



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**ADDITIF AU RAPPORT DE NON
CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DE LA
HAUTE-MARNE - HÔPITAL
ANDRE BRETON**

Carrefour Henri Rollin

52108 SAINT DIZIER

OCTOBRE 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	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
DROITS DES PATIENTS	12

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 : - 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 : - <u>Point sensible</u> : - 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> : - 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> : - o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation - o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE-MARNE - HOPITAL ANDRE BRETON	
Adresse	Carrefour henri rollin 52108 Saint-Dizier
Département / région	HAUTE-MARNE / GRAND-EST
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	520004128	GCS NORD HAUTE-MARNE	Ch de la haute-marne Carrefour henri drolin 52100 ST DIZIER
Entité juridique	520780081	CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE-MARNE	Carrefour henri rollin 52108 Saint-Dizier
Etablissement de santé	520000456	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE JEAN BODEL	Centre hospitalier rue de la pitié 52300 JOINVILLE
Etablissement de santé	520002635	CENTRE D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL WINNICOTT	66 avenue carnot 52000 CHAUMONT
Etablissement de santé	520781972	CENTRE ALEXIS JUVET	4 rue du val barizien 52000 CHAUMONT
Etablissement de santé	520783093	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE CH DE LA HAUTE- MARNE	Carrefour henri rollin 52100 ST DIZIER
Etablissement de santé	520000464	CENTRE D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE TPS PARTIEL LE TEMPS CHOISI	Les bleuets n° 211 et 312 52200 LANGRES
Etablissement de santé	520003716	HOPITAL DE JOUR - CATTP DES ABBES DURAND	16 rue des abbés durand 52000 CHAUMONT

Etablissement de santé	520782962	CENTRE MEDICAL JEANNE MANCE	Route de nancy 52200 LANGRES
Etablissement de santé	520783531	CENTRE MEDICO- PSYCHOLOGIQUE GABRIEL PERTAT	4 rue des ursulines 52300 JOINVILLE
Etablissement de santé	520000480	CTRE JEHANNE MADAME - CH HAUTE MARNE	31 rue charles de gaulle 52130 WASSY
Etablissement de santé	520003559	LA MAISON DE SAINT DIZIER	20 rue des lachats 52100 ST DIZIER
Etablissement de santé	520781550	CENTRE GEORGES HEUYER - CH HAUTE MARNE	11 rue gambetta 52200 LANGRES
Etablissement de santé	520000431	ESPACE AVERROES ET CASA	48 ter avenue des etats unis 52100 ST DIZIER
Etablissement de santé	520003724	LA RECREATION	36 rue lalande 52100 ST DIZIER
Etablissement de santé	520003146	CENTRE DE SOINS LA FABRIQUE DU PRE	16 rue des lachats 52100 ST DIZIER
Etablissement de santé	520003732	HOPITAL DE JOUR ROGER MISES	12 rue du vieux moulin 52000 CHAUMONT
Etablissement de santé	520784133	CENTRE MEDICAL MAINE DE BIRAN	1 rue marc chagall 52000 CHAUMONT
Etablissement de santé	520000712	CENTRE MEDICO- PSYCHOLOGIQUE LE POINT DU JOUR	16 rue des lachats 52100 ST DIZIER
Etablissement de santé	520000076	CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE-MARNE - HOPITAL ANDRE BRETON	Carrefour henri rollin Bp 142 52108 Saint-Dizier

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	145	93
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	5	75
SLD	SLD	35	/
SSR	SSR	52	4

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	Le CHHM a développé des partenariats avec les autres acteurs de la santé, du médico-social, de l'éducation et de la justice ; ceci se traduit par : - des conventions spécifiques avec les trois CH MCO du département et les CH (ex locaux) du nord de la Haute-Marne (organisation des prises en charge, mises à disposition de locaux ou de personnels, partage de certains praticiens), avec les établissements médico-sociaux (psychiatrie de liaison ou activité d'intérêt général) et avec les établissements de la région ou hors région (activité d'intérêt général, mise à disposition de médecin) ; - la participation à différents réseaux ou groupements hospitaliers au niveau départemental, régional et interrégional : réseau régional des urgences, CSAPA de Haute-Marne, RECAP, RéGéCA, FMIG, CHT centre, GCS restauration, GCS nord Haute-Marne (PUI), GCS Biologie médicale du Triangle et Der - une adhésion au GHT Cœur Grand Est (Meuse / Haute-Marne / Marne) - une association au GHT 21-52 (Côte d'Or)
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligation d'amélioration

Droits des patients

Recommandations d'amélioration

Parcours du patient

Management de la prise en charge médicamenteuse du 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 examine avec le directeur général de l'Agence Régionale de santé dans quel délai l'établissement peut faire l'objet d'une nouvelle visite.

