



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

EPSM 71 (Établissement Public de Santé Mentale de Saône-et-Loire)

55, RUE AUGUSTE CHAMPION SEVREY
71100 SEVREY



Validé par la HAS en Mai 2025

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Mai 2025

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	21
Annexe 3. Programme de visite	22

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

EPSM 71 (Établissement Public de Santé Mentale de Saône-et-Loire)	
Adresse	55, RUE AUGUSTE CHAMPION SEVREY 71100 SEVREY FRANCE
Département / Région	Saône-et-Loire / Bourgogne-Franche-Comté
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	710781329	EPSM 71	55 rue Auguste Champion SEVREY 71100 SEVREY Cedex FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

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

Champs d'applicabilité

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

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

Chapitre 1 : Le patient

L'établissement public de santé mentale de Saône et Loire (EPSM 71), relevant du secteur public, prend en charge la population de la partie nord de deux-tiers du département pour la psychiatrie adulte et l'ensemble de la Saône-et-Loire pour la pédopsychiatrie. Les soins sont répartis en plusieurs filières et/ou spécialités (psychiatrie générale addictologie, appartements thérapeutiques, pédopsychiatrie, hospitalisation de jour, réhabilitation psychosociale, troubles du spectre autistique, équipes mobiles, psychiatrie de liaison, soins aux détenus...). Adultes et mineurs peuvent bénéficier de soins en extrahospitaliers sur près de cinquante structures réparties sur le territoire. Le site principal, pavillonnaire est situé sur la commune de Sevrey à 6 kilomètres de Chalon-sur-Saône. A l'entrée, un livret d'accueil est remis à chaque patient, il a été récemment mis à jour. Celui-ci est également disponible sur le site internet de l'établissement. L'implication des patients dans leur parcours de soins est recherchée tout au long de celui-ci, quel que soit l'âge ou la situation de la personne, cependant l'avis des mineurs sur le projet de soins et ses modalités n'est pas tracé. Les professionnels informent de la possibilité de désigner une personne à prévenir et une personne de confiance et du rôle de ceux-ci. Toutefois les experts ont pu constater que l'accord de la personne de confiance pour endosser ce rôle n'était pas toujours tracé dans les dossiers. L'information au patient est centrée sur les modalités de soins, le diagnostic, quand cela est possible, ou les droits du patient. Des messages de santé publique sont également affichés dans les unités. Malgré cela, le Dossier Médical Partagé (DMP) de "mon espace santé", les directives anticipées de fin de vie, la possibilité de déclarer des Evénements Indésirables Associés Aux Soins (EIAS), la commission des usagers et les modalités pour soumettre une réclamation durant ou après leur séjour restent peu connus des patients. Tous les patients sont invités à faire part de leur expérience au cours des soins mais ce recueil est peu exploité. Lors de la sortie d'hospitalisation en temps plein un questionnaire de satisfaction est remis au patient et certaines unités en extra hospitalier (dans la filière adulte comme dans la filière pédopsychiatrie), ont également mis au point un tel recueil. Cependant les patients rencontrés restent peu informés de ces modalités. L'établissement a entrepris un vaste programme de reconstruction des bâtiments d'hospitalisation sur le site principal dont la première tranche devrait être livrée avant la fin du semestre 2025. Quelques unités sont récentes (2018), la plupart sont vétustes mais l'environnement du patient est propre. Dans plusieurs unités des chambres sont à l'étage sans ascenseur. Il existe de nombreuses chambres doubles, quelquefois exiguës, sans paravent pour la plupart, des salles de bains communes (sans sonnette d'appel) des toilettes communes. Les patients ne peuvent pas s'enfermer dans leurs chambres et les placards de celles-ci ne ferment pas à clé. Les objets de valeurs et les objets dit dangereux sont dans des casiers individuels dont seuls les soignants ont la clé. Si des sonnettes d'appel existent bien, un patient contenu ne peut y avoir accès. Elles n'ont pas de sas d'accès et les portes, avec des oculi parfois ouverts, donnent directement sur les couloirs de circulation. Les lits, scellés, en métal ont des angles saillants mettant en jeu la sécurité des patients. Également dans les CI des lavabos directement au-dessus des chasses d'eau. Les patients mineurs bénéficient de trois unités d'hospitalisation, adaptés à leurs besoins et ouvertes. Il arrive, par manque de place que des mineurs soient hospitalisés en service adulte. Dans ces cas une adaptation de l'environnement est recherchée (chambre seule, proche du bureau infirmier) et des soignants de pédopsychiatrie viennent renforcer l'unité. La prise en charge des patients détenus a fait l'objet d'une réflexion ayant aboutie à une unité spécifique comportant des chambres d'isolement conformes aux recommandations, des cours fermées et un accès aux visites dès lors que l'administration pénitentiaire en est d'accord. La douleur est anticipée et fait l'objet d'une évaluation systématique à l'aide d'échelles validées. La traçabilité de la réévaluation de la douleur, après traitement, médicamenteux ou non est également retrouvée. Les experts ont constaté un seul cas, où ces deux éléments n'étaient pas présents dans le dossier. Un

