



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE
PSYCHOTHERAPIQUE DE
L'ORNE

31 rue anne-marie javouhey
Bp 358
61014 Alençon
JUILLET 2021

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	11
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	11
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	11
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	11
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	11
5. SUIVI DE LA DÉCISION	11
PROGRAMME DE VISITE	12
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	12
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	12
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	13
DROITS DES PATIENTS	14
ANNEXE	21

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'ORNE	
Adresse	31 rue anne-marie javouhey 61014 Alençon
Département / région	ORNE / NORMANDIE
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	610006652	GCS CHIC ALENCON MAMERS CPO ET SIEGE	25 rue de fresnay 61000 ALENCON
Entité juridique	610780025	CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'ORNE	31 rue anne-marie javouey Bp 358 61014 Alençon
Etablissement de santé	610788713	G05 - HOPITAL DE JOUR ARGENTAN	Place marsac 61200 Argentan
Etablissement de santé	610005589	G05 - CMP PERSONNES AGEES ALENCON	76 bis rue jullien 61000 Alençon
Etablissement de santé	610788705	IJ - HOPITAL DE JOUR ARGENTAN	16 rue de la vicomté 61200 Argentan
Etablissement de santé	610790394	CENTRE DE THERAPIE FAMILIALE - ADULTES	25 rue anne-marie javouhey 61000 ALENCON
Etablissement de santé	610004053	IJ - CATTP ARGENTAN	16 rue de la vicomté 61200 Argentan
Etablissement de santé	610005738	IJ - EQUIPE MOBILE ADOLESCENTS - ALENCON	10 rue du moulin de lancrel 61000 ALENCON

Etablissement de santé	610787467	G05 - CMP LA FERTE MACE	Rue soeur boitier Hopital 61600 La Ferte Mace
Etablissement de santé	610787566	IJ - CMP ARGENTAN	16 rue de la vicomté 61200 Argentan
Etablissement de santé	610787517	IJ - CMP ALENCON	93/95 rue de lancrel 61000 Alencon
Etablissement de santé	610787491	G04 - CMP BELLEME	Place boucicault 61130 Belleme
Etablissement de santé	610008864	G04 - CATTP VIMOUTIERS	60 rue pont vautier 61120 VIMOUTIERS
Etablissement de santé	610787574	IJ - CMP LA FERTE MACE	Rue soeur marie boitier 61600 La Ferte Mace
Etablissement de santé	610790552	IJ - CATTP MORTAGNE	6 rue du colonel guérin 61400 Mortagne Au Perche
Etablissement de santé	610787434	G05 - CMP ARGENTAN	45bis rue aristide briand 61200 Argentan
Etablissement de santé	610790560	ATELIER THERAPEUTIQUE : ATELIER D'EXPRESSION SITE D'ALENCON	31 rue anne-marie javouhey 61014 Alencon
Etablissement de santé	610004004	IJ - CATTP L'AIGLE	11 rue porte rabel 61300 L'Aigle
Etablissement de santé	610790487	G04 - CATTP L'AIGLE	75 rue saint jean 61300 L'Aigle
Etablissement de santé	610790339	G04 - CMP MORTAGNE	9 rue de longuy 61400 Mortagne-Au-Perche

Etablissement de santé	610004046	IJ - CATTP FLERS	269 rue jacques prévert 61100 Flers
Etablissement de santé	610004020	IJ - CATTP VIMOUTIERS	3 rue abbe crestey 61120 Vimoutiers
Etablissement de santé	610004012	IJ - CATTP BELLEME	Place boucicault 61130 Belleme
Etablissement de santé	610790537	G05 - CATTP ARGENTAN	45 bis rue aristide briand 61200 Argentan
Etablissement de santé	610002578	G04 - CATTP MORTAGNE	9 rue de longny 61400 MORTAGNE AU PERCHE
Etablissement de santé	610787558	IJ - CMP MORTAGNE	6 rue du colonel guerin 61400 Mortagne Au Perche
Etablissement de santé	610002545	ATELIER THERAPEUTIQUE : ART THERAPIE SITE DE L'AIGLE	10 rue du docteur frinault 61300 L'Aigle
Etablissement de santé	610787525	G04 - CMP VIMOUTIERS	60 rue pont vautier 61120 Vimoutiers
Etablissement de santé	610007965	G05 - CMP SEES	79 rue de la république 61500 SEES
Etablissement de santé	610789901	IJ - CMP L'AIGLE	11 rue porte rabel 61300 L'Aigle
Etablissement de santé	610787475	IJ - CMP DOMFRONT	28 rue gare 61700 Domfront
Etablissement de santé	610788689	IJ - HOPITAL DE JOUR FLERS	269 rue jacques prevert 61100 Flers