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

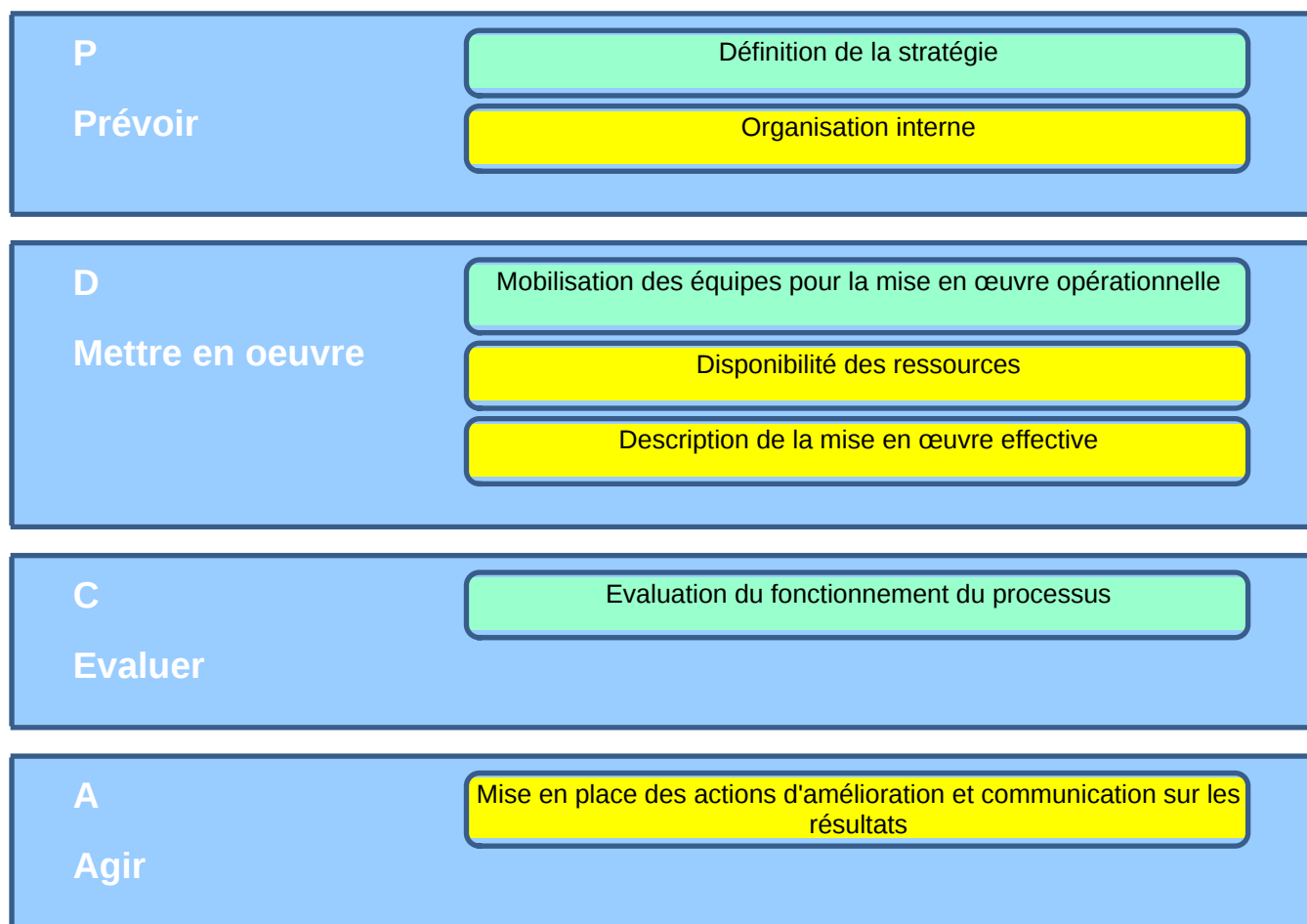
DROITS DES PATIENTS

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini ses ambitions au travers du Projet Médical Partagé (PMP) du GHT Cœur Grand-Est. Le groupement hospitalier de territoire (GHT) Cœur Grand-Est s'est structuré progressivement autour d'une gouvernance partagée. Il s'appuie sur les priorités du Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2023 afin :

- d'améliorer l'état de santé des habitants de la région,
- de favoriser au quotidien leur accès à la santé,
- de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le projet des usagers du GHT Cœur Grand-Est a été rédigé en 2019. Il prend en compte les enjeux majeurs de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

La politique relative aux droits des patients est définie dans le projet des usagers du GHT et est intégrée dans le projet médical partagé ainsi que dans le projet de soins et le projet qualité.

