01	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.4-02	Le patient vivant avec un handicap ou ses proches et/ou aidants exprime ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins	100%
1.4-03	Le patient mineur atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires adaptées à sa situation	100%
1.4-05	Le patient atteint de troubles psychiques bénéficie d'un panel de soins adapté et diversifié pour accompagner son inclusion sociale dans le cas où son état de santé le nécessite	100%
1.4-06	Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie	100%

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



Score du chapitre

**94%**

du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	98%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	91%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	94%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	94%

Dans l'ensemble des unités, la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée et validée au sein de réunions régulières pluridisciplinaires et de staffs cliniques. Les recommandations de bonnes pratiques sont disponibles et prises en compte. Les éventuelles mesures de restrictions de liberté ou de contention font l'objet d'une prescription médicale et sont continuellement revues. Les prescriptions d'antibiotiques sont argumentées et régulièrement réévaluées notamment entre la 24ème et 72ème heure. Le logiciel du dossier patient comprend un module spécifique pour la gestion des infections et de la prescription des antibiotiques. Cependant la formation des médecins à l'utilisation des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus n'est pas organisée. Un dossier du patient informatisé (DPI) est en place et est utilisé par les équipes. Le changement du logiciel est intervenu au cours de l'année 2023. L'ensemble des informations utiles à la prise en charge des patients sont tracées et accessibles dans le dossier. Techniquement, les équipes peuvent consulter le dossier médical de Mon Espace Santé mais cet usage est peu développé et en cours d'appropriation. La coordination des équipes a été constatée dans l'ensemble des parcours de soins entre les équipes soignantes et les équipes support. Des réunions régulières associent les professionnels des différentes équipes : hospitalisation complète, prise en charge ambulatoire, équipes mobiles, fonctions support. La conciliation médicamenteuse est organisée. Elle est mise en œuvre selon des critères définis relatifs à l'âge du patient et aux types de médicaments prescrits. Elle est réalisée à l'entrée du patient dans la totalité des situations et la conciliation de sortie est en cours de mise en œuvre. Chaque équipe peut faire appel aux expertises utiles et en particulier à celles de l'équipe interne chargée des soins somatiques ou celles du CHU d'Amiens. Cependant le recours à la téléexpertise est peu utilisé. La continuité de la prise en charge du patient est assurée pendant la phase de transition adolescent-adulte. Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé sont mis à jour. L'ensemble des patients bénéficient d'un examen et d'un suivi somatique dans des délais compatibles avec leur situation. Toutefois l'examen somatique des patients de la maison d'arrêt n'est pas réalisé dans les 24h suivant leur prise

en charge. Les équipes mobiles en place permettent un accès précoce aux soins en lien avec les médecins traitants et les partenaires du territoire. Néanmoins, dans les structures ambulatoires, les délais d'entrée en soins ne sont pas évalués. L'organisation des soins à la sortie est organisée avec les professionnels d'aval. Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient, adressée au médecin traitant et déposée de façon automatique dans le DMP dès sa validation médicale. Un bracelet est utilisé pour l'identification des patients. Un référent chargé de l'identitovigilance est désigné. Des affiches sont présentes dans les unités pour sensibiliser les professionnels et les patients sur la question de l'identité. Les différentes vigilances sont organisées et leurs modalités de fonctionnement sont diffusées. Le circuit du médicament est maîtrisé. Une démarche qualité est déployée. Les bonnes pratiques de prescription et de dispensation sont définies et mises en œuvre. La dispensation est nominative pour l'ensemble des spécialités y compris les stupéfiants. Un automate de surconditionnement est utilisé pour faciliter cette organisation. L'analyse pharmaceutique est effective sur la totalité des lignes de prescription. Les avis pharmaceutiques sont pris en compte. Des indicateurs permettent de suivre l'activité de dispensation pharmaceutique. Les bonnes pratiques d'administration des médicaments sont mises en œuvre. Sa traçabilité est réalisée en temps réel sur le logiciel de gestion du dossier patient. L'approvisionnement et le stockage des médicaments dans les unités de soins sont définies et le stockage des produits thermosensibles est assuré. Une armoire sécurisée informatisée permet de répondre aux besoins urgents. Les médicaments à risques (MAR) sont identifiés dans les armoires et chariots des services mais aussi au niveau du DPI et les professionnels rencontrés sont généralement informés de leurs caractéristiques et des mesures de surveillance à mettre œuvre. La liste de ces médicaments est adaptée à l'activité des unités. Cependant, il a été constaté une non-identification des MAR thermosensibles, rectifiée en visite. La pharmacie clinique est développée. Elle était l'un des objectifs du projet de service de la pharmacie. Les pharmaciens participent à des ateliers d'éducation sur les médicaments avec les patients dans les différents services de l'établissement, les hôpitaux de jour et réalisent des entretiens pharmaceutiques dans les CMP. L'information sur les traitements notamment au moment de la sortie est assurée. La coordination avec les services est organisée ; un temps de préparateur de pharmacie est mis à disposition, chaque mois, des cadres de proximité. Des évaluations de type quick-audits sont réalisés chaque trimestre dans l'ensemble des unités et une revue générale de l'organisation annuellement. Un système documentaire est tenu à jour. Les bonnes pratiques d'hygiène des mains sont appliquées. Les solutions hydroalcooliques sont disponibles et les équipes connaissent les indications de l'hygiène des mains lors des contacts avec les patients. Les prérequis à l'hygiène des mains sont très généralement respectés. Les consommations de solutions hydroalcooliques sont connues de l'EOH et les cadres mais généralement pas par les professionnels de terrain. Les précautions standards et complémentaires en matière de prévention du risque infectieux sont mises en œuvre. Les containers pour objets piquants coupants et tranchants sont disponibles. L'environnement du patient est propre. Des audits sont réalisés dans les unités par l'EOH sur la bonne application des précautions d'hygiène. Les obligations vaccinales pour les professionnels de santé sont respectées mais l'encadrement ne connaît pas le taux de vaccination des professionnels de son unité. Les recommandations vaccinales sont diffusées. Les équipes de soins prennent en charge les éventuels moments de violence du patient, des formations sont disponibles sur la gestion de ces derniers. Cependant cette dernière ne donne pas lieu à l'élaboration de plan de prévention partagé. Un groupe de travail institutionnel a été constitué pour leur déploiement. Le transport des patients est organisé. L'établissement a recours à une société spécialisée chaque fois que nécessaire. Les équipes engagent des démarches d'amélioration de leurs pratiques. Des audits et des évaluations de pratiques professionnelles sont réalisés. Les méthodes du Patient, du Traceur Ciblé et du Parcours Traceurs sont utilisées. Une évaluation de la pertinence de la prescription du médicament chez le sujet âgé est initiée. Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont recueillis et diffusés ainsi que les résultats des enquêtes de satisfaction des patients. La gestion des plaintes et réclamations est organisée. Le recueil de l'expérience patient est initié lors des rencontres soignants/patients mais des questionnaires spécifiques ne sont pas utilisés. Des patients et les représentants des usagers sont associés à la conception des questionnaires ou à l'analyse des résultats. Toutefois les représentants des usagers ne participent pas à la campagne de recueil de la satisfaction et de l'expérience du patient. Les événements indésirables associés aux soins sont déclarés et analysés selon une méthodologie permettant l'analyse systémique des causes et l'identification d'actions d'amélioration.

#### Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

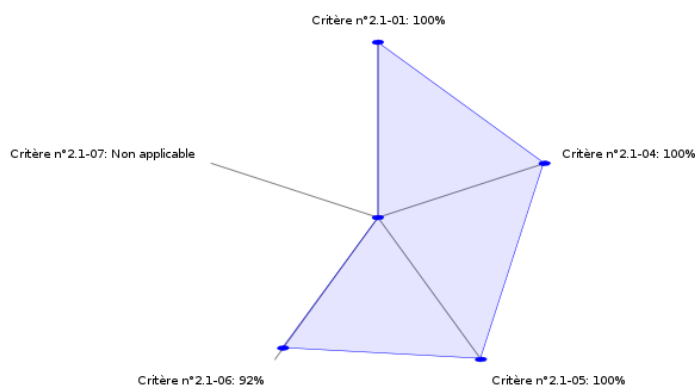
Paragraphe 21: l'ES demande d'apporter une précision sur la formulation "Les pharmaciens participent à des ateliers d'éducation sur les médicaments avec les patients dans les différents services de l'établissement, les Hopitaux de jour, et réalisent des entretiens pharmaceutiques dans les CMP. L'information sur les traitements notamment au moment de la sortie est assurée.

Paragraphe 24: l'ES demande une précision dans la phrase " Les consommations de solutions hydroalcooliques sont connues de l'EOH et des cadres mais généralement pas des services".

#### Réponse de la HAS

Accepter

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

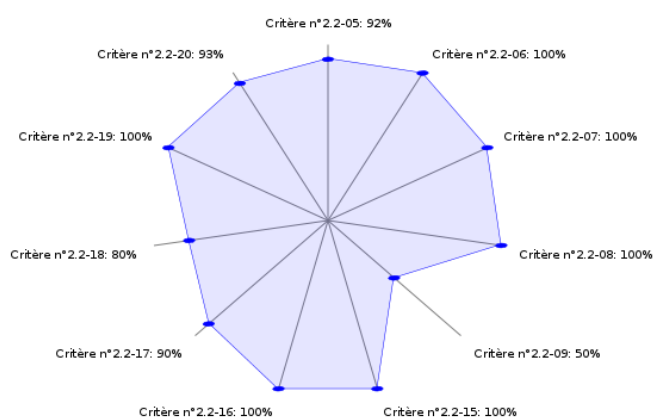


Score de l'objectif

**98%**

Critères		
2.1-01	La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.1-04	En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient.	100%
2.1-05	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitations des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée	100%
2.1-06	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	92%
2.1-07	La pertinence de la transfusion des produits sanguins labiles (PSL) est argumentée	Non Applicable

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

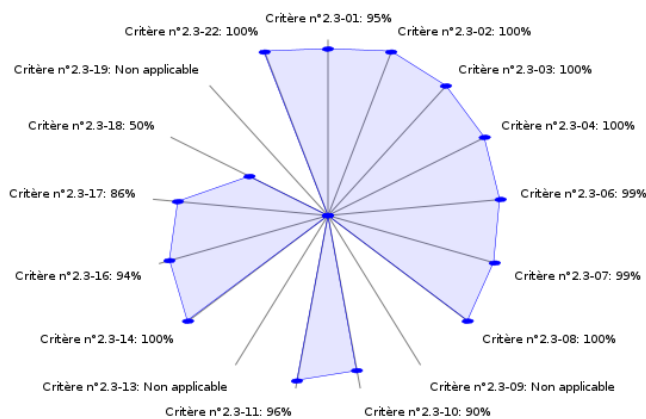


Score de l'objectif  
**91%**

Critères		
2.2-05	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté.	92%
2.2-06	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	100%
2.2-08	Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité	100%
2.2-09	L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise	50%
2.2-15	En phase de transition adolescent-adulte, les équipes (pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient	100%
2.2-16	Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical de Mon espace santé (DMP), sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins	100%
2.2-17	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	90%
2.2-18	En psychiatrie, la prise en charge ambulatoire permet un accès précoce aux soins psychiques	80%
2.2-19	Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie	100%
2.2-20	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soin	93%



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



Score de l'objectif  
**94%**

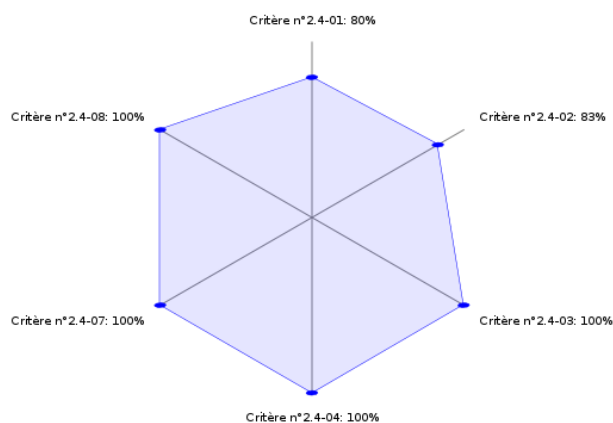
Critères		
2.3-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	95%
2.3-02	Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires	100%
2.3-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments	100%
2.3-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	100%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	99%
2.3-07	L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques	99%
2.3-08	Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie	100%
2.3-09	Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle	Non Applicable
2.3-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains	90%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	96%
2.3-13	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs	Non Applicable
2.3-14	Les équipes maîtrisent les risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates	100%
2.3-16	Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène	94%