Etablissement de santé	610790172	IJ - CMP VIMOUTIER	3 rue abbe crestey 61120 Vimoutiers
Etablissement de santé	610790305	IJ - CMP BELLEME	Place boucicault 61130 Belleme
Etablissement de santé	610007973	G05 - CATTP ALENCON	31 rue anne-marie javouhey 61000 ALENCON
Etablissement de santé	610784084	G04 - CMP L'AIGLE	75 rue saint jean 61300 L'Aigle
Etablissement de santé	610000028	CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'ORNE	31 rue anne-marie javouhey Bp 358 61014 Alencon
Etablissement de santé	610787459	IJ - CMP FLERS	269 rue jacques prévert 61100 Flers
Etablissement de santé	610008856	G05 - CATTP SEES	79 rue de la république 61500 SEES
Etablissement de santé	610003980	IJ - CATTP ALENCON	Espace itard - 31 rue anne-marie javouhey 61000 Alencon
Etablissement de santé	610004061	IJ - CATTP LA FERTE MACE	Rue soeur marie boitier 61600 La Ferte Mace
Etablissement de santé	610790347	G04 - CMP GACE	Place de la liberation Bt administratif 61230 Gace
Etablissement de santé	610787509	G05 - CMP ALENCON	76bis rue jullien 61000 Alencon
Etablissement de santé	610790545	G05 - CATTP LA FERTE MACE	20/22 rue d'alencon 61600 La Ferte Mace

Etablissement de santé	610005639	G04 - CATTP BELLEME	Place boucicault 61130 Belleme
Etablissement de santé	610790354	CENTRE DE THERAPIE FAMILIALE - ENFANTS	25 rue anne-marie javouhey 61000 Alençon

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	142	48
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	5	5

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Convention CHIC Alençon-Mamers Convention CHIC Alençon-Mamers – CH de Flers Convention CH Argentan Convention CH La Ferté-Macé Convention CH Mortagne-au-Perche Convention Centre de détention Argentan Conventions Centre pénitentiaire Condé sur Sarthe Convention CH de L'Aigle
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	Services gelés : HDJ les Andelys à Alençon => service gelé depuis juin 2018 HDJ Argentan (enfants) => service gelé depuis août 2019 HDJ Flers (enfants) => service gelé depuis août 2019 HDJ Alençon (enfants) => service gelé depuis août 2019
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Depuis août 2019 : CATTP intensifs enfants Argentan CATTP intensifs enfants Alençon CATTP intensifs enfants Flers CATTP intensifs enfants Mortagne HDJ départemental d'Argentan Les marguerites (enfants)

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :
- la certification de l'établissement avec recommandation d'amélioration (B).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandation d'amélioration