La politique droits des patients du CHHM a été réactualisée en mars 2021 et énonce 7 orientations stratégiques dont la garantie du respect des libertés individuelles des patients et le respect des droits des patients en matière d'isolement et de contention.

Les risques identifiés comme prioritaires concernant le droit des patients ont été versés au compte qualité et font l'objet de plans d'actions, d'un calendrier et d'indicateurs de suivi. Les plans d'actions sont validés par les instances concernées et articulés avec le PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour le pilotage du processus droits des patients. Le pilotage du processus « droits des patients » est assuré par 3 acteurs institutionnels, issus de l'encadrement médical, de l'encadrement supérieur, de la direction. Leur rôle et responsabilités sont identifiés et formalisés dans la lettre de mission.

En lien avec la thématique, 4 groupes de travail sont organisés dans l'établissement : le groupe droits des patients, le groupe de suivi sur les pratiques d'isolement/contention, un COPIL liberté d'aller et venir, le groupe bientraitance. Les réunions des groupes et instances autour de la thématiques droits des patients se déroulent à périodicité définie et les comptes rendus sont disponibles dans la gestion documentaire.

Sur le plan institutionnel, les représentants des usagers (RU) sont intégrés dans la plupart des instances de l'établissement, leur rôle et expérience contribuant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les RU ont également participé activement aux groupes de travail consacrés au Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) et ont été inclus en qualité de membres de l'équipe projet.

La commission des usagers (CDU) de l'établissement est présidée par un représentant des usagers.

Au sein de l'établissement, la commission d'éthique est animée par le médiateur médical de l'établissement. Elle est composée de professionnels de l'établissement dont 3 médecins.

Le règlement intérieur du CHHM précise "En raison d'un manque de places, les personnes hospitalisées devant être admises en unité ouverte, peuvent l'être en unité fermée. Dans ce cas, elles doivent être immédiatement informées de cette modalité d'hospitalisation. Durant leur séjour en unité fermée, les soignants doivent leur permettre d'exercer leur liberté d'aller et venir". Cette question de la liberté d'aller et venir dans l'établissement est identifiée depuis 2015 lors de la première itération de la V2014, lors du passage du CGLPL en 2016 et à nouveau lors de la seconde itération de la V2014 en 2019.

Concernant les pratiques d'isolement et de contention, un comité de suivi co-animé par un médecin psychiatre a été mis en place en 2019. En parallèle, la politique pour limiter le recours aux pratiques d'isolement et de contention a été formalisée par le comité de suivi isolement et contention en janvier 2020. Elle a été validée en COPIL SQS le 10 février 2020 et présentée à la commission médicale d'établissement (CME) en mars 2020. Toutefois, les droits des patients en matière d'isolement et de contention ne sont pas respectés. L'établissement n'a pas mis en œuvre l'article 84 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 qui prévoit la possibilité de saisine du juge des libertés et de la détention lorsque la durée de l'isolement est supérieure à 48h ou la durée de la contention supérieure à 24H par le patient lui-même ou par ses proches. Le patient n'est pas informé de son droit de saisine du Juge des Libertés et de la détention, celui ci ne peut éventuellement mettre fin à la mesure. Au jour de la visite, aucune date de rencontre avec le JLD n'était fixé. Le process de mise en œuvre, au jour de la visite, n'était pas formalisé (pas de document d'information du patient de son droit de saisine, pas de document de saisine). La mise en œuvre de la loi ne figure pas dans le PAQSS de l'établissement.

Les gardes et astreintes médicales sont organisées pour permettre l'évaluation des patients en isolement /contention par un interne et un psychiatre senior.