2.3-17	Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé	86%
2.3-18	La gestion des récurrences d'épisodes de violence est anticipée et gérée avec le patient à l'aide d'un plan de prévention partagé	50%
2.3-19	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants	Non Applicable
2.3-22	Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé	100%

**Numéro de la fiche anomalie :** ANOM-160023

Critère concerné par la fiche anomalie : 2.3-06

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

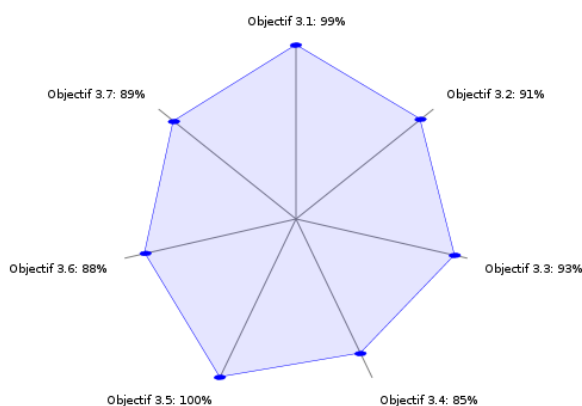


Score de l'objectif

**94%**

Critères		
2.4-01	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques.	80%
2.4-02	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction et l'expérience de leurs patients.	82%
2.4-03	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins.	100%
2.4-04	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés.	100%
2.4-07	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place.	100%
2.4-08	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mise en place	100%

# Chapitre 3 : L'établissement



Score du chapitre  
**92%**  
du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	91%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	93%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	85%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	88%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	89%

L'EPSM de la Somme participe et est acteur des projets territoriaux de parcours. Il a de nombreuses conventions de coopération avec les établissements sanitaires et médico-sociaux du territoire. Il est membre du GHT Somme Littoral Sud dont le CHU d'Amiens est l'établissement support. Il assure le pilotage de plusieurs thématiques du projet territorial de santé mentale notamment celles relatives à l'addictologie et l'infanto-juvénile. L'établissement a développé une politique « d'aller-vers » avec la mise en place d'un réseau de sites extra-hospitaliers pour les prises en charge ambulatoire, de consultations avancées et de plusieurs équipes mobiles. Il assure la prise en charge en santé mentale pour les détenus de la maison d'arrêt d'Amiens. Il a une organisation lui permettant d'avoir une visibilité sur ses capacités d'hospitalisation et le bureau des entrées assure la fonction de gestion de celle-ci. Un accès direct aux unités de soins est assuré pour les personnes âgées et les anxio-dépressifs. La préparation à la sortie est anticipée grâce à l'action de la PASS. Les structures ambulatoires établissent avec le médecin généraliste les liens nécessaires à la coordination de la prise en charge. Plusieurs modalités de communication sont déployées et permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter les services : site Internet ou supports d'information distribués dans les sites extra-hospitaliers. La messagerie sécurisée en santé est fonctionnelle mais son usage est peu utilisé par les équipes. L'alimentation du dossier médical partagé par la lettre de liaison est réalisée. Une commission chargée du développement de la recherche médicale est en place. Elle est présidée par un praticien du CHU. Un temps médical et paramédical dédié au développement de la recherche a été identifié et organisé. L'établissement recueille la satisfaction des patients. Des réunions

soignants/soignés sont organisées dans les unités et permettent le recueil de l'expérience patient. Un projet de développement de la pair-aidance est défini. Des actions d'éducation thérapeutique sont en place. Cependant des questionnaires spécialisés de type PREMS ou PROMS pour le recueil de l'expérience patient ne sont pas utilisés. L'établissement favorise l'implication des associations dans son fonctionnement comme l'ont souligné les représentants des usagers rencontrés. Des supports sont déployés pour l'information des patients : livret d'accueil et affichages. Les professionnels sont formés aux bonnes pratiques de communication. Les plaintes et réclamations sont connues et prises en compte par les instances et les équipes. L'hôpital veille à la bientraitance et a formalisé une charte formalisant son engagement sur cette thématique. Les formations des professionnels sont assurées. Une évaluation des pratiques professionnelles est en cours. Un comité éthique est constitué. Les signalements et les risques dans ce domaine sont suivis. Le repérage et la prise en charge des situations de maltraitements sont organisées. Les bonnes pratiques sont diffusées. La formation des professionnels est organisée. Les assistantes sociales assurent un travail de recensement des éventuelles situations de maltraitance. Toutefois l'évaluation de l'effectivité des actions de repérage n'est pas réalisée. Les professionnels assurent l'accès des bâtiments aux patients en situation de handicap et il n'a pas été observé de difficulté particulière. Des chambres dites PMR (personnes à mobilité réduite) sont réservées à l'accueil des patients utilisant des fauteuils roulants. L'accès aux soins des personnes vulnérables est garanti sur l'ensemble des secteurs de l'hôpital. Une permanence d'accès aux soins de santé est en place. L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier. La commission des usagers est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre. L'accès aux innovations pour les patients est recherché et l'établissement collabore avec le CHU d'Amiens dans le domaine de la recherche sur plusieurs projets. Un projet des usagers est formalisé et inclus dans le projet d'établissement. La CDU est régulièrement informée des projets de l'EPSM. Les représentants des usagers ont connaissance des plaintes et réclamations, des événements indésirables graves, des EIAS, des réponses aux questionnaires de satisfaction. La gouvernance pilote une politique qualité et sécurité des soins. Les orientations prioritaires sont définies en associant les instances, les professionnels et les représentants des usagers. Des actions concrètes sont déclinées dans les unités. Cependant l'évaluation de la culture qualité et sécurité des soins des professionnels n'est pas réalisée. L'adéquation des ressources humaines aux activités est une préoccupation de la gouvernance en particulier dans le contexte de tensions liées aux recrutements. L'évaluation des professionnels est en place. Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management. Le travail en équipe est organisé et promu dans l'ensemble des unités. La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux est organisée. Des transmissions et des staffs sont réalisés. Les temps d'échanges entre les professionnels et entre les équipes sont nombreux et organisés. Un comité Ethique est en place. L'EPSM a défini et déploie une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail comme un levier pour l'attractivité et la fidélisation de ses personnels. Des fonctions sont identifiées pour soutenir les professionnels : service de santé ou psychologue du travail. La gestion de crise et des tensions hospitalières est définie. Les situations à risques auxquelles l'établissement pourrait être confronté ont été revues. Le plan blanc est formalisé. La CUMP de la Somme est située sur l'établissement et participe à des exercices avec le SAMU du CHU. Toutefois des exercices d'entraînements ne sont pas réalisés régulièrement sur l'établissement. L'hôpital dispose d'un plan de sécurisation et veille à la prévention des atteintes aux personnes et aux biens. Des formations à la gestion de la violence sont organisées. Des outils de protection du travailleur isolé, PTI, sont déployés. Les enjeux du développement durable sont connus et font l'objet d'un plan d'actions. Des commissions spécialisées ont été mises en place. Des actions de sensibilisation sont conduites auprès des professionnels. Un plan de sobriété énergétique est déployé. La filière de gestion des déchets a été revue mais le tri de l'ensemble des types de déchets n'est pas finalisé. La prise en charge des urgences vitales est organisée dans l'enceinte de l'établissement. Un numéro unique est défini et est connu. Des formations sont réalisées. Le matériel utile à la prise en charge d'une urgence est disponible. Cependant, au sein de la maison d'arrêt l'organisation en place pour la prise en charge médicale et soignante des détenus ne permet pas une réponse rapide. En effet, la prise en charge des détenus est assurée pour les soins somatiques par le CHU d'Amiens et pour la psychiatrie par l'EPSM de la Somme. Les deux équipes présentes ne sont pas situées au même niveau du fait de la configuration des locaux. En cas d'urgence vitale lors des activités de l'HDJ, les