Droits des patients

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

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
FONCTIONS SUPPORTS

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

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

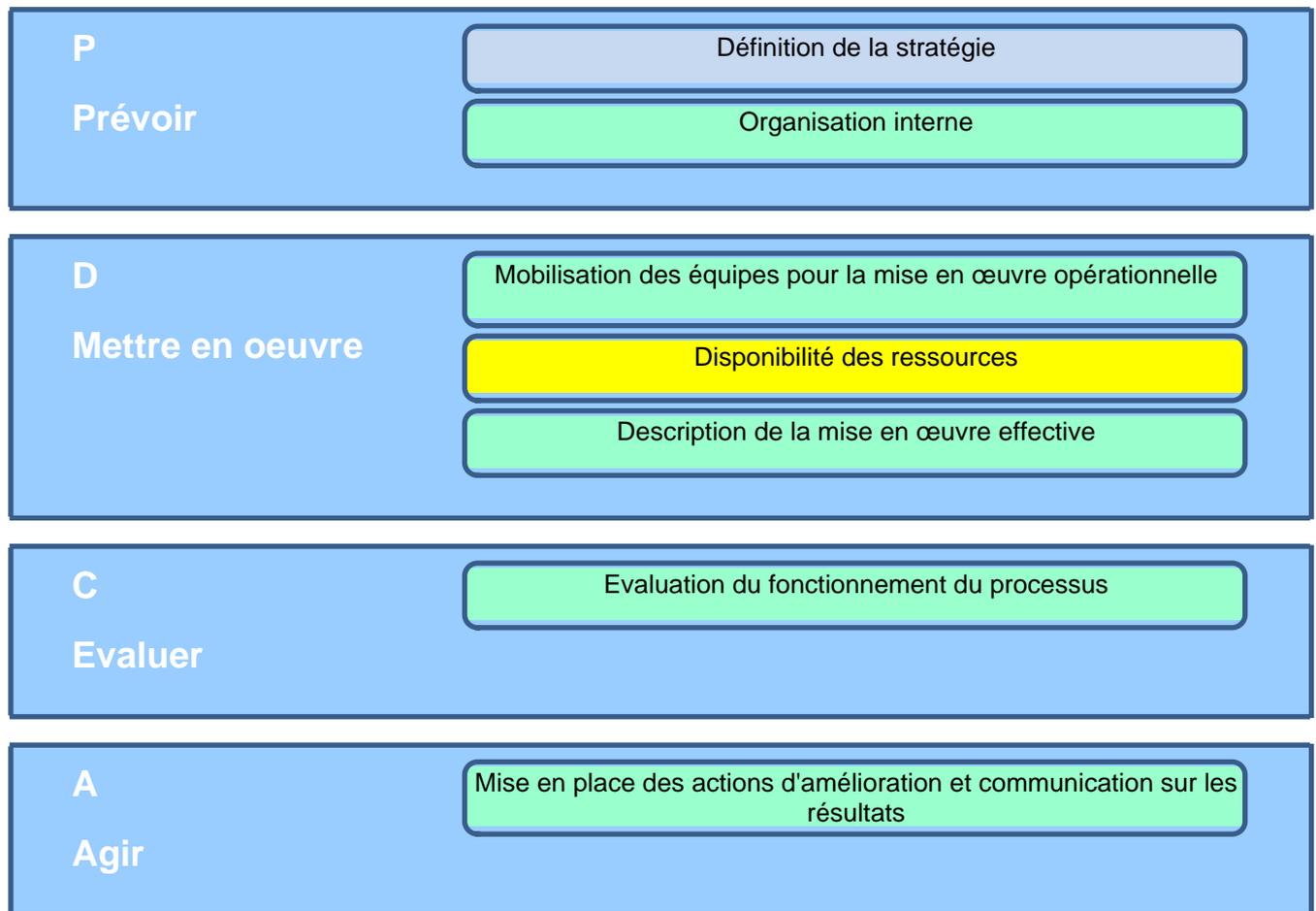
DROITS DES PATIENTS

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 Centre Psychothérapique de l'Orne (CPO) a formalisé et structuré sa stratégie de promotion des droits et de la bientraitance des patients. Le respect des droits du patient est inscrit dans les projets de l'établissement et notamment le projet médical 2020-2025.

Ce projet médical s'est construit en cohérence avec les orientations définies, au niveau national dans la « Feuille de route Santé Mentale et Psychiatrie », au niveau régional dans le Programme Régional de Santé (PRS) qui définit le parcours psychiatrie et santé mentale comme prioritaire en Normandie, au niveau local dans le Programme Territorial de Santé Mentale (PTSM) pour l'écriture duquel le CPO est un acteur majeur.

Elaboré en associant l'ensemble de la communauté hospitalière et incluant une participation active des représentants des usagers, il intègre un axe stratégique (appelé « ambition ») dédié aux droits du patient. Cette ambition, intitulée « Renforcer le service rendu aux usagers », est déclinée en objectifs, certains portant particulièrement sur le respect des droits des patients :

- Conceptualiser des usages pour lutter contre la mise en chambre d'isolement et permettre la désescalade,
- Développer l'investissement et l'inclusion du patient dans son parcours de soins,
- Renforcer l'information et l'accompagnement des familles au travers de temps institutionnalisés,

Des fiches actions permettent la mise en œuvre concrète des orientations retenues, leur appropriation par tous et le suivi de leur réalisation.

Le groupe de travail « Droits des patients » a identifié ses besoins et analysé les risques en impliquant la Commission des Usagers (CDU) et en utilisant les différentes sources de données à sa disposition (questionnaires de satisfaction, audits, enquêtes, plaintes et réclamations, bilan CDU, analyse des événements indésirables déclarés, ...)

Les risques identifiés et hiérarchisés ont permis de retenir neuf risques prioritaires déclinés en plans d'actions à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge du patient dans ce domaine.