Des formations régulières sont mises en place autour de la thématique des droits des patients. Depuis juin 2018, une formation pluriannuelle axes transversaux « Droit des patients, approche juridique et éthique » est inscrite dans les plans de formation de l'établissement et traite de la liberté d'aller et venir du patient. Un renforcement de la formation du corps médical à la notion de la liberté d'aller et venir a

également été planifiée le 25 mars 2020. Elle a été reportée en 2021 en raison de la crise sanitaire. Cependant, les projets de prise en charge n'identifient pas les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non respect. Au centre hospitalier de la Haute Marne, une seule unité de soins de psychiatrie est une unité ouverte de 30 lits, "La fabrique du pré" qui accueille les patients en soins libres. Lors de la visite, il a été observé, dans 3 unités d'hospitalisation fermées, que la majeure partie des patients était en soins libres (Brassens 23 SL sur 28 patients hospitalisés; Maine de Biran 1er étage 14 SL sur 15 patients hospitalisés, Maine de Biran 2ème étage 17SL sur 21 patients hospitalisés). A l'unité Iris, 10 patients en SL sur 25 patients hospitalisés. Dans ces unités, les patients sont dépendants de la disponibilité des soignants pour l'ouverture des portes. De plus, à l'unité Iris les patients signent un document acceptant les conditions d'hospitalisation en unité fermée les mettant au même régime que les patients en hospitalisation sans leur consentement. Cette règle n'est pas en conformité avec la réglementation. Par ailleurs, les règlements intérieurs de ces unités fermées sont en décalage avec le règlement intérieur de l'établissement qui garantit la liberté d'aller et venir. D'autre part, dans l'unité les Iris qui est fermée, il est acté le non accès du patient à sa chambre au moment des repas (8h15/9h15; 11h30/13h;18h30/20h) soit 4 heures par jour. L'établissement a inscrit ces règles de fonctionnement dans le règlement intérieur de l'unité le 31 mars 2021. La réouverture n'est possible qu'après que les soignants aient compté les couteaux de la salle à manger. Ce comptage est davantage en lien avec la sécurité du personnel qu'avec le risque suicidaire. En termes de locaux et de ressources matérielles, les unités disposent majoritairement de chambres individuelles et de conditions hôtelières satisfaisantes. Une procédure de signalement d'une situation de maltraitance est formalisée sous forme de guide et fait l'objet d'une fiche d'alerte à disposition des professionnels. L'information des patients et des usagers sur leurs droits et les missions de la CDU est organisée via le livret d'accueil et par voie d'affichage dans les unités de soins. Un travail est actuellement mené par le service communication pour harmoniser les livrets d'accueil et moderniser le site internet des établissements du GHT Cœur Grand-Est. Depuis 2020, l'actualité du CHHM est désormais accessible via Facebook. L'établissement vient d'éditer un guide des droits et devoirs des usagers à destination des professionnels. Le service qualité a élaboré un quizz à destination des soignants où sont reprises les thématiques des droits des patients. Le formulaire de recueil de l'accord de la personne de confiance, désignée par le patient, a été réajusté en mai 2019 selon les dispositions en la matière en ajoutant la signature de la personne de confiance. L'instruction a également été réactualisée. Un rappel dans les unités et lors de réunions cadres a été réalisé afin de préciser les modalités d'utilisation de ce formulaire. Le document est désormais scanné et intégré dans le DPI. Dans la politique "droits des patients" en date du 29 mars 2021, une orientation stratégique est de promouvoir les bonnes pratiques en matière de désignation de la personne de confiance. Une mise à jour de la procédure "désignation de la personne de confiance " a été effectuée le 16 juin 2021. Celle-ci ne précise pas le processus pour informer la personne choisie par le patient que ce dernier l'a désignée comme personne de confiance. Ainsi, le formulaire de désignation de la personne de confiance n'est pas rempli par celle-ci. A la fabrique du pré, 16 documents non remplis sur 17; 3 sur 5 dans l'unité les Iris.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le COPIL Sécurité Qualité Soins se charge de décliner la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Elle identifie les responsabilités pour la mise en œuvre des actions, l'information et la communication auprès des professionnels du terrain.

Le COPIL SQS s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les dysfonctionnements identifiés donnent lieu à la mise en œuvre d'actions correctives menées par des pilotes identifiés. Les représentants des usagers sont désormais présents lors des COPIL SQS.

Le dispositif de signalement des événements indésirables est articulé avec celui du système de traitement des plaintes et réclamations suivi par la CDU. Cependant, les équipes ne sont pas sensibilisées au respect de la dignité et de l'intimité des patients. Le manque de sensibilisation des professionnels sur le respect de la dignité et de l'intimité induit sur leurs pratiques professionnelles. Dans une unité de Maine de Biran, lors de la visite d'une chambre à la demande d'une patiente, il a été constaté que les toilettes d'une chambre double n'étaient pas fonctionnelles depuis une semaine.