professionnels de l'hôpital alertent le surveillant de la pénitencière via leur PTI ou un bouton d'alerte situé dans les bureaux médicaux. C'est l'agent de la pénitencière qui déclenche une alarme qui arrive à l'équipe du CHU qui éventuellement appelle le SAMU (via le 15) qui descend avec le sac d'urgence. L'alerte déclenchée par le surveillant peut aussi concerner une situation de violence et pas seulement une urgence vitale. L'ensemble des professionnels est formé aux gestes d'urgence et une présence médicale est permanente sur la durée des activités de l'HDJ. L'équipe de l'EPSM de la Somme ne dispose pas de sac d'urgence qui est géré par l'équipe du CHU. Au cours de la visite, une affiche précisant la conduite à tenir pour l'appel direct au SAMU par l'équipe de l'HDJ de l'EPSM a été mise en place au cours de la visite et un plan d'actions d'amélioration programmé. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue des soins en référence à sa politique qualité. Un programme d'amélioration qualité est défini et régulièrement mis à jour. Les résultats des enquêtes de satisfaction, les analyses des plaintes et réclamations, des événements indésirables et les recommandations de la commission des usagers sont intégrés dans le programme d'actions qualité. Cependant les actions pouvant découler du recueil l'expérience patient ne le sont pas. Des audits sont régulièrement réalisés mais les revues de pertinence sont peu développées. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins et les analyses des événements indésirables sont recueillis et analysés à l'échelle de l'établissement. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :? Systématiser la traçabilité des évaluations et réévaluation de la douleur ainsi que le seuil de déclenchement des traitements en si besoin Déployer un plan de prévention de la gestion des récurrences de violence Pérenniser la confidentialité lors de la prise de traitement en salle à manger commune Pérenniser l'appropriation par les patients de leurs droits Développer les revues de pertinence Evaluer les délais d'entrée d'accès aux soins dans les structures ambulatoires Formaliser le recueil de l'expérience et intégrer les actions d'amélioration qui en découlent dans le PAQSS Mettre en place la formation des médecins sur les antibiotiques en cours de cursus

#### Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

Paragraphe 2: l'ES demande une rectification de la phrase " il assure le pilotage de plusieurs thématiques du projet territorial de santé mentale notamment celles relatives à l'addictologie et l'infanto-juvénile" : l'EPSM pilote le PTSM ainsi que les 2 filières du GHT (addictologie et psychiatrie/infanto-juvénile et santé mentale)"

Paragraphe 5: l'ES demande d'ajouter une précision "Un accès direct aux unités de soins est assuré pour les personnes âgées, l'addictologie et les anxio-dépressifs."

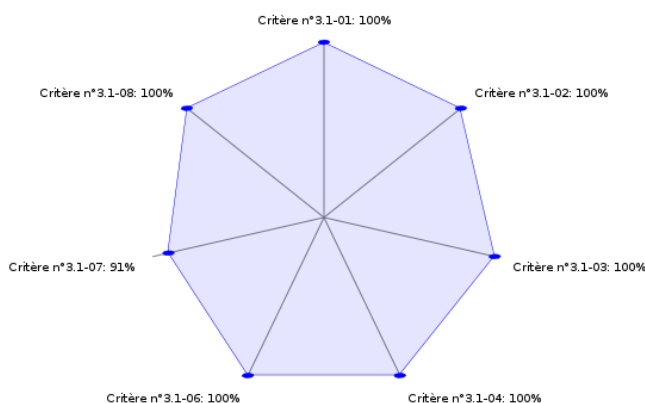
Paragraphe 6: l'ES demande une rectification de la phrase " la préparation à la sortie est anticipée grâce à l'action de l'ensemble des acteurs de la filière sociale" (la PASS œuvre pour l'accès aux soins).

Paragraphe 8: l'ES demande d'apporter une précision "Une commission chargée du développement de la recherche médicale est en place. Elle est présidée par un PU-HP du CHU."

