



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
NOUVEL HOPITAL DE
NAVARRE**

**62 Rue Conches
27000 Evreux
JANVIER 2019**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	13
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	13
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	13
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	13
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	13
5. SUIVI DE LA DÉCISION	13
PROGRAMME DE VISITE	14
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	14
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	14
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	15
DROITS DES PATIENTS	16

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

CHS DE NAVARRE	
Adresse	62 rue conches 27000 Evreux
Département / région	EURE / 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		LOGIPOLE CAMBOLLE	Avenue du golf Zac de cambolle 27000 EVREUX
Entité juridique	270000219	NOUVEL HOPITAL DE NAVARRE	62 rue conches 27022 Evreux
Etablissement de santé	270015449	CMP ENFANTS DE VERNEUIL SUR AVRE	86 rue de la vannerie 27130 VERNEUIL SUR AVRE
Etablissement de santé	270012826	CMP ADULTES ST ANDRE/EURE -SECTEUR 3	3 blvb chanoine 27220 Saint-Andre-De-L'Eure
Etablissement de santé	270009327	HOPITAL DE JOUR ADULTES SECTEUR 4	73 rue de beaulieu 27400 Louviers
Etablissement de santé	270012800	CATTP ADULTES LE NEUBOURG -SECTEUR 1	16 place du marechal leclerc 27110 Le Neubourg
Etablissement de santé	270027816	EQUIPE TERRITORIALE D'APPUI AU DIAGNOSTIC DE L'AUTISME (ETADA)	62 route de conches Cs 32204 27022 EVREUX
Etablissement de santé	270015498	CATTP PETITE ENFANCE CH DE BERNAY	5 rue anne de ticheville 27303 BERNAY

Etablissement de santé	270015688	CATTP ADULTES BERNAY "LA PASSERELLE"	13 impasse saint vincent de paul 27300 BERNAY
Etablissement de santé	270014350	HOP ITAL DE JOUR ENFANTS LOUVIERS	Pavillon saint jacques 27406 Louviers
Etablissement de santé	270014129	CATTP ADULTES DE VERNON - LA LUCIOLE	26 r ue de gamilly 27200 Vernon
Etablissement de santé	270019888	HOPITAL DE JOUR ADOLESCENT	5 rue harrouard 27000 EVREUX
Etablissement de santé	270024540	HOPITAL DE JOUR ADULTES EVREUX - SECTEUR 1	12 rue pierre mendes france 27000 Evreux
Etablissement de santé	270000573	CHS DE NAVARRE	62 rue conches 27000 Evreux
Etablissement de santé	270016348	APPARTEMENT THERAPEUTIQUE	24 bis route de conches 27000 Evreux
Etablissement de santé	270027550	MAISON DES ADOLESCENTS	38 rue marechal joffre 27000 EVREUX
Etablissement de santé	270024581	CATTP ADULTES CONCHES - SECTEUR 2	1 rue de flandres 27190 Conches
Etablissement de santé	270019938	UNITE DE DEPISTAGE TROUBLES APPRENTISSAGE	28 bis rue d'harrouard 27000 EVREUX
Etablissement de santé	270024656	CMP ENFANTS ADULTES LOUVIERS SECTEUR 4	73 rue beaulieu 27400 Louviers
Etablissement de santé	270020209	CATTP ADULTES LOUVIERS SECTEUR 4	3 rue es 4 vents 27400 Louviers

Etablissement de santé	270009335	CATTP ADULTES VERNEUIL/AVRE SECTEUR 2	31 rue de la vannerie 27130 Verneuil-Sur-Avre
Etablissement de santé	270024573	CMP ADULTES BOURGTHEROULDE- SECTEUR 1	1 place jacques rafin 27520 Bourgtheroulde-Infreville
Etablissement de santé	270015258	CMP ENFANTS CH DE BERNAY	5 rue anne de ticheville 27303 BERNAY
Etablissement de santé	270011810	CMP ADULTES INTERSECTORIEL SECTEUR 1 ET 3	28 rue du marechal joffre 27022 Evreux
Etablissement de santé	270026883	EQUIPE DE LIAISON EN SOINS EN ADDICTOLOGIE (ELSA)	62 route de conches 27000 EVREUX
Etablissement de santé	270016199	APPARTEMENT DE TRANSITION - SECTEUR 1	63 rue saint germain 27000 Evreux
Etablissement de santé	270025794	CENTRE D'ACCUEIL ET D'URGENCE	Rue leon schwartzenbert 27000 EVREUX
Etablissement de santé	270009319	HOPITAL DE JOUR - SECTEUR 3	51 boulevard jardin l eveque 27000 Evreux
Etablissement de santé	270015589	CMP ADULTES CH DE BERNAY SECTEUR 5	13 impasse saint vincent de paul 27300 BERNAY
Etablissement de santé	270015399	CMP ENFANTS PONT AUDEMER - CH DE BERNAY	66 rue jules ferry 27500 PONT AUDEMER
Etablissement de santé	270014137	CMP ADULTE CONCHES- SECTEUR 2	1 rue de flandres 27190 Conches
Etablissement de santé	270027824	UF AMBULATOIRE PROFAMILLE 27	62 route de conches Cs 32204 27022 EVREUX