maintien de l'autonomie est recherché et encouragé tout au long du séjour pour les personnes les plus fragiles. Cependant le bilan d'autonomie pour les personnes âgées n'est pas retrouvé dans les dossiers. L'aide de l'entourage est recherché si le patient le souhaite. L'engagement de l'ensemble des équipes, des assistantes sociales, de l'équipe mobile précarité, permettent la prise en charge des patients en situation de précarité ou d'isolement social et de maintenir une inclusion dans la cité. Un large panel d'activités thérapeutiques (musicothérapie, équithérapie ...) en intra comme en extra hospitalier dans le cadre d'une prise en charge classique ou dans le cadre de la réhabilitation, des programmes d'ETP (éducation thérapeutique du patient) et des actions de psycho éducation vient également favorisée cette dernière. Cette volonté se retrouve également en pédopsychiatrie ou le lien avec l'éducation nationale est une des composantes de lutte contre la déscolarisation. Les proches et/ou les aidants sont associés pleinement à la mise en œuvre du projet de soins et dans le projet de sortie, dès lors que le patient ne s'y oppose pas. Cette sortie est préparée autant dans ses aspects pratiques et le respect des conditions de vie du patient qu'en terme d'information sur la continuité du traitement à la sortie.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Les équipes évaluent la pertinence des décisions prises en termes de parcours de soins, de prescriptions médicamenteuses et de décisions médicales. Ces évaluations sont formalisées au sein des dossiers de chaque patient autant pour les prises en charge standards que celles complexes mais ne s'appuie pas sur des protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques, l'utilisation de celles-ci étant hétérogènes dans l'établissement. Les pratiques d'isolement et de contention font l'objet d'une réflexion collégiale, revue autant que de besoins et d'une décision médicale tracée dans le dossier. Durant la visite il n'a pas été constaté de contention mécanique. Les espaces dédiés à l'isolement sont pour la plupart vétustes et ne respectent pas les recommandations de bonnes pratiques. Dans de nombreuses unités des restrictions d'objets (valeurs non déposées au coffre, tabac, rasoirs...) font l'objet d'un retrait systématique, pour l'ensemble des patients sans que ces décisions ne soient réévaluées. Enfin plusieurs unités d'entrées ont une porte fermée sur l'ensemble de la journée alors que des patients en soins librement consentis sont hospitalisés. Les équipes soignantes de l'établissement sont présentes dans plusieurs services d'accueil des urgences et une Unité d'accueil et de coordination des Hospitalisations (UACH) assure la fonction de "bed management" de l'établissement. Le dossier du patient est informatisé et accessible à l'ensemble des professionnels impliqués. Il facilite le partage d'information entre les différents intervenants, en intra comme en extra hospitalier. Une difficulté subsiste en médecine pénitentiaire qui n'a pas accès au dossier somatique géré par le Centre Hospitalier de Chalon-sur-Saône. Par contre les professionnels utilisent peu le webservice permettant d'accéder au Dossier médical Partagé et l'établissement n'a pas accès au dossier pharmaceutique du patient. Les équipes peuvent faire appel à des spécialistes externes auprès des établissements du territoire ou, éventuellement, auprès d'un autre médecin désigné par le patient. Les projets de soins individuels, sont bien présents dans les dossiers mais la formalisation de ceux-ci, le rapprochement des différents éléments, ne permettent d'avoir d'emblée une lisibilité de ceux-ci. Les équipes sont coordonnées et articulent leurs prises en charge : Avec les partenaires internes (équipes mobiles, structures ambulatoires...) Avec les partenaires externes (EHPAD, réseau périnatal) en prenant appui sur de nombreuses temps de coordination. Une lettre de liaison est remise au patient et envoyée au médecin traitant pour assurer la continuité des soins avec l'ambulatoire. Toutefois, s'agissant des Centre médico Psychologiques les délais de prise en charge ne sont pas évalués formellement. Des réunions, pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires permettent un dépistage et un accès précoce aux soins et un suivi des patients au cours de leurs parcours de soins et de leur parcours de vie. Pour la pédopsychiatrie, les experts ont noté un décalage entre l'intra et l'extra hospitalier dans les temps de transition vers l'âge adulte ainsi qu'un défaut de mise à jour des vaccinations dans le carnet de santé de l'enfant. Les risques spécifiques et les critères d'alerte liés aux patients sont retrouvés, connus des équipes mais ne sont pas systématiquement formalisés. La rédaction d'un plan de prévention partagée ou de plans de protection avec le n'est pas encore en place dans tous les secteurs en cours patient est de réflexion dans plusieurs secteurs. L'établissement a fait le choix de proposer aux patients qui le souhaitent le port d'un bracelet d'identification que le patient peut refuser, dans ce cas ce refus est enregistré dans le dossier de soins et les professionnels utilisent alors des questions ouvertes permettant l'identification du patient. La procédure récemment mise à jour n'est pas complètement intégrée au fonctionnement des unités, notamment en hôpital de jour. Les experts ont constaté que lors de l'administration médicamenteuse, l'identité du patient n'est ni vérifiée par le bracelet ni par une question ouverte au patient. L'établissement n'a pas de service interne pour les transports sanitaires et fait appel à des prestataires externes dont les équipes sont satisfaites. La prise en charge somatique est réalisée pour l'ensemble des patients par les somaticiens de l'établissement. Les équipes peuvent également faire appel à des spécialistes externes en privilégiant l'établissement le plus proche. Les examens de biologie