#### Réponse de la HAS

Accepter

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

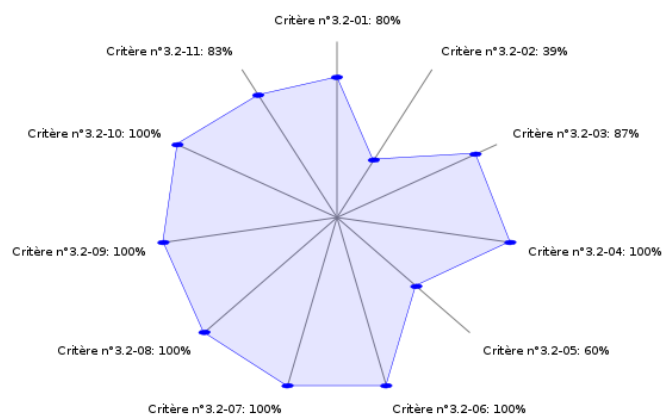


Score de l'objectif

**99%**

Critères		
3.1-01	L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours.	100%
3.1-02	L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou extraterritoire dans le cas d'activités de recours	100%
3.1-03	L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM)	100%
3.1-04	L'établissement a mis en place des modalités de collaboration entre les services ambulatoires de psychiatrie et la médecine générale de ville	100%
3.1-06	L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales	100%
3.1-07	Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément	91%
3.1-08	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	100%

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



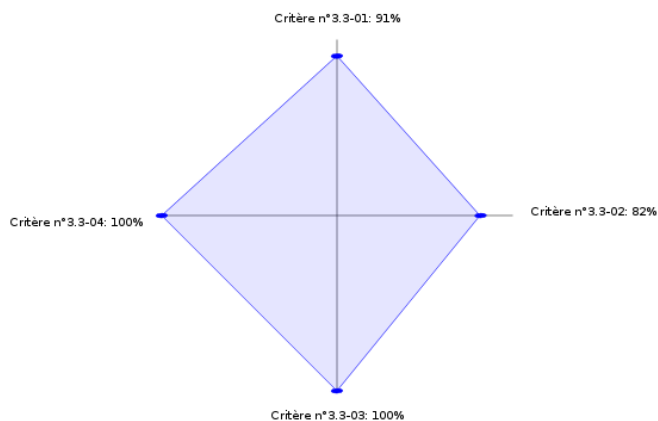
Score de l'objectif

**91%**

Critères		
3.2-01	L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient	80%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	39%
3.2-03	L'établissement a une communication centrée sur le patient	87%
3.2-04	L'établissement veille à la bienveillance	100%
3.2-05	L'établissement participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients.	60%
3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein	100%
3.2-07	L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap	100%
3.2-08	L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, qu'il dispose ou non de missions spécifiques en la matière	100%
3.2-09	L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier	100%
3.2-10	L'établissement porteur ou non de missions institutionnelles de recherche clinique favorise l'accès aux innovations pour les patients	100%
3.2-11	L'établissement implique des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement	83%



## Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership

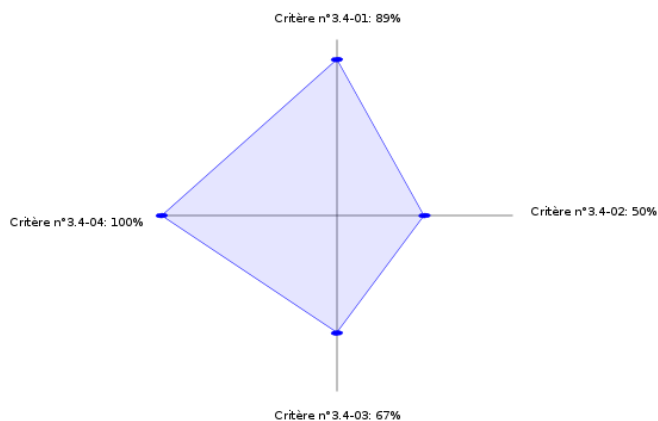


Score de l'objectif

**93%**

Critères		
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	91%
3.3-02	L'établissement soutient une culture de sécurité des soins	82%
3.3-03	La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.3-04	Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management	100%

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



Score de l'objectif

**85%**

Critères		
3.4-01	La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe	89%
3.4-02	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	50%
3.4-03	Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées	67%
3.4-04	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	100%

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

Critère n°3.5-01: 100%



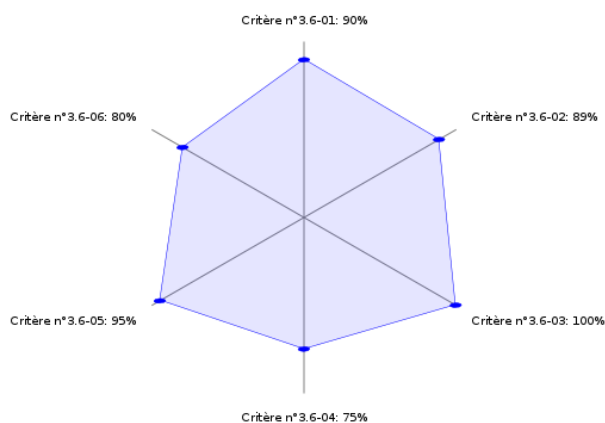
Critère n°3.5-02: 100%

Score de  
l'objectif

**100%**

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

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



Score de l'objectif

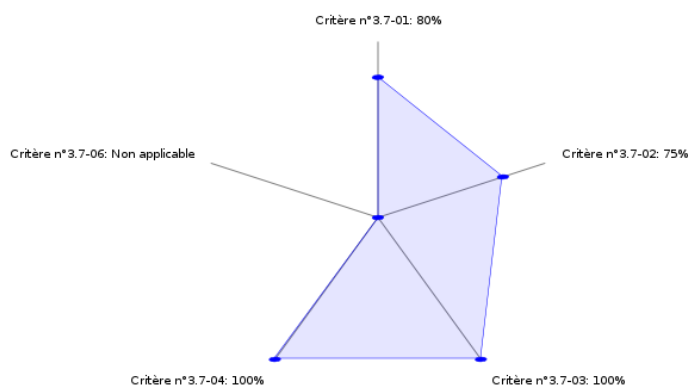
**88%**

Critères		
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	90%
3.6-02	Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés	89%
3.6-03	La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée	100%
3.6-04	Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés	75%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	95%
3.6-06	L'identification des utilisateurs et des patients dans le système d'information est sécurisée.	80%

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-164026

Critère concerné par la fiche anomalie : 3.6-05

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



Score de l'objectif

**89%**

Critères		
3.7-01	La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques	80%
3.7-02	L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité	75%
3.7-03	L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins	100%
3.7-04	L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'évènements indésirables liées aux soins.	100%
3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	Non Applicable