Etablissement de santé	270026867	EQUIPE MOBILE PSYCHIATRIQUE POUR LES PERSONNES AGEES (EMPPA)	62 rue de conches 27000 EVREUX
Etablissement de santé	270016819	CATTP ADULTES ST TAURIN - SECTEUR 3	14 rue josephine 27000 Evreux
Etablissement de santé	270024615	CENTRE DE SOINS MAISON D ARRET	92 rue pierre semard 27000 Evreux
Etablissement de santé	270018229	HOPITAL DE JOUR SECTEUR 2	31 rue de la vannerie 27130 VERNEUIL SUR AVRE
Etablissement de santé	270009350	CATTP ENFANTS GISORS	Route de rouen 27140 Gisors
Etablissement de santé	270012834	CMP ENFANTS ST MICHEL EVREUX	20 rue du dr beaudoux 27000 Evreux
Etablissement de santé	270015548	HOPITAL DE JOUR ENFANTS CH DE BERNAY	5 rue anne de ticheville 27303 BERNAY
Etablissement de santé	270016249	APPARTEMENT DE TRANSITION APPT 123- SECTEUR 3	2 allée tino rossi Apt 123 27000 Evreux
Etablissement de santé	270014152	CATTP LOUVIERS ENFANTS	Rue du boulevard champetre 27400 Louviers
Etablissement de santé	270012164	CATTP ADULTES BOURGTHEROULDE - SECTEUR 1	Place jacques rafin 27520 Bourgtheroulde-Infreville
Etablissement de santé	270024565	CMP ADULTES LE NEUBOURG-SECTEUR 1	16 place du marechal leclerc 27110 Le Neubourg
Etablissement de santé	270027584	EPIDE DE VAL DE REUIL	Parc d'affaires des portes Voie du futur - bp 233 27102 VAL DE REUIL

Etablissement de santé	270004005	HOPITAL DE JOUR POUR ENFANTS EVREUX	20 rue du dr beaudoux 27000 Evreux
Etablissement de santé	270015779	CATTP ADOLESCENTS EVREUX	72 rue saint louis 27000 Evreux
Etablissement de santé	270007479	HOPITAL JOUR ENFANTS VERNON CHI EURE-SEINE	88 rue de bizey 27200 VERNON
Etablissement de santé	270026875	EQUIPE PASS-PSY	14 rue georges bernard 27000 EVREUX
Etablissement de santé	270027576	CATTP ENFANT DE VERNON	Rue de bizey 27200 VERNON
Etablissement de santé	270014145	CMP ADULTES VERNEUIL/AVRE - SECTEUR 2	31 rue de la vannerie 27130 Verneuil-Sur-Avre
Etablissement de santé	270020258	ANTENNE MOBILE RESPIRE	14 rue georges bernard 27000 EVREUX
Etablissement de santé	270009301	HOPITAL DE BERNAY HOPITAL DE JOUR ADULTES	5 rue anne de ticheville 27303 Bernay
Etablissement de santé	270015829	SERVICE ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE	766 rue de cocherel 27000 Evreux
Etablissement de santé	270024631	CATTP ENFANTS EVREUX	20 rue baudoux 27000 Evreux
Etablissement de santé	270024607	CENTRE DE CONSULTATIONS LA MADELEINE	3 rue michelet 3 rue michelet 27000 Evreux
Etablissement de santé	270015738	CATTP ADULTES PONT AUDEMER	8 place andre delarue 27500 PONT AUDEMER

Etablissement de santé	270016108	APPARTEMENT DE TRANSITION APT 99 - SECTEUR 1	4 rue du 8 mai 1945 Appt 99 27000 Evreux
------------------------	-----------	--	--

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	280	99
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	/	82