Ces plans d'actions sont intégrés au programme d'actions global du CPO, présenté de manière régulière aux instances.

L'établissement dispose d'une politique de réduction du recours à l'isolement et à la contention. Elle rappelle le principe essentiel de la liberté d'aller et venir. Elle présente un état des lieux de l'isolement au sein du CPO et précise l'engagement des différents acteurs (dont la CDU) et la stratégie de l'établissement en matière de recours à ces pratiques conformément à la réglementation.

Les modalités de communication et d'évaluation de cette politique sont également définies.

Une politique d'accueil et de soins des personnes placées sous-main de justice (personnes détenues) a été élaborée. Elle dresse un bilan de l'existant, rappelle la réglementation sur ce point et définit des objectifs d'amélioration, notamment sur les modalités de collaboration avec l'administration pénitentiaire et la qualité de l'accueil de ces personnes.

Ces différents documents sont à la disposition des professionnels sur la base documentaire de l'établissement et font l'objet de communications (journal interne par exemple) et de mises à jour régulières en s'appuyant sur une veille réglementaire très réactive.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation pour piloter et mettre en œuvre la politique « bientraitance et promotion des droits des patients » est définie dans l'établissement. Elle est articulée avec la CDU.

Le pilotage du processus « Droits des patients » et du suivi du programme d'actions est assuré par un binôme de pilotage (cadre supérieure de santé de la Direction des soins et responsable du bureau des entrées) soutenu par un groupe de pilotage pluridisciplinaire. Le processus a ainsi pu être structuré à partir de la définition d'une carte d'identité du processus, d'une cartographie des risques associés et d'un programme d'actions. Les pilotes veillent également à la communication des résultats obtenus en lien avec l'ingénieur qualité.

Les missions de ces pilotes sont définies dans des fiches de poste ou de mission. Il est à noter, afin de pérenniser le pilotage de cette thématique, un temps de passage de témoin avec un nouveau pilote devant remplacer un départ pour cessation d'activité.

Un dispositif de gestion documentaire est en place. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.

Les besoins en formation initiale et continue des acteurs sur les droits des patients sont définis, y

compris pour les nouveaux arrivants (bienveillance, bonnes pratiques d'isolement, méthodes alternatives, droits des patients, ..).

Les patients sont informés de leurs droits par le livret d'accueil, le site internet de l'établissement et lors de l'entretien d'accueil réalisé par un soignant au moment de l'admission.

Les restrictions de libertés et les retraits d'effets sont prescrits par un médecin avec traçabilité du bénéfice risque et réévalués à périodicité définie.

Des modalités spécifiques d'information sont mises en œuvre en cas de dommage lié aux soins, de diagnostic grave ou d'aggravation de l'état de santé en tenant compte des facultés de compréhension et de discernement des personnes concernées.

Un dispositif structuré est défini pour l'accueil des patients en soins sans consentement (procédures, information du patient et des tiers, formation des professionnels, veille réglementaire). La Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) veille au respect des droits des patients et rencontre des patients la sollicitant sur ces questions à chacune de ses visites.

L'encadrement a réalisé en 2018 un état des lieux des restrictions de liberté pouvant être mises en œuvre au sein du CPO. Cet état des lieux a porté à la fois sur la liberté d'aller et venir, sur le mode d'hospitalisation ou sur les populations plus spécifiquement touchées par ces éventuelles restrictions (patients mineurs, majeurs protégés, patients détenus).

Le Comité Ethique a été sollicité afin d'inscrire les questions portant sur la sexualité à son prochain ordre du jour.

Le Bureau des entrées est structuré afin de répondre à ses différentes missions (gestion des majeurs protégés, dispositif des soins sans consentements, liens avec le Juge des Libertés, facturation).

Il assure la veille réglementaire, s'assure de la conformité des pratiques à la réglementation, élabore les documents ad hoc (document de notification et d'information des patients en soins sans consentement par exemple).

Un « Point d'accès au droit » est en place depuis 2016 sur le site d'Alençon. Il consiste en une permanence d'avocat mise à la disposition de tout patient du CPO le dernier vendredi de chaque mois. Cette consultation est gratuite et porte sur toute question d'ordre juridique. Il repose sur une convention tripartite CPO/Ordre des avocats/Conseil départemental de l'accès aux droits.

Les circuits et les interfaces sont définis entre les différents secteurs d'activité (cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs).