comme d'imagerie médicale sont organisés et traités par un partenaire externe. Les délais de compte rendus sont estimés satisfaisant par les prescripteurs. Le recours à la télésanté est peu fréquent et les modalités d'accès ne sont pas formalisées. L'organisation du circuit du médicament, s'appuie sur le Comité Qualité MEDicaments, un livret thérapeutique, mis à jour trois fois par an, et un manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse. L'établissement dispose d'un centre de ressource et d'expertise en psychopharmacologie (CREPP), piloté par les pharmaciens et destiné à tous les professionnels de santé du département..

L'approvisionnement, le stockage (y compris pour les produits thermosensibles et les médicaments à risque), le transport et l'accès aux produits de santé sont efficaces y compris en cas d'urgence. La PUI est fermée le soir et les week-ends, une armoire tampon permet d'assurer les besoins en médicaments éventuels durant ces périodes. Les bonnes pratiques de prescription et de dispensation sont respectées, s'appuyant sur un logiciel d'aide à la prescription. L'analyse pharmaceutique est réalisée à 80%, les pharmaciens ont accès aux résultats de biologie mais pas au dossier pharmaceutique. La délivrance est hebdomadaire et globale calculée automatiquement à partir des stocks des services et des prescriptions. Ce sont les infirmiers de nuit qui préparent les doses journalières. Les lieux d'administration sont hétérogènes (salle à manger pour la psychogériatrie, salles de soins). Les experts ont noté des prescriptions en si besoin qui ne sont pas étayées par des documents ou des échelles partagées, laissant à chaque infirmier libre d'interpréter la demande du patient. Une conciliation médicamenteuse de sortie est réalisée pour les patients d'addictologie. Le bilan thérapeutique est joint à la lettre de liaison. L'analyse des erreurs médicamenteuses n'est plus effective depuis l'arrêt en 2023, des CREX dédiés à cette thématique. Une liste de médicament à risque a été élaborée et diffusée dans l'ensemble des unités, cette dernière n'est pas adaptée à chaque filière de soins. L'existence de cette liste est connue des professionnels mais ces derniers n'ont pas été sensibilisés à son utilisation. Les médicaments à risque sont identifiés autant au niveau du logiciel d'administration que du stockage dans les armoires à pharmacie. L'accès à cette armoire que ce soit pour la dotation ou le coffre à toxiques est permis par des clés rangées dans une boîte sécurisée dont le code est connu de tous. L'accès à ce coffre n'est donc pas sécurisé, d'autant plus qu'un inventaire de son contenu n'est pas réalisé entre chaque équipe. Bien que la coordination avec les structures régionales et nationales soit effective, les soignants ne connaissent pas les vigilances par lesquelles l'établissement est concerné ni qui contacter en cas de besoins. Un cabinet d'odontologie existe sur le site de l'établissement et est la seule structure à