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- Annexe 3. Programme de visite
- Annexe 4. Fiches Anomalies
- Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins

## Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	800000119	ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE DE LA SOMME	Route de paris 80044 AMIENS CEDEX 1 FRANCE
Établissement géographique	800020687	EPSM DE LA SOMME - CONSULTATIONS FEDERATION INTERSECTORIELLE DE PEDOPSYCHIATRIE	7 Avenue du Danemark 80000 AMIENS FRANCE
Établissement géographique	800020679	EPSM DE LA SOMME - CATTP CHS PINEL PSYCHOGERIATRIE	CATTP DE PSYCHOGERIATRIE 64 rue du Vivier 80021 AMIENS FRANCE
Établissement géographique	800019440	EPSM DE LA SOMME - CMP 80I01 FLIXECOURT (Antenne)	CMP 80I01 FLIXECOURT ENFANTS Rue Ambroise Croizat 80420 FLIXECOURT FRANCE
Établissement géographique	800019515	EPSM DE LA SOMME CMP 80G04	CMP ET CATTP DOULLENS ADULTE 4 route de saint pol 80600 DOULLENS FRANCE
Établissement géographique	800019457	EPSM DE LA SOMME - CMP 80I01 DOULLENS (Antenne)	CMP 80I01 DOULLENS ENFANTS Rue du bois de sapin 80600 DOULLENS FRANCE
Établissement géographique	800019473	EPSM DE LA SOMME - CMP 80G02 CORBIE (Antenne)	CMP CORBIE ADULTE 6 rue du Quai 80800 CORBIE FRANCE
Établissement géographique	800019499	EPSM DE LA SOMME - CMP 80I02 CORBIE (Antenne)	CMP CORBIE 80I02 ENFANTS 33 rue Gambetta 80800 CORBIE FRANCE
Établissement géographique	800019481	EPSM DE LA SOMME - CMP 80G01 HORNOY-LE-BOURG	CMP CATTP HORNOY LE BOURG ADULTE 3 rue d'Airaines 80640 HORNOY LE BOURG FRANCE
Établissement géographique	800016263	EPSM DE LA SOMME - HDJ POUR ADOLESCENTS LE ROMANEE TCA	HDJ ADOLESCENTS LE ROMANEE TCA 7 avenue du danemark 80000 Amiens FRANCE

Établissement géographique	800016230	EPSM DE LA SOMME - CMP 80I01 FEURRE	CMP 80I01 PEDOPSYCHIATRIE 2 place au feurre 80000 Amiens FRANCE
Établissement géographique	800015026	EPSM DE LA SOMME - HDJ 80G08 DELPECH LES FOUGÈRES	HDJ LES FOUGERES ADULTE 65 rue delpech 80000 Amiens FRANCE
Établissement géographique	800009730	EPSM DE LA SOMME - HDJ - HJ - CMP INTERSECTORIEL SESAME / ELSA	CENTRE D'ADDICTOLOGIE SESAME 464 rue saint-fuscien 80000 Amiens FRANCE
Établissement géographique	800001133	EPSM DE LA SOMME - HDJ INTERSECTORIEL LES 3 BAIES	HDJ LES 3 BAIES ADULTE Chemin des foulons 80480 DURY FRANCE
Établissement géographique	800016255	EPSM DE LA SOMME - CMP 80I02 LE BELVEDERE	CMP 80I02 PEDOPSYCHIATRIE 275 rue jules barni 80000 Amiens FRANCE
Établissement géographique	800016172	EPSM DE LA SOMME - CMP 80G01 CAPAS	CMP AMIENS VIVIER ADULTE 64 bis rue du vivier 80000 Amiens FRANCE
Établissement géographique	800018822	EPSM DE LA SOMME - HDJ 80G04 DAUMEZON 80I02 FARANDOLE	HDJ DE PEDOPSYCHIATRIE LA GRANDE OURSE LA CAPUCINE ET HDJ DAUMEZON ADULTE 6 rue alexandre dumas 80000 AMIENS FRANCE
Établissement géographique	800017444	EPSM DE LA SOMME - CATTP 80I02 DUMAS	CATTP SUD ENFANTS 80I01 6 rue alexandre dumas 80000 AMIENS FRANCE
Établissement géographique	800017436	EPSM DE LA SOMME - CATTP 80I01 FEURRE	CATTP NORD ENFANTS 80I01 2 BIS place au feurre 80000 AMIENS FRANCE
Établissement géographique	800016719	EPSM DE LA SOMME - PFT LE ROMANEE	PFT DE PEDOPSYCHIATRIE 7 avenue du danemark 7 avenue du danemark 80000 AMIENS FRANCE
Établissement géographique	800016701	EPSM DE LA SOMME - CATTP POUR ENFANTS LE ROMANEE	CATTP ADOLESCENTS LE ROMANEE 7 avenue du danemark 7 avenue danemark



			80000 AMIENS FRANCE
Établissement géographique	800003659	EPSM DE LA SOMME - HJ 80P01 SMPR	SMPR 85 avenue de la defense passive 85 avenue de la défense passive 80030 Amiens FRANCE
Établissement géographique	800016164	EPSM DE LA SOMME - CATTP 80G01 CAPAS	CATTP AMIENS DELPECH ADULET 65-67 RUE DELPECH 80000 Amiens FRANCE
Établissement géographique	800016206	EPSM DE LA SOMME - AT INTERSECTORIEL ARC- EN-CIEL	AT READAPTATION TRAVAIL ARC EN CIEL 2 place au feurre 80000 Amiens FRANCE
Établissement principal	800000457	EPSM DE LA SOMME	ET PUBLIC DE SANTE MENTALE DE LA SOMME Route de paris 80044 AMIENS FRANCE

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024

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

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
3	Audit système	Engagement patient		
4	Audit système	Leadership		
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
7	Audit système	Entretien Professionnel		
8	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
9	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
10	Audit système	Coordination territoriale		
11	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique et/ou un Médicament à risque per os ou injectable
12	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
15	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Audit système	Risques numériques – Professionnels		

17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Audit système			
19	Audit système			
20	Audit système			
21	Audit système			
22	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
23	Audit système			
24	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque et/ ou un antibiotique per os
25	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
26	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire	