Une chaise-pot avait été installée pour les patientes. Suite à cette visite, un changement de chambre a été effectué.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources documentaires concernant la thématique sont accessibles dans la base documentaire.

Concernant l'unité pour adolescents MODADO, l'oculus a été supprimé sur la porte de la chambre dite d'apaisement de l'unité adolescents. En parallèle, le service mène une réflexion afin d'impulser un changement de pratiques avec les soignants quant à l'utilisation de cet espace.

L'établissement veille à l'accessibilité des locaux aux personnes en situation de handicap (rampes, ascenseurs, stationnements réservés). Une attention est notamment portée à l'accueil des familles et des

enfants avec des salons spécialement aménagés dans les unités de psychiatrie sur le site de Saint-Dizier. Les nouveaux plans de Maine de Biran vont également permettre de créer un salon famille sur chaque étage au sein de la structure.

Les chambres d'isolement, au nombre de 6 sur l'établissement ont fait l'objet de rénovation. Les chambres d'isolement sur Saint Dizier sont équipées de boutons d'appels y compris pour les patients contentionnés, ce n'est pas le cas à Maine de Biran.

Toutefois, les conditions d'hébergement ne permettent pas le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Dans les chambres doubles, notamment à Maine de Biran il n'est pas mis en place de paravents entre les lits. La restructuration des locaux permettra d'augmenter le nombre des chambres individuelles.

Certaines chambres du SSR ont des sanitaires vétustes qui ne permettent pas aux patients de définir un espace d'intimité. Un programme de rénovation de ces chambres est en cours.

Les unités de psychiatrie disposent de cabines téléphoniques qui permettent le respect de la confidentialité.

L'accès des patients aux coordonnées des différents représentants du culte est organisé pour chaque confession.

La liste des représentants du culte est affichée et disponible dans le logiciel documentaire.

Le droit de vote est organisé au sein de l'établissement. Une instruction à cet effet a été rédigée en 2020 et présentée lors de réunion cadre.

Un formulaire relatif au droit à l'image a également été réalisé en 2020. Il a été scanné et intégré au DPI.

En cas de besoin, l'établissement assure également l'entretien du linge des patients à titre gracieux.

Patients, usagers et familles disposent d'une cafétéria au sein du CHHM. Une convention est en place avec les mandataires judiciaires afin de permettre aux patients et résidents de bénéficier de l'offre de la cafétéria via la banque des hospitalisés. Par ailleurs, ce lieu doit évoluer prochainement en maison des usagers qui proposerait d'une part, l'ouverture d'une permanence dédiée à l'accès aux droits et d'autre part, des temps de rencontre et d'information. Un COPIL composé de médecins partenaires et patients sera prochainement mis en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Il existe des pratiques d'isolement et de contention pour les patients en soins libres. Un accueil personnalisé et le soutien de l'entourage sont proposés pour les patients en fin de vie.

Les restrictions de libertés ne font pas l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie. A l'admission du patient en psychiatrie, un certain nombre d'affaires personnelles lui sont systématiquement retirés (coupe ongles, parfum, chargeur de portable...). Ce retrait n'est pas prescrit, n'est pas en lien avec un état clinique, sans lien avec le mode d'hospitalisation et ne fait pas l'objet de réévaluations. Ces retraits d'objet sont de l'ordre de l'usage. Certains règlements intérieurs des unités y font références (Maine de Biran, Iris) : "certains objets peuvent vous être retirés : briquets, parfum, ceinture, rasoirs...". Le patient peut y avoir accès au moment de la toilette sur demande auprès des soignants.

Dans l'unité Brassens, certaines restrictions de libertés sont prescrites, d'autres ne sont pas inscrites dans le dossier du patient. Une prescription de restrictions de libertés d'un patient n'est pas réévaluée depuis 2017.

Dans l'unité les Iris, les patients n'ont pas accès au jardin (avec double grillage) et au patio sans présence soignante. Dans cette même unité, les patients ne peuvent sortir dans le parc de l'établissement sans être accompagnés au motif de la pandémie Covid.

Dans l'unité Brassens, un nouveau mode de fermeture de chambre est mis en place. Suivant les positions de la serrure:

- le patient peut sortir et entrer librement dans sa chambre

- l'accès à sa chambre est impossible

- il ne peut pas sortir de sa chambre ce qui peut générer un risque d'isolement dans un espace non dédié.