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> - GCSMS créé entre l'Association l'ABRI et le Nouvel Hôpital de Navarre concernant la co-gestion d'un CSAPA. - Groupement de coopération sanitaire pôle logistique UCPA (unité centralisée de production alimentaire). - GSS HACOM relatif à la mutualisation des achats et groupements des commandes RéCoP SMS 27- Un tout nouveau réseau à la frontière des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux a ouvert ses portes en 2014 en Evreux. Il s'agit du Réseau de Coordination Psychiatrie Social et Médico-Social qui est né sous une forme associative. Le NHN est partie prenante du Conseil d'Administration de l'association porteuse du réseau. Le réseau a vocation à accompagner des personnes avec un handicap psychique âgées de 16 à 60 ans. - Mise à disposition de locaux pour le Centre d'Accueil et de Crise Partenaire - Centre Hospitalier Eure Seine - Convention relative au rattachement des secteurs de Psychiatrie de Bernay - Convention relative au rattachement des secteurs de Psychiatrie de Vernon suite à l'achat des appartements de Vernon par le NHN - Conventions relatives à la psychiatrie de liaison entre les Centres Hospitaliers de l'Eure et le Nouvel Hôpital de Navarre (8 conventions) - Convention de coopération entre l'équipe mobile de soins palliatifs et de la douleur (EMSPDL) du CHES et du Nouvel Hôpital de Navarre - Convention de sous traitance de la stérilisation des dispositifs médicaux entre le CHES et le Nouvel Hôpital de Navarre - Convention de coopération relative à l'intervention de l'Equipe RESPIRE entre l'association la RONCE et le Nouvel Hôpital de Navarre - Convention de coopération visant à mutualiser une partie des moyens et services avec l'Association ADAPT Eure, dénommée ESAT du Moulin - Conventions de coopération entre les EHPAD publics de l'Eure et le

Nouvel Hôpital de Navarre relatives à l'intervention de l'Equipe Mobile de Psychiatrie de la Personne Agée (13 conventions)

- Convention de coopération en vue d'améliorer la prise en charge en psychiatrie des patients du département de l'Eure entre la Clinique l'Eure entre la Clinique OCEANE et le Nouvel Hôpital de Navarre
- Convention relative au Service d'Accueil Familial Thérapeutique entre l'Association AEDE et le Nouvel Hôpital de Navarre
- Convention Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) entre le Centre Hospitalier Eure Seine, le Centre Hospitalier de Bernay, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales et le Nouvel Hôpital de Navarre
- Convention de partenariat entre l'Association Interface et le Nouvel Hôpital de Navarre visant à favoriser la réinsertion des personnes souffrant de troubles psychiques
- Convention de partenariat entre l'Association INTERFACE et le Nouvel Hôpital de Navarre visant à favoriser la réinsertion des personnes souffrant de troubles psychiques sur le secteur de Vernon
- Convention de coopération informatique entre le Centre Hospitalier Eure Seine et le Nouvel Hôpital de Navarre
- Convention relative au Dossier Patient Territorial entre le Centre Hospitalier Eure Seine et le Nouvel Hôpital de Navarre
- Convention ou protocole pour les actions de lutte contre la radicalisation entre la Préfecture de l'Eure et le Nouvel Hôpital de Navarre
- Convention de coopération suite au lancement d'une Antenne du Centre de Référence des Troubles de l'Apprentissage dans la région ACRTA/RETA
- Partenaires : CHU de Rouen, CHES et le Nouvel Hôpital de Navarre
- Convention de coopération entre la Clinique les Portes de l'Eure et le Nouvel Hôpital de Navarre
- Convention de coopération entre la Clinique La Mare Ô Dans et le Nouvel Hôpital de Navarre

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Transfert au profit du Nouvel Hôpital de Navarre depuis le : - 1er juillet 2012 des secteurs de psychiatrie enfant et adulte de Bernay - 1er janvier 2013 des secteurs de psychiatrie enfant et adulte de Vernon.