utiliser des dispositifs médicaux réutilisables, le processus de stérilisation est sous traitée. Cette structure utilise un appareil de radio pour lequel le personnel porte des dosimètres. Les prescriptions d'antibiotiques font toutes l'objet d'une justification. Les praticiens peuvent se référer à un médecin titulaire d'un Diplôme Universitaire en antibiothérapie ainsi qu'à un antibioguide. L'efficacité de la prescription entre la 48ème et la 72ème heure est suivie par la PUI. La sensibilisation à l'antibiothérapie n'est pas mise en œuvre. Le risque infectieux est maîtrisé, en intra comme en extrahospitalier, les précautions standards et, si nécessaire complémentaires sont connues et mises en œuvre. L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) est connue des professionnels et assure conseils et formation sur le terrain. Des réunions réunissant les correspondants hygiène des services sont régulièrement organisées. Plusieurs audits sont réalisés concernant les précautions standards ou l'hygiène des mains. Pour autant les équipes ne connaissent pas leur taux de consommation de solutions hydroalcooliques. Les dispositifs invasifs sont peu nombreux et les équipes peuvent s'appuyer sur des protocoles et l'infirmière hygiéniste audite les pratiques deux fois par an. Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé, les freins à la vaccination ont été analysés. Pour autant, le statut vaccinal des équipes n'est pas connu de l'encadrement. Les experts n'ont pas retrouvé, au cours de la visite, une équipe pouvant présenter une démarche d'évaluation formalisée des pratiques. Les indicateurs utilisés relèvent essentiellement de l'activité médico économique des unités et non de pratiques cliniques. L'expérience patient est recueillie lors des réunions soignants-soignés présentes dans la plupart des unités mais le recueil de cette expérience est exclusivement oral, ne permettant pas de formaliser des objectifs d'amélioration. De même bien que la remise des questionnaires de satisfaction institutionnels ou ceux élaborés par les équipes soit effective, les unités n'analysent pas directement ceux-ci mais les envoient au service qualité. La Commission des usagers ne formule

pas de préconisations et les représentants n'interviennent pas comme appui au recueil de la satisfaction, elle est cependant informée de l'ensemble des démarches. L'analyse quantitative sont envoyés aux cadres mais ceux-ci n'exploitent pas les résultats en équipes. Il en est de même pour les déclarations d'évènement indésirables. Ces derniers sont déclarés, mais l'équipe pluridisciplinaire avoue être en sous déclaration. Ils sont analysés mensuellement par la cellule d'analyse des fiches d'évènements indésirables mais les équipes ont peu de connaissance de cette redescende des analyses et une seule cadre de proximité rencontrée, en extra hospitalise semble analyser régulièrement, en équipe les déclarations. La notion de presque accident n'est pas assimilée par les équipes.