Cette collaboration active entre tous les services a été particulièrement mise en œuvre dans le cadre des différents projets de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables de pôles (médecin et cadre supérieur), la communauté médicale et les binômes cadre de santé/infirmiers coordonnateur se sont saisis des enjeux liés à la bienveillance et au respect des droits des patients et des réunions régulières au sein des pôles et des services permettent de maintenir un niveau de vigilance sur cette thématique et de vérifier la conformité des pratiques aux dispositions attendues :

- dans les situations nécessitant une restriction de liberté (isolement, contention, ...)
- dans la mise en œuvre du respect des libertés individuelles (visites, téléphone,..)
- dans le cadre du recueil de la volonté du patient (personne de confiance, directives anticipées,..).

Les résultats des indicateurs de suivi portant sur l'isolement et la contention montrent non seulement une baisse significative du recours à ces pratiques mais également une forte réduction de la durée des mesures d'isolement et une généralisation de mesures séquentielles, synonymes de bonnes pratiques dans ce domaine.

Les plans d'actions issus des constats de la dernière visite de suivi et du rapport du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) ont fait l'objet de réunions d'information au sein des unités, ce que les rencontres avec les professionnels ont confirmé.

La direction des soins et de la qualité a fait le choix d'un management par la qualité. Cette démarche vise à renforcer le rôle de l'encadrement, à fédérer les équipes autour de valeurs et de projets communs et à décliner la politique qualité/gestion des risques du CPO au plus près du terrain. Un groupe restreint, composé du directeur des soins et de quelques cadres, en assure le suivi. Les premières actions concernent la définition d'indicateurs partagés par tous et l'élaboration de tableaux de bord pouvant être mis à la disposition des professionnels. Les professionnels sont très sollicités pour participer aux différents groupes de travail mis en place au sein du CPO.

Pour toute analyse d'un Evènement Indésirables (EI) nécessitant un complément d'information, le Comité de Gestion des Risques et des Vigilances invite le cadre de l'unité concernée.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

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

Les professionnels de santé bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences dans ce domaine (bientraitance, droits des usagers, information du patient en cas de dommage lié aux soins, respect des libertés individuelles,..). Si la mise en œuvre de ces actions de formation a été impactée par la situation sanitaire, elles sont fortement relancées dès le deuxième semestre 2021.

Les jeunes professionnels infirmiers sont informés et sensibilisés » sur les droits et l'information des patients lors de la journée des nouveaux arrivants, dans le cadre du tutorat ou lors de leur participation à la formation « Consolidation des savoirs en psychiatrie ».

La gestion documentaire est organisée et accessible à l'ensemble des professionnels. Elle intègre les documents et procédures définies au sein du CPO et portant sur la thématique « Droits des patients »

(conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance, modalités d'information du patient suite à un dommage lié aux soins, modalités de prise en charge en chambre d'isolement, modalités de remise du livret d'accueil, ..)

Des documents d'information sur leurs droits et les missions de la CDU sont mis à la disposition des patients et l'accès à ces ressources est facilité. Les règles de vie sont systématiquement affichées dans chaque chambre de chaque unité. Les livrets d'accueil sont adaptés au type de prise en charge (hospitalisation complète adulte, UHA, soins ambulatoires, MAS).

L'établissement adapte ses locaux, ses équipements et sa signalétique pour répondre aux besoins des populations accueillies (personnes âgées, personnes handicapées,..).

Le CPO a défini un plan de maintenance et d'entretien des équipements et des locaux basé sur la réactivité des services techniques et logistiques aux besoins exprimés par les services de soins. La rénovation régulière des unités ou des locaux à chaque fois que cela est nécessaire, mise en évidence par les professionnels et constatée lors des visites de terrain contribue à la qualité de l'accueil des personnes hospitalisées. Ainsi, les unités d'hospitalisation complète adultes, qui ne disposent plus que de chambres individuelles, sont installées dans des locaux permettant de garantir la confidentialité, l'intimité et la dignité des patients. Chaque unité est ouverte et dispose d'une petite zone fermée de quelques lits pour les patients dont l'état clinique nécessite un temps d'hospitalisation en milieu fermé.

Le groupe « Droits des patients » a mené un projet de création d'espaces d'apaisement au sein du CPO dans le but de limiter le recours à l'isolement et de prévenir et de gérer les situations de violence. Ces espaces dont les indications et les modalités d'utilisation s'appuient sur la procédure définie en avril 2021, doivent être mis en place dans les unités Médavy, Ecouves, Rochebrune, Arcis et l'Unité adolescents pour le site d'Alençon et dans les unités Fontenil et Saint-Evrout pour le site de L'Aigle.