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

Recommandations d'amélioration

Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient

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

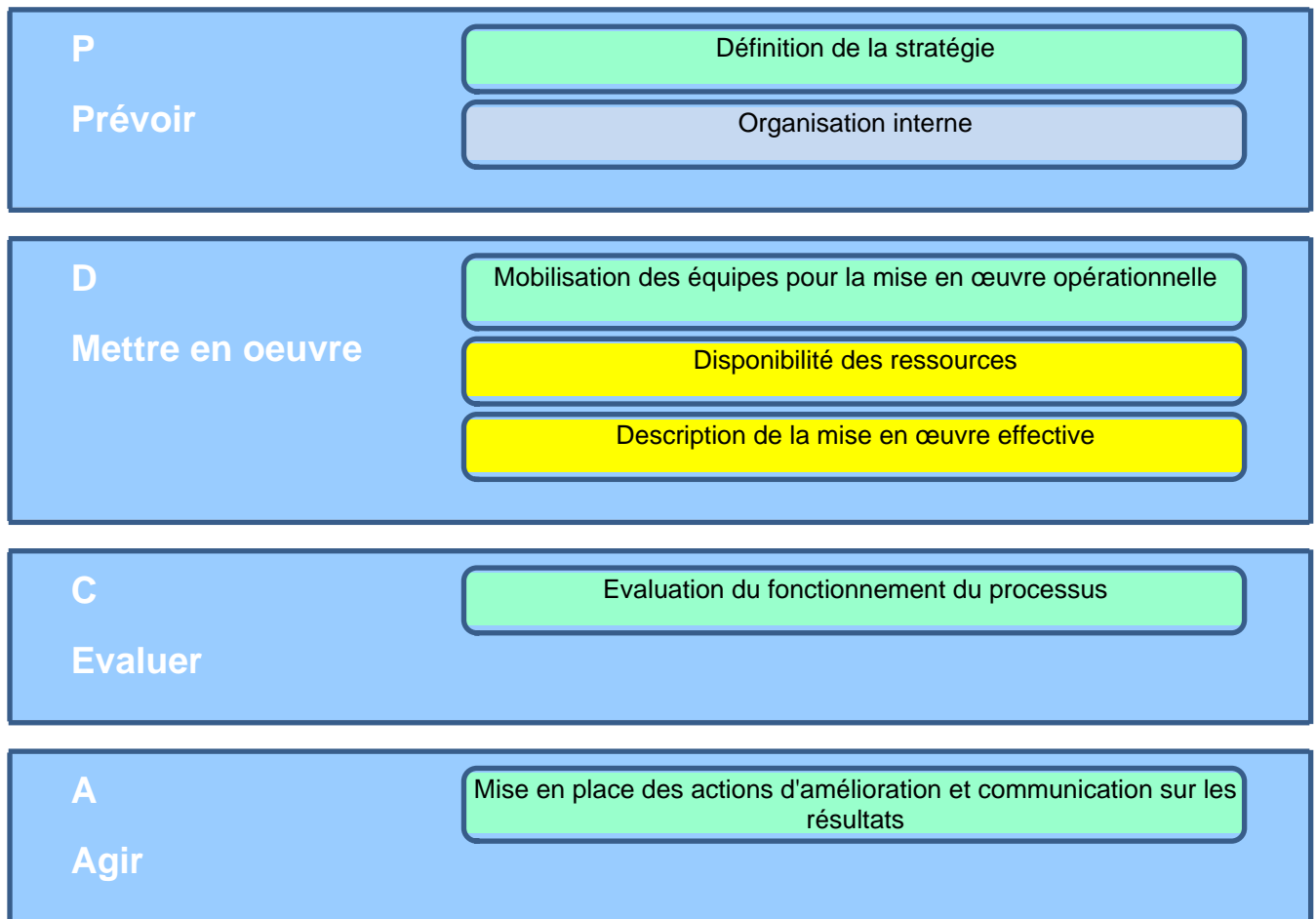
DROITS DES PATIENTS

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 respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques du Centre Hospitalier Spécialisé de Navarre.

On retrouve une politique droits des usagers au nouvel Hôpital de Navarre qui s'applique aux différents secteurs d'activités et qui reprend les risques prioritaires identifiés, en incluant les recommandations issues de la visite de suivi V2014 de novembre 2017. Les axes de cette politique sont en lien avec le projet médical.

Les dimensions de bientraitance, de dignité, d'intimité, de confidentialité, de respect des libertés individuelles, notamment dans le cadre des isolements sont reprises dans cette politique, qui est en phase avec les besoins des patients accueillis. On retrouve également ces dimensions au sein du projet de soins institutionnel. Tous les projets en lien avec la thématique du respect des droits des patients sont présentés en CDU.