27			Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
28	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
29	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
30	Audit système			
31	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
32	Audit système			
33	Audit système			
34	Traceur ciblé			EI presque grave ou EIG selon liste fourni par l'ES
35	Audit système			

36	Audit système			
37	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
38	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque et/ ou un antibiotique injectable
39	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
40	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
41	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
42	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
43	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

44	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
----	------------------	--	---	--



## Annexe 4. Fiches Anomalies

### Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-161017	22 January, 2024	1.2	Patient traceur
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Eric GLUSZAK	GRIX-207161	1.2-08	

### Anomalies observées

Expert visiteur:

Grix 207161 . Patient âgé de 48 ans , hospitalisé depuis 1 an dans un contexte de schizophrénie , ne pouvant plus vivre seul suite au décès de sa mère avec qui il vivait. Stabilisé sur le plan psychiatrique. En attente d'une place en foyer de vie. En cours de bilan pour dyskinésies (suspicion Chorée); A des douleurs cervicales sur tension musculaire , une antalgie par Contramal et Ibuprofène est prescrite en systématique avec Doliprane en si besoin. Le patient est douloureux avec EVN réalisé une fois par jour cotée 4 ou 5 sans réévaluation , ni prescription de seuil d'administration de l'antalgie. Dans les transmissions des IDE il est noté : le patient reste couché car trop douloureux pour être debout , s'allonge sur le sol dans la pièce de vie en raison des douleurs , s'allonge sur la table pendant le repas en raison douleurs. Suite à ces transmissions aucune traçabilité dans le dossier patient d'actions mises en place. La cadre de santé me précise qu'il n'y a pas de procédure "douleur" dans le service. (critère 1-2-08 ) .

Observations établissement:

*pas de commentaires*

Réponse HAS:

L'ES n'a pas formulé d'observations

Accepter

### Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

Le patient n'est pas soulagé complètement et durablement de la douleur.

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

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?	Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?
Lors de la précédente certification l'item Douleur était signalé comme axe d'amélioration. Actuellement il n'y a pas de procédure ou protocole douleur validé par le Clud ou la CME.	Il n'existe pas de procédure douleur dans le service unité de soins Marcé Nord selon la cadre de santé. Le médecin présent m'a confirmé qu'il n'existe pas de procédure d'administration de l'antalgie. Des actions sont-elles inscrites dans un programme

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

Réalisation d'Audit en 2021 et 2022. Actions reconduites au PACSS en 2021 et 2022.

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

Réalisation d'Audit en 2021 et 2022.

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

Pour 2024 : Changement de présidence au Clud à pourvoir , protocoles douleur obsolètes à revoir .

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

Non car les actions sont reconduites pour 2024.

#### Observations établissement:

*Connaissance du problème par l'établissement : oui (recommandation HAS)*

*Analyse du risque /écart par le CLUD et dans le plan d'action qualité*

*Proposition d'actions d'amélioration avec pilote et échéances*

*Evaluations régulières (audits internes et IQSS) avec plan d'actions*

*Evaluation de la satisfaction de la prise en charge de la douleur dans les questionnaires de sortie.*

*Prise en compte immédiate de l'écart avec réajustement par une action corrective dans le service et inscription au prochain CLUD mars 2024.*

#### Réponse HAS:

La HAS tient compte de la dynamique de l'ES, cependant, celles-ci ne modifient pas le constat réalisé en visite

Accepter partiellement

#### Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

Au niveau institutionnel, un CLUD est constitué et il dispose d'un plan annuel d'actions d'amélioration de la qualité. Cependant ce dernier ne s'est pas réuni entre mars 2022 et novembre 2023 et a peu fonctionné après la période COVID. La présidence de l'instance a été vacante pendant plusieurs mois.

L'IQSS douleur est renseigné et sa valeur pour 2023 est de 62% ; la valeur 2022 était de 82%.

La valeur de l'indicateur 2023 est liée en partie aux résultats relatifs à l'absence de traçabilité de la réévaluation de douleur et à celle de la stratégie de prise en charge de celle-ci.

Un quick-audit a été réalisé en juillet 2023 et ses résultats confirment les résultats de l'IQSS.

Un livret douleur est utilisé pour la sensibilisation des professionnels à la prise en charge de la douleur ; les différentes échelles d'évaluation y sont décrites et la nécessité de tracer l'évaluation initiale de la douleur ainsi que sa réévaluation sont rappelées.

Un changement de DPI est intervenu en 2023 et a nécessité la mise en place de nouveaux supports de traçabilité et la formation des personnels à l'utilisation du nouveau logiciel.

Depuis 2018, la question des protocoles de prise en charge de la douleur est inscrite dans les différents plans d'actions annuels et en particulier ceux dits « si besoin ». Le CLUD, dans sa réunion du 8 novembre 2023, identifie la validation des protocoles comme un objectif ainsi que la relance du fonctionnement de l'instance dont la présidence est assumée par le président de la CME.

Au cours de la visite, l'établissement a fait preuve de réactivité en formalisation un plan d'actions visant la vérification des réévaluations pluriquotidienne de la traçabilité de la douleur jusqu'à la fin de la prise en charge, l'utilisation de l'espace dédié à la cotation de la douleur du nouveau DPI, la réalisation de quick-audit bi-mensuel et le rappel auprès des équipes de l'importance de la cotation de la douleur avec une échelle identifiée.

#### Observations établissement:

*Mise en place d'actions correctives immédiates dans le service MARCE : Plan d'action au 22/01/2024 Complément d'information au plan d'action mis en place prescription personnalisée réajustée en cas de douleur avec palier douleur et fréquence de réévaluation par le médecin généraliste.*

#### Réponse HAS:

La HAS tient compte de la dynamique de l'ES, cependant, celles-ci ne modifient pas le constat réalisé en visite

Accepter partiellement

## Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-160023	22 January, 2024	2.3	Patient traceur
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Lucile BONNARDEL	GRIX-207164	2.3-06	

## Anomalies observées

Expert visiteur:

Observations établissement:

sans commentaire

Réponse HAS:

L'ES n'a pas formulé d'observations

Accepter

## Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

Visite de la pharmacie de l'unité Falret au cours des observations du patient traceur (-grille 207164). Les IDE connaissent la liste des médicaments à risque et peuvent me montrer l'affichage dans la pièce au dessus du chariot des médicaments. Pour chaque "rail" nominatif, une petite fiche est mise avec le nom du médicament à risque que reçoit le patient. De plus les médicaments à risque sont signifiés sur sillage avec un petit logo attention que cela soit sur la prescription médicale que sur le plan de soins des IDE.