L'unité Les Arcis, unité d'hospitalisation complète pour des patients au long cours et dont les locaux ne permettaient plus un accueil garantissant le respect de la dignité et de l'intimité des patients ferme ses portes en juin et fait place à une nouvelle unité entièrement repensée en termes de respect des droits des patients accueillis.

La visite de cette nouvelle unité, réalisée en associant à chaque étape l'ensemble des professionnels concernés, permet d'appréhender le projet architectural du CPO et la philosophie de soins qui en découle. Cette unité est présentée comme l'unité de référence pour les nouvelles unités à créer.

L'établissement dispose de chambres d'isolement et de matériel de contention adapté et fonctionnel permettant de garantir la sécurité des patients pour lesquels une décision d'isolement et de contention est mise en œuvre. Il est à noter que le recours à la contention est exceptionnel comme le confirment les données présentées dans les bilans portant sur les mesures d'isolement. Les chambres d'isolement disposent d'un dispositif d'appel pour le patient isolé et d'horloges horodatées permettant une orientation temporelle. La chambre d'isolement du site de l'Aigle est conforme aux attendus en termes de configuration et d'équipements.

Toutefois, certains locaux d'hospitalisation ne permettent toujours pas de garantir la dignité et l'intimité des patients accueillis. Ainsi l'espace d'isolement de l'unité Médavy (3 chambres d'isolement regroupées à l'extrémité du service) ne dispose pas d'un espace sanitaire dédié contraignant les soignants à accompagner le patient au sein de l'unité chaque fois que cela est nécessaire (appel du patient ou demande lors des passages programmés). Les deux autres chambres d'isolement du site d'Alençon (Unité Ecouves et unité Rochebrune) disposent d'un sanitaire contigu mais non accessible directement au patient et obligeant également un accompagnement des soignants.

L'unité d'hospitalisation des adolescents (UHA) ne permet pas de proposer aux adolescents des conditions d'accueil totalement adaptées. Installée à l'étage d'un bâtiment, elle ne dispose pas d'un accès

extérieur direct et les chambres individuelles, entièrement rénovées depuis la dernière visite et désormais équipées de mobilier neuf et adapté aux adolescents, ne disposent pas de sanitaire individuel. Un espace sanitaire fille (douche et WC) et un espace sanitaire garçon (idem) sont mis à la disposition des adolescents mais leur usage collectif contraint les patients et les professionnels à un minimum d'organisation. L'espace d'apaisement a été rénové en collaboration avec les services techniques et ses modalités d'utilisation ont été redéfinies en s'appuyant sur la procédure élaborée pour l'ensemble du CPO.

Le CPO a défini comme prioritaires ces deux grands projets de construction validés par l'ARS de Normandie. La création d'un espace d'isolement dans l'unité Médavy est désormais en marche. Le permis de construire a été déposé et les plans validés ont été présentés lors de la visite. Il s'agira d'un espace relocalisé au centre du bâtiment, constitué de quatre chambres d'isolement équipées de sanitaires accessibles au patient, d'un poste de soins commun et d'accès extérieurs sécurisés. La construction d'une nouvelle unité pour adolescents est actée et devrait être réalisée en lieu et place de l'ancienne unité Arcis qui sera détruite.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels des unités de soins et les investigations réalisées dans toutes les unités d'hospitalisation complète du CPO (admissions ou soins de suite) démontrent l'effectivité de la mise en œuvre des droits du patient au sein de l'établissement..

Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont en place.

Les règles, procédures et protocoles concernant le respect de la dignité et de l'intimité du patient lors des soins, y compris les soins d'hygiène sont connus et respectés.

Le respect des droits du patient s'appuie sur l'organisation, les circuits et les interfaces opérationnelles définis à l'échelle de l'institution.

Les pratiques constatées permettent d'assurer le respect de la confidentialité des informations relatives au patient ainsi que le respect des libertés individuelles.

Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite et réévaluée à périodicité définie.

Cela concerne notamment la mise en pyjama qui selon les professionnels rencontrés n'est plus réalisée ou de manière très exceptionnelle. Aucun patient en pyjama n'a été rencontré au cours de la visite y compris au sein des unités de soins.

La liberté d'aller et venir a été constatée dans toutes les unités visitées. Les chambres sont accessibles à toute heure de la journée et la gestion de la fermeture de sa chambre par le patient lui-même est en cours de réflexion à l'échelle de l'institution. La première étape concerne la gestion de la fermeture des placards individuels par les patient eux-mêmes (clé ou digicode).