L'analyse des risques a été menée par la méthode de l'analyse des processus qui répond aux attendus (par une hiérarchisation des risques ah-doc) en incluant prioritairement les écarts de la visite de suivi sous quatre angles :

- absence de formalisation de la politique droit des patients,
- parcours de la prise en charge des mineurs partiellement défini,
- respecter la réglementation et les recommandations de bonnes pratiques en matière de droits des patients,
- respecter les bonnes pratiques et la réglementation en matière d'isolement et de contention.

Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont identifiées.

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques propres à l'établissement, en lien avec l'analyse des risques, l'analyse des événements indésirables et la gestion des plaintes. Cette politique s'accompagne d'un plan de communication.

Cette nouvelle politique a été validée par les instances en juin 2018 notamment la CME, la CDU en septembre 2018 ainsi qu'en CDU de GHT.

Enfin, cette politique est déclinée dans un plan d'action structuré répondant aux écarts de la visite de suivi de novembre 2017. Ce plan d'action est décliné au sein du compte qualité spécifique droit et information du patient réactualisé en septembre 2018 où est retrouvée une identification claire des risques et un plan d'action structuré. Ainsi, un plan d'action sur la promotion des droits des patients, promotion de la bientraitance, respect des libertés individuelles est retrouvé et intégré au Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS). Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi, les responsabilités pour chacune des actions (nomination d'un pilote et d'un groupe projet), la planification des actions dans des délais fixés.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. C'est la directrice qualité gestion des risques, relation avec les usagers qui pilote le processus. Le rôle et les responsabilités du pilote au sein du processus sont identifiés et formalisés dans une fiche de mission depuis la visite de suivi. Elle s'appuie sur l'équipe de la direction des soins, et notamment les cadres de pôles et les cadres supérieurs de santé, accompagnée par un équipe qualité fortement mobilisée.

Ce pilotage stratégique se décline ensuite au niveau de la proximité, grâce au relai mis en place par un cadre de santé référent bientraitance en transversal qui anime des formations au sein de l'institution.

L'établissement a également mis en place un comité d'éthique bientraitance structuré disposant d'un règlement intérieur. Les soignants peuvent saisir le comité d'éthique. Le comité avait préconisé la suppression des chambres SDC (chambres sécurisées à double cylindres) fermées à clé dès 2015, elles ont totalement été supprimées en juin 2018.

Les formations des professionnels aux droits des patients, bientraitance, dignité, intimité, confidentialité, respect des libertés individuelles sont intégrées au plan de formation institutionnel, avec une remontée des besoins organisée avec les secteurs d'activité (ex : formations sur la bientraitance et le respect de l'intimité des patients et déploiement institutionnel pluriannuel, d'une formation sur les mesures de gestion des restrictions des libertés).

Les processus indispensables à la mise en œuvre du respect des droits des patients sont identifiés et formalisés, et notamment la procédure sur la mise en œuvre des restrictions de liberté en cas

d'isolements.

Il est prévu que la dimension de respect des libertés individuelles et, notamment la liberté d'aller et venir soit systématiquement interrogée dans les projets de soins, en veillant à un juste équilibre entre la sécurité du patient et le respect de ses droits.

La gestion des plaintes est organisée. Le dispositif de médiation médicale est prévu. Le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins est formalisé ainsi que les modalités de signalement des cas de maltraitance.

L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent sont formalisés. Il est prévu que chaque patient dispose d'un projet personnalisé de soins dès son entrée, avec une recherche de l'alliance thérapeutique avec l'entourage et une évaluation à périodicité définie lors des staffs cliniques pluridisciplinaires est attendue.

L'organisation permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soin est prévue.

On retrouve un dispositif structuré d'hospitalisation sans consentement : procédures, information et recherches d'adhésion des patients ainsi qu'un dispositif adapté de formation des professionnels.

Les modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.

Un schéma directeur immobilier qui prend en compte la dimension de bientraitance et le respect des libertés individuelles est établie, notamment dans la programmation de mise en conformité de 2 chambres d'isolement et la création d'espaces d'apaisement dans chacune des unités de soins. Le coût de ce programme est intégré au PGFP. On retrouve aussi un programme de maintenance curative et préventive des bâtiments organisé au sein de l'établissement.

Une organisation adaptée pour réduire le risque potentiel de maltraitance pour les jeunes patients hospitalisés en service d'admission adultes est en place. Elle repose sur un projet médical de prise en charge validé institutionnellement.

