



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
SAINTE MARIE

87 avenue joseph raybaud

Bp 1519

06009 Nice

NOVEMBRE 2020

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	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
DROITS DES PATIENTS	11
ANNEXE	17

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE	
Adresse	87 avenue joseph raybaud 06009 Nice
Département / région	ALPES-MARITIMES / PACA
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	630786754	ASSOCIATION HOSPITALIERE SAINTE MARIE	12 rue de l'hermitage-cs20099 Cs 20099 63407 CHAMALIERES
Etablissement de santé	060787587	CMP MENTON ST MICHEL - CHS ST MARIE DE NICE	16 rue prato 06500 Menton
Etablissement de santé	060787835	CPJ STE AGATHE - CHS STE MARIE DE NICE	6 boulevard general delfino 06300 Nice
Etablissement de santé	060020047	C.M.P. LE REMBRANDT - CHS STE MARIE DE NICE	58 boulevard general delfino 06000 Nice
Etablissement de santé	060019643	C.M.P. DU CHS SAINTE MARIE DE NICE	Place du general de gaulle 06260 Puget-Theniers
Etablissement de santé	060788577	CMP JOFFRE - CHS STE MARIE DE NICE	51 avenue marechal joffre 06000 Nice
Etablissement de santé	060780996	CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE	87 avenue joseph raybaud Bp 1519 06009 Nice
Etablissement de santé	060788379	CMP CAGNES SUR MER - CHS STE MARIE DE NICE	65 avenue de la gare 06800 Cagnes-Sur-Mer

Etablissement de santé	060787876	CMP RAIMBALDI - CHS ST MARIE DE NICE	26 boulevard raimbaldi 06000 Nice
Etablissement de santé	060787686	C.M.P BEAUSOLEIL - CHS STE MARIE DE NICE	5 AVENUE DE VILAINE 06240 Beausoleil
Etablissement de santé	060020021	C.M.P. HLM POINT DU JOUR - CHS STE MARIE DE NICE	341 AVENUE DU GENERAL LECLERC 06700 Saint-Laurent-Du-Var

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	325	196

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	/
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 certification de l'établissement avec recommandation d'amélioration (B).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Droits des patients

Management de la qualité et des risques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

4. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de santé

La participation de l'établissement au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé est effective.

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
FONCTIONS SUPPORTS

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

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

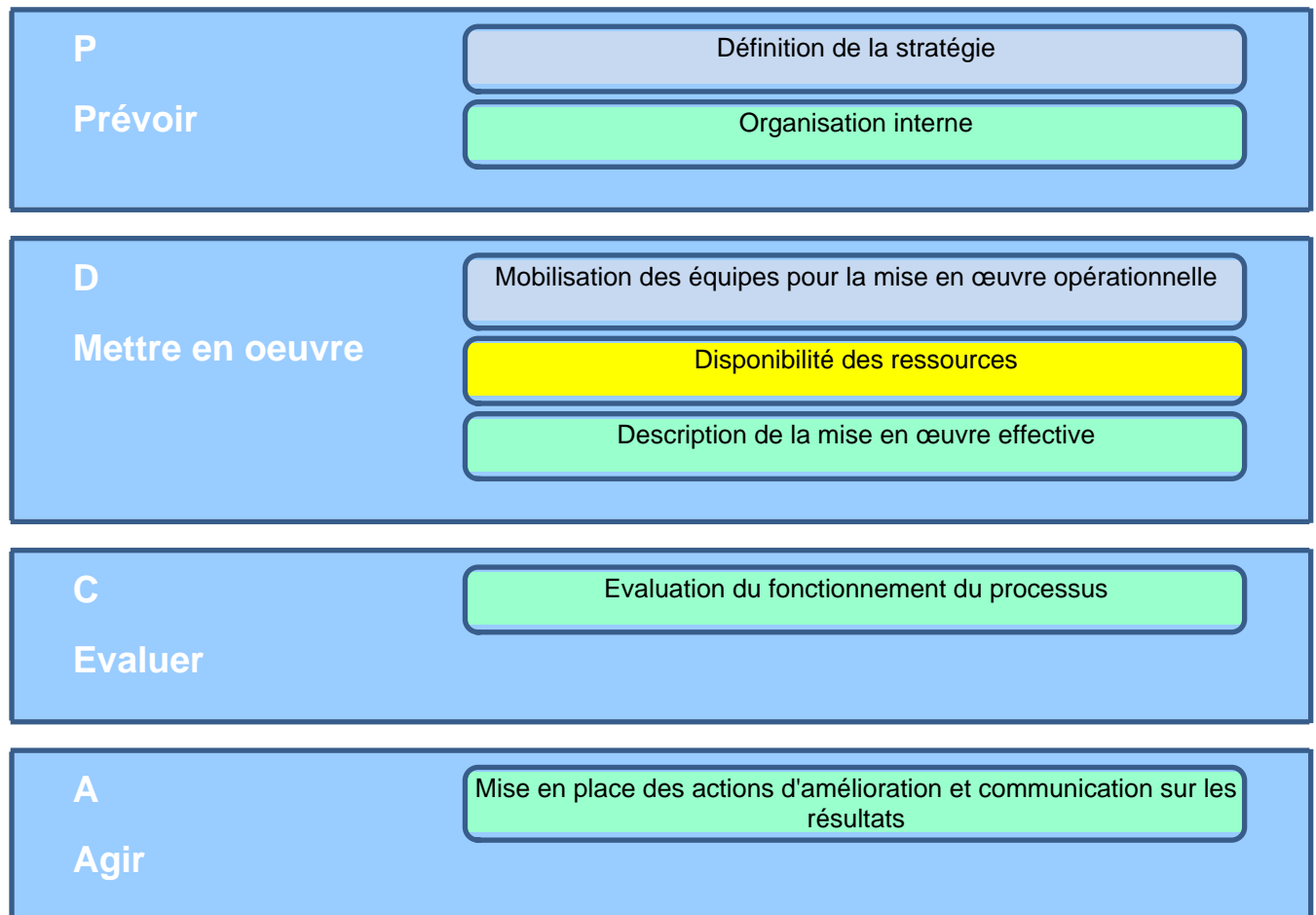
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Sainte-Marie (CHSM) de Nice a formalisé et structuré sa stratégie de promotion des droits et de la bientraitance des patients. Le respect des droits du patient, s'appuyant sur les valeurs fondamentales de l'Association tutélaire, elles-mêmes déclinées en valeurs professionnelles devant être mises en œuvre au quotidien (respect et dignité, bienveillance, autonomie et compétences), est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement et notamment le projet d'établissement 2018/2022.