Le patient n'est pas en possession de la clef de sa chambre.

De plus, les soins ne sont pas réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Lors de la mise en chambre d'isolement dans l'unité Iris, le patient revêt systématiquement une tunique "anti suicide". Ceci n'est pas prescrit et ne fait pas suite à l'évaluation du risque suicidaire. Lorsque le patient veut fumer, il est accompagné au fumoir et doit pour cela traverser l'unité dans cette tenue. Celle ci n'est pas respectueuse de la dignité et de la pudeur du patient. Les soignants dans ce cas de figure choisissent un moment où peu de patients sont présents. Le protocole d'isolement ne prévoit pas cette tenue. Dans l'audit interne de 2019, 4% des prescriptions d'isolement dans le DPI précisait la tenue vestimentaire du patient.

Par ailleurs, il existe des pratiques d'isolement et de contention pour les patients en soins libres. Lors de l'expérimentation des Indicateurs Qualité Sécurité des Soins sur les pratiques d'isolement et de contention en 2019 et 2020, 33% des patients isolés étaient en soins libres au moment de la mesure (soit 18/55). Pour un seul, un changement de mode d'hospitalisation a été effectué. Le rapport du comité isolement contention du premier trimestre 2021 indique : 21 mesures d'isolement concernent 13 patients en soins libres (SL), soit 43% des mesures. Depuis la mise en place de l'article 84 de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020; seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés.

Pour l'ensemble des situations observées, les risques ne sont pas identifiés par l'établissement et ne font pas l'objet de plans d'actions d'amélioration.

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Trois EPP sont actuellement en cours sur les droits du patient, elles sont à l'étape 4:

-Respect des principes d'autonomie au sein d'une unité de psychiatrie au long cours

-Améliorer la sécurité et les libertés individuelles des patients

- Amélioration des pratiques professionnelles relatives à la mise en chambre d'apaisement dans l'unité pour adolescents

Des actions d'amélioration ont été menées: la mise en place des serrures 3 positions à l'unité Brassens, l'obstruction de l'oculus sur la chambre d'apaisement dans l'unité pour adolescents.

Des cadres de santé ont été formés au patient traceur qui permet d'évaluer le parcours et le respect des droits des patients tout au long de son séjour.

18 patients traceurs ont été réalisés. Des audits sont également régulièrement réalisés.

Des enquêtes de satisfaction sur le respect des droits des patients sont réalisées dans les différents secteurs d'activité :

-par le questionnaire de sortie,

-sous forme d'enquêtes flash notamment auprès des structures de psychiatrie ambulatoire adulte et enfant,

-Sous forme d'enquête annuelle notamment auprès des accueils de jour et des structures médico-sociales.

L'établissement a participé à 2 reprises au recueil des IQSS concernant les pratiques d'isolement et de contention en 2019 et 2020.

Le respect des bonnes pratiques en matière de libertés individuelles n'est pas évaluée avec la commission éthique.

En effet, dans le questionnaire de sortie dont le taux de réponse est de 9% sur le premier trimestre 2021 en ce qui concerne la psychiatrie, un item concerne le respect de la liberté d'aller et venir dans l'établissement. Les usagers sont interrogés sur un droit qu'ils ne peuvent exercer dans l'établissement (la satisfaction est de 100%).

L'établissement n'a pas identifié ce dysfonctionnement et n'a pas élaboré de plans d'actions concernant son faible taux de retour de questionnaires de sortie.

A / AGIR**MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS**

Des actions d'amélioration du dispositif au regard des résultats obtenus sont mises en œuvre, intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le PAQSS est actualisé 2 fois par an et les actions relatives aux droits des patients y sont intégrées.

La communication des résultats et actions est réalisée auprès des professionnels, notamment par des documents écrits et diffusés.

Cependant, les actions d'amélioration portant sur la préservation des libertés individuelles ne sont pas mises en place. Au jour de la visite, il n'y avait qu'une unité de psychiatrie ouverte sur l'établissement. Cette question de liberté d'aller et venir pour les patients en SL est identifiée depuis longtemps, lors des précédentes visites en 2015 et 2019 avec une obligation d'amélioration et lors du passage du CGLPL en 2016 sans que les risques soient identifiées et qu'un plan d'actions institutionnel apporte des solutions aux problématiques relevées au moment de la visite. L'établissement a le projet la restructurer des locaux de Maine de Biran ce qui permettra la création d'une seconde unité ouverte en juin 2022, 55 lits au total pour la psychiatrie.