En effet, en attendant l'ouverture prochaine du service enfant et jeune adulte adolescent de 8 places, encore en discussion avec l'ARS, l'établissement a mis en place une plateforme d'appui et d'évaluation pour adolescents afin de réduire les hospitalisations et d'organiser les prises en charge en secteurs adultes, avec un passage systématique d'un pédopsychiatre et de professionnels de pédopsychiatrie dans les unités d'hospitalisation d'admission où est potentiellement hospitalisée cette population de façon à sécuriser les pratiques. Ainsi, cette organisation permet de ne plus prescrire d'isolements pour protéger les mineurs des autres patients ou de prescrire le port d'un pyjama pour éviter la fugue. Le suivi des isolements présentés en témoigne : 10 cette année de courte durée pour 25 en 2017 sur la même période en sachant que depuis juin 2018, 1 seul isolement a eu lieu cliniquement justifié par le pédopsychiatre. Les mineurs et adolescents sont pris en charge le matin et l'après midi sur le plateau technique de la plateforme d'appui, avec possibilité de déjeuner sur place.

De plus, des prises en charge plus intensives sont initiées en HDJ adolescent pour éviter l'hospitalisation et des liens avec le CAC (service d'urgence psychiatrique) et le service de pédiatrie du Centre hospitalier d'Évreux ont été revus afin de fluidifier les parcours. De plus, l'équipe mobile de pédopsychiatrie intervient dans les institutions médico-sociales, afin de maintenir les adolescents et les mineurs en institution et ainsi éviter les hospitalisations. Par ailleurs, l'unité de réhabilitation inter pôle intervient aussi dans la réinsertion de cette franche d'âge à risque.

A ce jour, le risque identifié lors de la visite de suivi de novembre 2017 est maîtrisé par l'établissement, grâce aux modalités de fonctionnement de sa plateforme d'appui et d'évaluation pour adolescents revue début 2018. Le nombre d'adolescent hospitalisé à fortement diminué sur la même période entre 2017 et 2018 de plus de 35%, soit 20 mineurs pour 2018. De plus, les pratiques professionnelles des soignants se sont normalisées dans les services d'admission, grâce au passage journalier de l'équipe d'appui.

L'établissement a aussi mis en place un projet de prise en charge des détenus à leur sortie de prison, avec l'administration pénitentiaire qui essaie d'équilibrer les impératifs de sécurité et le respect des libertés individuelles.

Au regard des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation,..), et les ressources documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire..) nécessaires.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins identifiés, le management de proximité des secteurs d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle. Cette déclinaison repose sur l'action des cadres

de pôles, des cadres de proximité, de la direction des soins qui travaillent en étroite collaboration avec les médecins chef de pôle et les médecins référents d'unité de soins.

Chaque pôle dispose d'un compte qualité spécifique sur la thématique droit et information des patients. Les IDES s'expriment sur les axes d'amélioration propres à leur secteur d'activités.

Des réunions de services sont régulièrement animés par les cadres et les chefs de pôles pour faire évoluer les pratiques professionnelles dans un cadre institutionnel défini.

En fin de compte, notamment dans le cadre de la gestion des restrictions des libertés, les équipes participent à l'analyse des risques propres à leur secteur d'activité, épaulées par l'équipe qualité et à l'élaboration des plans d'actions.

Les équipes sont fortement mobilisées sur l'approche pluridisciplinaire de projet personnalisé de soins.

Par ailleurs, sur la thématique de l'isolement et des restrictions des libertés, certains services mettent en place des retours de situation par la méthode de l'analyse des pratiques professionnelles.

Les professionnels participent aussi au comité d'éthique et bientraitance.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Depuis la visite de suivi, l'établissement déploie massivement (60 agents en 2018) une formation institutionnelle pluriannuelle de trois jours sur les mesures de restriction des libertés. Au sein des unités, les agents formés avec le cadre de santé et le médecin responsable réévaluent les pratiques professionnelles.

On retrouve également des actions de formation à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance. A ce jour, 50% des soignants sont formés.

L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU est en place. Elle repose sur l'information contenue au sein du livret d'accueil institutionnel, de l'affichage de la charte de la personne hospitalisée, et au sein du document appelé règles de vie de l'unité. Ce document, qui reprend les règles de vie de l'unité, est rédigé sans aucune restriction aux droits des patients.

Depuis la visite de suivi, le livret d'accueil spécifique à l'extra hospitalier est en place.

Par ailleurs, une maison des usagers est en place au sein de l'établissement. Un règlement de fonctionnement est formalisé et elle est gérée par convention par une association d'usager.