Chapitre 3 : L'établissement

L'établissement public de santé mentale de Saône et Loire (EPSM 71), fait partie du Groupement Hospitalier de territoire (GHT) "Saône-et-Loire-Bresse-Morvan". Huit autres établissements publics font partie de ce GHT, le plus proche étant le centre Hospitalier de Châlons-sur-Saône. L'établissement gère également deux structures médicosociales, Une Maison d'Accueil Spécialisé et un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). L'établissement est membre d'un Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale (GCSMS) regroupant 15 EHPAD et est en direction commune avec celle de Le Creusot. Enfin l'établissement est en cours de devenir membre associé du GHT "Sud Bourgogne" avec pour objectif, entre autres, de renforcer les liens avec la psychiatrie adulte de Macon qui s'occupe de la partie Sud du département. Le projet d'établissement 2024-2028 porte les valeurs de l'établissement "l'humanisme une valeur qui nous engage" et structure une politique "d'aller-vers", auprès des communautés professionnelles territoriale de santé (CPTS) et des Conseils Locaux de santé Mentale (CLSM). Est un membre actif du Projet Territoriale de Santé mentale (PTSM) dont il coordonne les fiches actions. Cette politique se traduit également par les équipes mobiles mises en place (Equipe Mobile de Psychiatrie Infanto-Juvenile, Equipe Mobile Psychiatrie Précarité, intervention dans des structures partenaires...) L'établissement a mis en place des modalités de collaboration entre les services de psychiatrie et la médecine générale de ville, notamment par le biais de RéseauPSY, plateforme d'orientation des partenaires externes vers les différentes structures. Ce réseau, un lien important avec le service d'urgences de Châlons-sur-Saône qui accueille non seulement la psychiatrie de liaison mais aussi l'unité de soins intensifs à domicile permet d'éviter des hospitalisations, un accès précoce aux soins et une prise en charge optimisée des patients les plus vulnérables et des personnes âgées. Plusieurs modalités de communication (téléphonie, e-mail) permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément et ces facilités sont reportées sur le site internet. L'établissement a installé une messagerie sécurisée mais l'ensemble des soignants n'en bénéficie pas. L'alimentation du dossier médical partagé (DMP) est effective mais l'établissement n'a pas présenté de plan pour améliorer de déversement des documents dans le DMP L'établissement a repéré des professionnels désireux de s'investir dans la recherche mais n'a pas élaboré de politique formalisée sur cette thématique Son engagement dans les GHT et la présence d'IPA dans l'établissement, formés à la recherche, devraient favoriser cette démarche. L'engagement des patients est soutenu par la gouvernance qui porte sans son projet d'établissement, les valeurs d'une co-construction avec les patients. Cela ne se traduit pas encore dans un travail institutionnel mais plutôt par des actions ponctuelles ou isolées qui reste à structurer. Ainsi l'EPSM emploie deux pairs-aidants l'un dans le pôle de réhabilitation et l'autre dans le pôle d'admission en court séjours, les représentants des usagers participent à de nombreuses réunions, groupes de travail et instances. Des questionnaires de satisfaction sont mis en œuvre par l'établissement mais les PROM's et PREM's ne sont pas promus. Les résultats des enquêtes de satisfaction, les délais d'accès des patients à leur dossier, les plaintes et les réclamations et les analyses d'événements indésirables graves sont analysés en Commission Des Usagers (CDU). Cependant ils n'ont pas encore formalisé de projet des usagers qui permettrait de renforcer des actions d'empowerment et l'information des unités en cas de plaintes n'est pas formalisée. La lutte contre la maltraitance dont la maltraitance ordinaire et la promotion de la bientraitance sont des préoccupations fortes de l'établissement. Les experts ont pu constater lors des parcours et des entretiens avec les équipes l'attention du personnel sur ce sujet. Cependant la gouvernance ne suit pas d'indicateurs concernant les risques de maltraitance, il n'existe pas de cartographie des risques ce qui ne permet pas la mise en place d'action inscrites au PAQSS. Un comité de pilotage de la bientraitance et un comité opérationnel existe bien mais ces ressources et la priorité des actions ont été mises sur les évaluations externes des structures médicosociales