Un dispositif est en place dans les unités afin d'accueillir au mieux les proches du patient et de leur assurer un soutien dans les situations qui le nécessitent.

Le patient et son entourage s'il y a lieu, participent à l'élaboration et au suivi de son projet de soins personnalisé.

L'information donnée sur son état de santé et les soins proposés ainsi que le recueil de son consentement éclairé sont tracés dans le dossier du patient.

L'expression des usagers est recherchée : questionnaire de satisfaction, boîte à idées, réunions soignants-soignés.

La CDU est opérationnelle avec la tenue de 4 réunions par an. La participation des représentants des usagers est effective et la CDU établit des recommandations annuelles.

Une organisation est en place pour assurer la notification et l'information des patients admis en soins sans consentement 7 jours/7. Les week-ends et jours fériés, le document de notification est rempli et signé par l'administrateur de garde en s'appuyant sur les certificats médicaux mis à sa disposition et au regard du logigramme défini et validé par le CPO. Cette organisation permet ainsi au patient d'être informé de sa situation juridique et de ses droits dans les délais réglementaires.

Les mesures d'isolement et de contention sont décidées, mises en œuvre et suivies en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques (modification du statut pour les patients en soins libres, isolement et contention en espace dédié, durées réglementaires des mesures) et la réglementation dans ce domaine ce que confirment les premières données recueillies sur le premier trimestre 2021 dans la continuité de la diminution de leur recours et leur durée déjà mise en évidence dans les bilans comparatifs 2019-2020.

En effet, un rapport annuel sur les isolements est formalisé avec une analyse quantitative et qualitative du nombre d'isolements et de la durée. Il est validé par les instances et, plus particulièrement, la CDU et le conseil de surveillance avant d'être envoyé à l'ARS.

Sur le plan juridique, l'établissement s'est montré très réactif concernant le nouveau décret du 30 avril 2021 relatif à la procédure applicable devant le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement. Une

synthèse du projet de décret a ainsi été réalisée par le Bureau des entrées et présenté au sein de l'institution. En parallèle, le Tribunal Judiciaire a produits des documents à l'attention des médecins et une rencontre entre la direction du CPO, le JLD et la présidente du tribunal a été réalisée. Le 31 mai prochain une réunion avec les médecins et les cadres du CPO doit permettre de fixer les modalités de mise en œuvre de ce décret.

Des documents sont mis à la disposition des professionnels permettant de lister les informations devant être recueillies ou délivrées au patient à l'admission et à la sortie et leur modalités de traçabilité dans le dossier du patient informatisé. Ces informations concernent notamment la remise du livret d'accueil, l'information délivrée au patient sur la possibilité de désigner une personne de confiance et de rédiger des directives anticipées, les mesures de protection juridiques,..

Ces documents sont adaptés au type de prise en charge (psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile).

Un formulaire de désignation d'une personne de confiance est à la disposition du patient. Il lui permet de tracer son souhait de désigner ou pas une personne de confiance et de préciser que l'information lui a été délivrée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

A l'échelle de l'établissement, la structure de pilotage assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus « droits des patients » en collaboration avec l'ingénierie qualité.

Le groupe « droits des patients » mesure l'efficacité des actions mises en œuvre (indicateurs, audits, démarches d'EPP, bilans réguliers) et communique sur les résultats obtenus notamment dans le bulletin d'information du CPO.

Des bilans sont réalisés et présentés a minima une fois par an au sein des différentes instances de l'établissement : bilan CDU, bilan point d'accès aux droits, rapport d'activité annuel isolement contention, plaintes et réclamations, événements indésirables en lien avec la thématique...

Le CPO a participé en 2017 à l'enquête inter-régionale portant sur l'isolement et la contention.

Des questionnaires de satisfaction sont mis à la disposition des patients et les résultats sont communiqués aux pôles et aux usagers.

La démarche « patient traceur » est déployée en hospitalisation complète.

A / AGIR

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

L'établissement définit des objectifs d'amélioration précis et mesurables qu'il inscrit dans son programme d'amélioration continue de la qualité. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, clôture de l'action, communication des résultats). Certaines de ces actions sont déclinées en actions spécifiques au niveau des pôles d'activités. Les actions issues de la conformité à la réglementation sont traitées en priorité.