Les professionnels disposent des procédures et protocoles indispensables à la prise en charge des patients, citons comme exemple, la procédure de déclaration des actes de maltraitance et celles sur la mise en œuvre des contentions mécaniques en sus d'une mise en chambre d'isolement. Il est à noter que la pratique des contentions mécaniques est marginale au sein de l'établissement.

Dans chacun des SAS d'isolement, le matériel de contention est conforme. Chaque infirmière dispose individuellement des clés de sécurité de dépose du matériel en situation d'urgence.

L'accueil des proches et des familles est organisée avec des lieux de convivialité ou des espaces de détente pour les familles et les patients dans tous les services.

La plupart des chambres d'isolement des services de soins sont conformes et sont adaptées aux respects de la dignité et d'intimité de la vie du patient.

Cependant, dans le service fermé sécurisé Erable pourpre, deux des quatre chambres ne sont pas en adéquation avec les attendus (absence de SAS d'entrée, de repères temporo-spatial: date du jour et heure et oculus de surveillance de la chambre donnant directement sur le couloir du service). Ces deux chambres d'isolement sont peu occupées et sont non occupées lors de la visite. L'établissement a identifié ce risque et à prévu pour 2018, des travaux avec leur financement pour mettre la zone d'isolement totalement en adéquation avec les normes. Le dossier présenté lors de la visite est conforme.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.

Les soins, y compris les soins d'hygiène dans les chambres (toilette, recueil des selles et des urines...) sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients. L'établissement dispose en grande majorité de chambres individuelles avec douche et toilette privative. Une seule chambre double est présente pour des unités de 24 lits avec une douche et un WC et un paravent dans chacune d'elles si nécessaire.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont connues des secteurs d'activités.

Une démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins est mise en œuvre, notamment sur les effets de certaines familles de médicaments.

Les modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont mises en œuvre. La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la

construction, la mise en œuvre et la réévaluation du projet personnalisé de soins est favorisée et tracée dans tous les services, même si l'outil proposé à cet effet par le dossier patient informatisé ne convient pas à une logique de réévaluation à périodicité définie pour tous les services. D'ailleurs, les équipes médicale et paramédicale s'exprime aisément sur le projet personnalisé de soins, ce qui dénote une véritable appropriation de la démarche. Le plan d'action sur ce sujet mis en place premier trimestre 2018 permet de réduire l'écart posé par la HAS lors de la visite de suivi de fin 2017. Un audit de conformité est d'ailleurs prévu début 2019 sur tout l'établissement.

De plus, la désignation de la personne de confiance par le patient est globalement bien tracée dans le dossier du patient comme en témoigne les audits réguliers effectués par le médecin DIM.

Le dispositif de gestion des plaintes est en place et son articulation avec la gestion des événements indésirables est opérationnelle. Le fonctionnement de la CDU est opérationnel. On retrouve un règlement intérieur de fonctionnement, elle se réunit 4 fois par an et les points abordés en instance sont en adéquation avec les nouvelles missions de la commission. La CDU a présenté un programme d'action 2017, notamment dans le cadre de amélioration de la qualité de l'accueil des patients.

La mise en œuvre du respect des libertés individuelles et de la gestion des mesures de restriction des libertés est effective. En effet, chaque unité dispose d'un document règle de vie de l'unité qui fixe les règles du vivre ensemble sans restriction des libertés individuelles. Tous les services de l'établissement services de psychiatrie d'admissions, services de long séjour psychiatrique et le service transversal de prise en charge des patients anxio-dépressifs sont des services ouverts pouvant accueillir des patients en hospitalisation libre ou sous contraintes.

L'établissement dispose, aussi, d'un service fermé sécurisé où sont hospitalisés des patients en SDRE, en fonction de la clinique présente à l'arrivée, et les patients ex-détenus sortants de prison dans un secteur dédié.

Les restrictions de liberté dans les services ouverts hors isolement sont rares, de très courtes durée et toujours sur prescription médicale argumentée dans l'intérêt de la sécurité du patient et avec accord tracé de ce dernier.

Lors des visites de terrain plus aucune unité ne dispose de chambres sécurisées SDC avec "serrure à double cylindres", la pratique de l'isolement en dehors des chambres d'isolement n'est plus possible.

L'information du patient lors des hospitalisations sous contraintes est effective et les soignants connaissent parfaitement le dispositif institutionnel.

Lors de la prescription d'un isolement pour un patient en soin libre, le statut d'hospitalisation du patient est changé immédiatement par le médecin prescripteur avec certificat rédigé et recherche du tiers par l'équipe.