de l'établissement. L'accès aux soins des personnes vulnérables est facilité, l'accès aux personnes vivant avec un handicap également, cependant plusieurs structures intra hospitalières sont peu adaptées à l'accueil de patients à mobilité réduites. Pour autant les pratiques permettent d'assurer des soins à tous. La gouvernance, au travers du "comité qualité et gestion des risques" fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins, et pilote, appuyée par des professionnels dédiés et formés, la politique Qualité. Celle-ci est traduite en action dans un Programme d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) présenté dans les instances dont la Commission Médicale d'Etablissement et la Commission Des Usagers. Le PAQSS ne prend pas en compte, faute d'une remontée centralisée, les propos tenus par les patients lors des réunions "soignants soignés" tenues dans les unités et les réponses aux questions ouvertes des différents questionnaires de satisfaction. Lors des audits, les professionnels n'ont pas pu citer d'actions contenues dans le PAQSS et disent ne pas être informés par leur encadrement des différentes démarches Qualité et Gestion des Risques ni participer à des actions concrètes sur cette thématique. La culture qualité et sécurité n'est pas évaluée et la gouvernance ne s'implique pas directement dans les actions du PAQSS. Le travail en équipe est favorisé et les temps de présence médicaux et paramédicaux permettent non seulement les réunions cliniques, essentielles en psychiatrie, mais aussi des temps d'échanges institutionnels. Le temps de chevauchement entre équipe du soir et du matin permet également de créer des espaces collectifs d'élaboration du soin, d'échange et de formation avec le(s) médecin(s) et/ou le(s) psychologue(s) de l'unité. La gouvernance soutient le développement des compétences en favorisant des actions de formation continue et la promotion professionnelle, les chefs de pôles ont été formés et les trios de pôles sont en passe de l'être. L'adéquation des compétences et des temps de présence des professionnels est recherchée. Les modalités de remplacement existent, notamment sur la base d'heures supplémentaires volontaires permettant d'assurer la continuité de la sécurité des soins avec des soignants connaissant déjà les lieux voire les patients. Un comité local de réflexion éthique, ouvert sur les partenaires externes et auquel les représentants des usagers sont conviés est en place. Sa saisine et ses modalités de fonctionnement reste peu connu des agents. La politique de Qualité de Vie au Travail (QVT) n'est, à ce jour, pas formalisée. On retrouve des éléments de celle-ci dans quatre fiches actions du projet d'établissement, créées en collaboration avec les professionnels de santé et les organisations syndicales. En cas de conflit ou de tension interne les agents savent trouver en interne les ressources permettant une régulation. Une supervision existe dans tous les services de soins et une psychologue du travail peut intervenir auprès de tous. Un référent laïcité est en place et l'établissement a en projet de former un référent pour les violences sexistes et sexuelles. Cependant les professionnels ne connaissent pas les dispositifs de médiations extérieures et les dispositifs d'accompagnement en ce sens ne sont pas formalisés. La protection des personnes et des biens est assurée, un poste d'accueil gère les accès 24/24 et une équipe "médiation sécurité" est effective depuis 2017. Les zones à risque actuelles et futures (nouvel établissement) ont été identifiées. Bien qu'une convention ne soit pas formalisée, la brigade de gendarmerie de Sevrey est attentive et réactive aux appels de l'établissement et la conduite à tenir en cas de violence ou d'intrusion est bien connue des professionnels. Un système de vidéosurveillance complète le dispositif. L'EPSM 71 n'a pas formalisé de politique de développement durable mais un plan d'action existe depuis 2023 et l'ensemble des éléments mis en place montre l'intérêt de l'établissement pour le sujet : on peut citer par exemple : le maintien de la biodiversité dans le parc, la lutte contre les récipients plastiques ou la mise en place de l'éco pâturage dans le parc. Le personnel est sensibilisé sur ces sujets. Le schéma directeur immobilier des nouveaux bâtiments comporte un plan de maîtrise de l'énergie (solarisation des bâtiments). Cependant l'établissement n'a pas réalisé un diagnostic de ses émissions de gaz à effets de serre. Le circuit pour chaque type de déchet est déterminé mais les experts ont noté que le circuit des déchets à risques infectieux (DASRI) n'est pas conforme dans plusieurs locaux de stockage intermédiaires (contenant non identifiés, boîtes OPCT ouvertes, absence de points d'eau, cartons a même le sol...) L'établissement est dit "de recours" dans le plan zonal. Il a formalisé un plan blanc qui comporte les modalités d'appel de la cellule de crise, le dispositif a été testé et a fait l'objet d'un RETEX. Cette version du plan est tournée vers l'accueil potentiel de victime qui ne correspond pas aux missions ORSAN de l'EPSM71. Les autres dispositifs socles ORSAN ne sont pas présents. Une version en