Problématique: Dotation par unité de soins. La lantus (insuline) est identifiée par l'établissement comme un médicament à risque. Elle est stockée dans le frigo de l'unité (traçabilité surveillance des températures à jour) sans aucune identification comme étant un médicament à risque.

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

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

Non. Information lors de la visite HAS

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

OUI

médicaments à risque des patients bien identifiés dans chaque rail nominatif ainsi que sur le logiciel informatique sillage de prescription et de surveillance de la délivrance.

question des médicaments à risque de la dotation générale des unités comme le cas présent.

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement

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

Sensibilisation des équipes par le personnel de la pharmacie dans les unités cliniques de l'EPSM

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

Correction de l'anomalie immédiate avec mise en place d'un bac médicament à risque dans chaque frigo ainsi qu'un étiquetage

réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?  
Oui  
2\*2h de temps de préparatrice dans chaque unité pour formation, évaluation de la pharmacie de chaque unité.  
Inspection général annuelle avec Procès verbal fait par le pharmacien annuel.

fréquence et/ou la gravité du risque  
OUI disparition du risque. Action faite en visite avec résolution complet du risque. Observations faites dans les différentes unités visitées à partir du 2eme jour de visite.

Observations établissement:

Amendement immédiat de la procédure des médicaments à risque.

Réponse HAS:

La HAS tient compte de la dynamique de l'ES, cependant, celles-ci ne modifient pas le constat réalisé en visite dans l'unité Falret.

Il a été pris acte de la réactivité de l'établissement lors des autres traceurs ou observations effectués au cours de la visite.

Accepter

### Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

La gestion des médicaments à risques est organisée. Une liste revue régulièrement est en place dans chaque unité de soins. L'identification des médicaments avec un logo distinctif est en place. Ce logo est également intégré dans le DPI. La sensibilisation des professionnels est assurée. Des affichages sont en place et le support d'information sur les risques est également disponible dans le chariot des médicaments préparés par la pharmacie.

La pharmacie a mis en place des bacs avec l'affichage « médicament à risques » dans chaque réfrigérateur pour permettre de les distinguer des autres médicaments qui y sont conservés. L'action correctrice a été mis en place à la suite des échanges réalisés lors du bilan journalier. Elle a été constatée lors des observations suivantes.

Observations établissement:

Complément au plan d'action réalisé: Effectuer des quicks audits sur le stockage des médicaments à risque avec présence du pictogramme, avec restitution immédiate (mise en place dans les 3 mois).

Réponse HAS:

Il est pris acte du plan d'actions de l'établissement.

Accepter

## Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-164026	24 January, 2024	3.6	Parcours traceur
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Carmen SINGOU	GRIX-207177	3.6-05	

## Anomalies observées

Expert visiteur:

Absence d'affiche.

Pas de numéro unique, c'est la pénitencière qui alerte les équipes du CHU qui déclenche le 15.

Observations établissement:

Dispositif en place ayant recours au Dispositif de soins somatique "DSS" pour l'accès au sac d'urgence et l'appel SAMU.

Réponse HAS:

La HAS tient compte de la dynamique de l'ES, cependant, celles-ci ne modifient pas le constat réalisé en visite

Refuser

## Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

retard de prise en charge de l'urgence vitale.

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

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

L'établissement est au fait de l'anomalie et des actions correctrices sont en cours	Les agents sont tous formés à l'AFGSU. Il y a toujours un médecin sur place .
---	--

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?	Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?
--	--

formalisation d'une procédure	non
-------------------------------	-----

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?	Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque
---	---

non	non
-----	-----

Observations établissement:

L'articulation entre le dispositif de soins somatique (DSS CHU) et dispositif de soins psychiatriques (DSP) est nécessaire pour analyser en profondeur les conséquences et trouver une articulation efficace dans tous les cas.

L'USMP est dans les locaux de la pénitencière ce qui nécessite également de les associer à la réflexion en particulier pour l'emplacement du DSA.

Dans l'attente d'une proposition conjointe entre tous les partenaires, le service de l'HDJ affiche dans ses locaux l'affiche comportant les consignes à transmettre au SAMU par appel au n0 015. Cette affiche indique l'emplacement le plus proche du sac d'urgence et du DSA.

Réponse HAS:

La HAS tient compte de la dynamique de l'ES, cependant, celles-ci ne modifient pas le constat réalisé en visite

Refuser

## Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

La prise en charge des détenus à la maison d'arrêt d'Amiens est assurée pour les soins somatiques par le CHU d'Amiens et pour la psychiatrie par l'EPSM de la Somme. Les deux équipes présentes ne sont pas situées au même niveau du fait de la configuration des locaux. En cas d'urgence vitale lors des activités de l'HDJ, les professionnels de l'EPSM alertent le surveillant de la pénitencière via leur PTI ou le bouton d'alerte situé dans les bureaux médicaux. C'est l'agent de la pénitencière qui déclenche une alarme qui arrive à l'équipe du CHU qui éventuellement appelle le SAMU (via le 15) qui descend avec le sac d'urgence. L'alerte déclenchée par le surveillant peut aussi concerner une situation de violence et pas seulement une urgence vitale.

L'ensemble des professionnels est formé aux gestes d'urgence et une présence médicale est permanente sur la durée des activités de l'HDJ. L'équipe de l'EPSM de la Somme ne dispose pas de sac d'urgence qui est géré par l'équipe du CHU.

Une affiche précisant la conduite à tenir pour l'appel direct au SAMU par l'équipe de l'HDJ de l'EPSM a été mise en place au cours de la visite.

Observations établissement:

Articulation et formalisation du dispositif « urgences vitales » dans les 3 mois.

Vérification de la connaissance du dispositif, des affichages, réalisation d'un exercice.

Réponse HAS:

La HAS tient compte de la dynamique de l'ES, cependant, celles-ci ne modifient pas le constat réalisé en visite

Refuser

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