Les restrictions de libertés, de mise en chambre d'isolement en psychiatrie font l'objet d'une prescription médicale écrite conforme, avec recherche systématique des alternatives à l'isolement. Cependant, ces prescriptions médicales ne sont pas toujours réévaluées à périodicité définie conformément à la réglementation. En effet, lors des visites terrains dans la quasi totalité des secteurs d'hospitalisation ayant des chambres d'isolement, l'heure du premier renouvellement à 12h est systématiquement dépassée, alors que le logiciel de prescription permet désormais la prescriptions pour 12h. Par contre, les renouvellements suivants à 24 heures sont tous conformes. Cet écart déjà notifié lors de la visite de suivi fin 2017 est aussi identifié par l'établissement, grâce aux audits menés régulièrement par le médecin DIM. Les résultats des audits pour cet Item montre en effet une conformité allant de 0% à 50%, en fonction des services lors de la dernière évaluation.

Malgré la présence de psychiatre dans les unités de soins et une permanence médicale organisée la nuit, les weekends et jour fériés le plan d'action mis en œuvre n'a pas permis de corriger cet écart.

Par contre, les surveillances IDE sont systématiquement prescrites et tracées par les IDE dans le dossier patient informatisé au niveau du plan de soins. Le plan d'action volontariste de la direction des soins pour maîtriser l'écart identifié lors de la visite de suivi 2017 est donc effectif.

Le registre réglementaire des isolements est en place et le rapport d'activité annuel sur les isolements est envoyé à l'ARS.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

On retrouve une évaluation périodique des actions du PAQSS sur la thématique respect des droits des patients dans le cadre du dispositif institutionnel d'évaluation et de réajustement par le COVIRIS, en lien étroit avec la CDU et la CME. Le dispositif repose sur un tableau de bord de suivi des actions, point d'entrée du réajustement du compte qualité sur la thématique.

On retrouve un tableau de bord de suivi d'indicateurs spécifiques aux droits des patients au niveau institutionnel, des pôles et des services. Les indicateurs suivis mesurés par des audits effectués par le médecin DIM sont, par exemple, le suivi de la prescription médicale pour une chambre d'isolement, la validation des occurrences de surveillances des isolements par les IDE, la traçabilité de la prescription de la contention... On retrouve, donc un tableau de bord de suivi d'indicateurs avec une cible de résultat attendue par indicateur, la date de recueil et les modalités d'évaluation. Les résultats sont communiqués aux chefs de pôle et aux cadres de pôle pour mise en œuvre immédiate des mesures correctives.

Par ailleurs, l'évaluation de la satisfaction du patient et de son entourage est assurée par l'analyse des questionnaires de sortie tous les trois mois. Le taux de retour en intra hospitalier est de 12% pour un taux de retour de 27% en extra hospitalier.

De fait, un dispositif structuré d'évaluation sur la thématique droit et information pertinent est en place en phase totale avec le suivi du plan d'action du compte qualité spécifique.

A / AGIR

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

La politique de promotion de la bienveillance et des droits des patients est réajustée en fonction du suivi structuré du plan d'action par le COVIRIS en lien direct avec la CME et la CDU.

Cette évaluation conduit au réajustement du compte qualité spécifique sur la thématique.

Les actions d'amélioration sont communiquées aux professionnels via l'intranet, le journal interne, les affichages et les réunions organisées par les cadres de santé, les cadres de pôles et les médecins chefs de pôles et aux représentants des usagers lors des CDU.

Néanmoins, certaines actions d'amélioration nécessaires, en lien avec les résultats d'évaluation ne sont pas mises en œuvre. L'établissement évalue également la durée des isolements, mais à ce jour, aucune démarche structurée de RMM n'est en place pour analyser les isolements longs de plus de 24h ou ceux de patients isolés en mode séquentiel long (sorties autorisées durant la journée) afin de re-questionner les trajectoires thérapeutiques en équipe pluridisciplinaire.

Cependant, après avoir totalement supprimé les isolements en chambres SDC, l'établissement a amorcé une démarche de mise en place d'espace d'apaisement, notamment dans le secteur long séjour, afin de diminuer le recours aux isolements et la durée des isolements. On retrouve, d'ailleurs, dans une unité de ce secteur un espace dit d'apaisement organisé en espace Nosélen Ad-hoc.

Cette démarche, portée par les soignants rejoints par le corps médical, se structure et l'établissement étudie l'intégration des coûts de travaux nécessaires dans son plan pluriannuel d'investissement.