cours de validation par les instances a également été présentée aux experts mais il manque les volets NRC et AMAVI. La liste des dispositifs disponibles est absente. Le personnel audité sur ce sujet connaît le plan blanc mais peu les modalités de rappel le concernant. Le processus de gestion des urgences vitales a été piloté par un groupe de travail pluri professionnel dédié qui n'est plus actif actuellement, de ce fait aucun audit de processus n'a été réalisé. Le Projet d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) prévoit la relance de ce groupe, non initiée au jour de la visite. La prise en charge des urgences vitales est assurée par des personnels formés régulièrement et détenteurs de l'AFGSU, mais ceux-ci ne font pas d'exercice de simulation entre deux formations. Des sacs à dos dédiés, pouvant être communs à plusieurs unités, contenant du matériel vérifié régulièrement, sont présents sur l'établissement et accessibles facilement cependant seuls trois défibrillateurs automatisés externes (DAE) sont disponibles sur l'ensemble du site pavillonnaire. En extra hospitalier les structures n'ont pas ces matériels et les conduites à tenir orientent les équipes vers des DAE publics dont les structures peuvent être fermés alors que les sites de soins sont ouverts (établissements scolaires, entreprise privées...) En intra hospitalier, si le numéro d'appel est bien unique pour toutes les structures, ce numéro ne joint pas directement un médecin mais le standard, qui se fait le relais, de l'appel médical et qui prévient l'unité la plus proche détentrice du DAE pour l'apporter sur les lieux de l'urgence vitale ce qui peut favoriser une perte de chance pour la victime. Plusieurs actions ont été engagées au cours de la visite (commande de DSA, réflexion sur des solutions techniques de transfert d'appel téléphonique) mais n'ont pu être constatées par les experts. Les recommandations de bonnes pratiques (RBP) sont présente dans le système de gestion documentaire de l'établissement mais la CME ne promeut pas leur utilisation et ces RBP restent "lettre morte" au quotidien. L'établissement évalue peu ses pratiques cliniques, et la pertinence de celles-ci, de manière formalisée. Les indicateurs d'alerte se résument aux IQSS et leur affichage est peu retrouvé dans les unités. Si ceux-ci font bien l'objet d'une information dans les instances, les experts n'ont pas retrouvé de plan d'action précis en dehors des actions généralistes du PAQSS. Le recueil de l'expérience patient est débutant, la Commission des Usagers ne produit pas de recommandations spécifiques et les événements indésirables restent analysée au niveau établissement, la déclinaison de la politique qualité n'est pas effective au sein des pôles. La HAS prononce une non-certification et encourage prioritairement l'établissement à : ? Assurer la sécurisation de la prise en charge de l'urgence vitale Assurer la sécurisation du circuit du médicaments à toutes les étapes Argumenter la pertinence des mesures restrictives de liberté et leur réévaluation Assurer la sécurisation de l'intimité et dignité du patient, notamment dans les chambres d'isolement Développer la démarche qualité Une nouvelle visite sera programmée, au plus tard, dans deux ans.?

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	710781329	EPSM 71	55 rue Auguste Champion SEVREY 71100 SEVREY Cedex FRANCE
Établissement géographique	710015769	EPSM 71 CENTRE WINNICOTT-HDJ MYOSOTIS-HDJ LES CEDRES BLEUS-HDJ TINTINNABULLE	1 AVENUE DE L'EUROPE 71100 SAINT REMY FRANCE
Établissement géographique	710780164	EPSM 71 HOPITAL DE JOUR POUR ENFANTS ET ADOS - CASCADE	90 RUE GABRIEL ROUX 71870 Hurigny FRANCE
Établissement géographique	710010950	EPSM 71 - HOPITAL DE JOUR ENFANTS CENTRE WINNICOTT	7 RUE CLAUDE BERNARD 71100 LUX FRANCE
Établissement géographique	710007881	EPSM 71 - HOPITAL DE JOUR inter Secteur ADULTES CHALON GLORIETTE	36 bis rue gloriette 71100 Chalon-Sur-Saone FRANCE
Établissement géographique	710007873	EPSM 71 - HOPITAL DE JOUR SAINT EXUPERY	4 avenue saint exupery 71300 MONTCEAU LES MINES FRANCE
Établissement géographique	710973413	EPSM 71 - CMP PEDO PARAY LE MONIAL	Zac du pré des angles 71600 Paray-Le-Monial FRANCE
Établissement géographique	710014929	EPSM 71 - RETIS ADULTES - UNITE HOSPITALISATION INTRA	24 avenue jean jaures 71100 CHALON SUR SAONE FRANCE
Établissement géographique	710009218	EPSM 71 - CMP ADULTES AUTUN	16 rue bernard renault 71400 Autun FRANCE
Établissement géographique	710009259	EPSM 71 - CMP ENFANTS AUTUN	16 rue bernard renault 71400 Autun FRANCE
Établissement géographique	710009499	EPSM 71 - CREUSOT CMP ENFANTS	23 rue de la chaise 71200 Le Creusot FRANCE
Établissement	710009929	EPSM 71 - TOURNUS CMP LA ROMANE	2 rue charnay