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

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

Le programme d'actions mis à jour en mai 2021 intègre l'ensemble des actions réalisées depuis 2019 sur cette thématique

L'établissement interroge ou sollicite de manière régulière la CDU sur ces questions.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Certains locaux d'hospitalisation ne permettent toujours pas de garantir la dignité et l'intimité des patients accueillis. Ainsi l'espace d'isolement de l'unité Médavy (3 chambres d'isolement regroupées à l'extrémité du service) ne disposent pas d'un espace sanitaire dédié contraignant les soignants à accompagner le patient au sein de l'unité chaque fois que cela est nécessaire (appel du patient ou demande lors des passages programmés). Les deux autres chambres d'isolement du site d'Alençon (Unité Ecouves et unité Rochebrune) dispose d'un sanitaire contigu mais non accessible directement au patient et obligeant également un accompagnement des soignants.</p> <p>L'unité d'hospitalisation des adolescents (UHA) ne permet pas de proposer aux adolescents des conditions d'accueil totalement adaptées. Installée à l'étage d'un bâtiment, elle ne dispose pas d'un accès extérieur direct et les chambres individuelles, entièrement rénovées depuis la dernière visite et désormais équipées de mobilier neuf et adapté aux adolescents, ne disposent pas de sanitaire individuel. Un espace sanitaire fille (douche et WC) et un espace sanitaire garçon (idem) sont mis à la disposition des adolescents mais leur usage collectif contraint les patients et les professionnels à un minimum d'organisation. L'espace d'apaisement a été rénové en collaboration avec les services techniques et ses modalités d'utilisation ont été redéfinies en s'appuyant sur la procédure élaborée pour l'ensemble du CPO.</p> <p>Le CPO a défini comme prioritaires ces deux grands projets de construction validés par l'ARS de Normandie.</p> <p>La création d'un espace d'isolement dans l'unité Médavy est désormais en marche. Le permis de construire a été déposé et les plans validés ont été présentés lors de la visite. Il s'agira d'un espace relocalisé au centre du bâtiment, constitué de quatre chambres d'isolement équipées de sanitaire accessible au patient, d'un poste de soins commun et d'accès extérieurs sécurisés.</p> <p>La construction d'une nouvelle unité pour adolescents est actée et devrait être réalisée en lieu et place de l'ancienne unité Arcis qui sera détruite.</p>	10b

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
Droits des patients	D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Certains locaux d'hospitalisation ne permettent toujours pas de garantir la dignité et l'intimité des patients accueillis.</p> <p>Ainsi l'espace d'isolement de l'unité Médavy (3 chambres d'isolement regroupées à l'extrémité du service) ne disposent pas d'un espace sanitaire dédié contraignant les soignants à accompagner le patient au sein de l'unité chaque fois que cela est nécessaire (appel du patient ou demande lors des passages programmés). Les deux autres chambres d'isolement du site d'Alençon (Unité Ecouves et unité Rochebrune) dispose d'un sanitaire contigu mais non accessible directement au patient et obligeant également un accompagnement des soignants.</p> <p>L'unité d'hospitalisation des adolescents (UHA) ne permet pas de proposer aux adolescents des conditions d'accueil totalement adaptées. Installée à l'étage d'un bâtiment, elle ne dispose pas d'un accès extérieur direct et les chambres individuelles, entièrement rénovées depuis la dernière visite et désormais équipées de mobilier neuf et adapté aux adolescents, ne disposent pas de sanitaire individuel. Un espace sanitaire fille (douche et WC) et un espace sanitaire garçon (idem) sont mis à la disposition des adolescents mais leur usage collectif contraint les patients et les professionnels à un minimum d'organisation. L'espace d'apaisement a été rénové en collaboration avec les services techniques et ses modalités d'utilisation ont été redéfinies en s'appuyant sur la procédure élaborée pour l'ensemble du CPO.</p> <p>Le CPO a défini comme prioritaires ces deux grands projets de construction validés par l'ARS de Normandie.</p> <p>La création d'un espace d'isolement dans l'unité Médavy est désormais en marche. Le permis de construire a été déposé et les plans validés ont été présentés lors de la visite. Il s'agira d'un espace relocalisé au centre du bâtiment, constitué de quatre chambres d'isolement équipées de sanitaire accessible au patient, d'un poste de soins commun et d'accès extérieurs sécurisés.</p> <p>La construction d'une nouvelle unité pour adolescents est actée et devrait être réalisée en lieu et place de l'ancienne unité Arcis qui sera détruite.</p>	10b