géographique		ENFANTS	71700 Tournus FRANCE
Établissement géographique	710009119	EPSM 71 - ATELIER THERAPEUTIQUE CLUB ADO	Centre Winnicott CITÉ CLAIR LOGIS 3 ALLEE MAX SCHEMBERG 71100 CHALON SUR SAONE FRANCE
Établissement géographique	710009168	EPSM 71 - CMP LA NACELLE AUTUN	16 RUE BERNARD RENAULT 71400 Autun FRANCE
Établissement géographique	710009978	EPSM 71 - ATELIER THERAPEUTIQUE HORTICOLE OASIS - VARENNES LE GRAND	Les armorands 71240 VARENNES LE GRAND FRANCE
Établissement géographique	710009879	EPSM 71 - CMP LE FILS D'ARIANE - TOURNUS	65 rue de la république 71700 Tournus FRANCE
Établissement géographique	710009598	EPSM 71 - LOUHANS LA SEILLE - CMP CATTP HOPITAL DE JOUR ADULTES	20 rue des bordes 71500 Louhans FRANCE
Établissement géographique	710009689	EPSM 71 - MONTACHANIN CMP CATTP LES VOISOTTES	2 rue du professeur calmette 71200 Montchanin FRANCE
Établissement géographique	710009408	EPSM 71 - CREUSOT CMP ADULTES	65-67 rue anatole france 71200 Le Creusot FRANCE
Établissement géographique	710009028	EPSM 71 - CMP PIVOT REMPART ST VINCENT - CHALON SUR SAONE	37bis rempart saint-vincent 71100 Chalon Sur Saone FRANCE
Établissement géographique	710008988	EPSM 71 - CATTP LE CAP - CHALON SUR SAONE	22 rue saint martin des champs chalon 71100 Chalon Sur Saone FRANCE
Établissement géographique	710011578	EPSM 71 - HOPITAL DE JOUR - CMP PEDO - MACON	86 bis rue rambuteau 71000 MACON FRANCE
Établissement principal	710978230	EPSM 71	55, RUE AUGUSTE CHAMPION SEVREY 71100 SEVREY FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

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

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Entretien Professionnel		
2	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Précautions standard et complémentaires
3	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
4	Audit système	Leadership		
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Audit système	Entretien Professionnel		
7	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
8	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
9	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Non Applicable
	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète	

10			Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI critique ou presque accident selon la liste fournie par l'ES
13	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
14	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
15	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
17	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os ou injectable
18	Audit système	Coordination territoriale		
19	Audit système	Entretien Professionnel		
20	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable (Autre APAP)
21	Audit système	Dynamique d'amélioration		
	Patient traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent	

22			Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
23	Patient traceur		Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
24	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
25	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
26	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
27	Audit système	Représentants des usagers		
28	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	

29	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
30	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
31	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident selon la liste fournie par l'ES
32	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
33	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
34	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
35	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
36	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
37	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Circuit du médicament
38	Audit système	Risques numériques - Professionnels		

39	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
40	Audit système	Entretien Professionnel		
41	Audit système	Entretien Professionnel		
42	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
43	Audit système	QVT & Travail en équipe		
44	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
45	Audit système	Entretien Professionnel		
46	Parcours traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Hospitalisation complète Pas de situation particulière Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Hospitalisation complète Pas de situation particulière	

47			Patient âgé Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
48	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
49	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
50	Audit système	Maitrise des risques		
51	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
52	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
	Patient		Ambulatoire	

53	traceur		Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
54	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
55	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
56	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
57	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
58	Audit système	Engagement patient		

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