L'«Arbre des valeurs» de l'Association Hospitalière Sainte-Marie est affiché à plusieurs endroits dans l'établissement.

Le Centre Hospitalier a identifié ses besoins et analysé ses risques en impliquant la Commission des Usagers (CDU) et les représentants des usagers et en utilisant les différentes sources de données à sa disposition (questionnaires de satisfaction, audits, enquêtes, plaintes et réclamations, bilan CDU, analyse des événements indésirables déclarés, ...)

Les risques sont identifiés et hiérarchisés et conduisent à la définition de priorités d'action à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge du patient.

Le Centre Hospitalier a validé et diffusé, en octobre 2018, sa politique des droits des patients et en novembre 2018, sa politique de bientraitance de la personne soignée. Les axes stratégiques de ces politiques sont définis à partir de cette analyse de risques.

Conformément à la réglementation, le CHSM a également élaboré une politique de réduction du recours à l'isolement et à la contention.

Les axes stratégiques définis dans chacun de ces documents d'orientation sont déclinés en objectifs d'amélioration précis et mesurables que le CHSM inscrit dans son programme d'amélioration continue de la qualité. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action, communication des résultats). Certaines de ces actions sont déclinées en actions spécifiques au niveau des secteurs d'activités. Les actions issues de la conformité à la réglementation sont traitées en priorité et le plan d'actions retenu dans le Compte Qualité est intégré dans le programme d'amélioration de la qualité du CHSM.

Ce programme est présenté et discuté au sein du Comité de Pilotage Stratégique Qualité et Sécurité, au sein du Comité de Pilotage Qualité et Sécurité auquel participe les pilotes du processus ainsi qu'en Commission médicale d'Etablissement (CME) et en CDU.

Par ailleurs, le CHSM a signé en mai 2019 son Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2019/2024 avec l'ARS PACA permettant la déclinaison opérationnelle à l'échelle de l'établissement des orientations stratégiques du Projet Régional de Santé (PRS) comme par exemple le renforcement de la place des citoyens/usagers de la santé.

Il est également à noter qu'au regard des modifications importantes concernant le projet médical, liées notamment au projet de reconstruction et à la diminution des lits d'hospitalisation qui en découle, la CME a émis un avis favorable quant à la mise en œuvre d'un nouveau projet médical de façon anticipée.

Le travail autour de ce nouveau projet d'établissement devrait débuter en 2021 pour une mise en œuvre souhaitée au 1er janvier 2022.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation pour piloter et mettre en œuvre les politiques « Bientraitance de la personne soignée » et « Droits des patients » est définie dans l'établissement. Elle est articulée avec la CDU et le Comité Qualité et Sécurité.

Le pilotage de la mise en œuvre de cette politique et du suivi du programme d'actions est assuré par la vice-présidente de la CME et une cadre supérieure de santé accompagnées par le service qualité de l'établissement qui veille également à la communication des résultats.

Les missions de ces pilotes sont définies dans des fiches de poste ou de mission.

Dans le cadre de la mise en œuvre des orientations définies dans le projet d'établissement, le CHSM a modifié en 2018 son offre de soins en interne en dotant chaque pôle de psychiatre générale d'au moins une unité de soins ouverte pour accueillir les patients en soins libres.

Un Comité de bientraitance, auquel participent activement les représentants des usagers, est en place depuis 2010 dans l'établissement. La Charte de Bientraitance (datant de 2013) ainsi que le règlement intérieur de ce Comité ont fait l'objet d'une actualisation en 2019.

L'établissement dispose également d'un Espace de Réflexion Ethique (ERE).

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la CDU par le biais du livret d'accueil et d'affichages dans les unités de soins.

Les constats réalisés par les experts visiteurs lors de la visite initiale et portant sur l'existence de règlements intérieurs multiples et disparates au sein des unités, ont conduit l'établissement à une harmonisation des pratiques portant sur le respect des libertés individuelles et de la liberté d'aller et venir au sein de l'établissement.

Les éventuelles restrictions de liberté sont identifiées (téléphone, visites, sorties...) et sont inscrites dans le livret d'accueil et le nouveau règlement intérieur unique du CHSM. Les modalités de leur mise en œuvre sont définies et déclinées dans les « règles de vie » communes aux unités de psychiatrie générale et spécifiques pour l'USIP et l'unité pour adolescents par exemple. Ces règles de vie sont affichées dans chaque unité.

Il est à noter, dans le contexte sanitaire particulier lié à la COVID 19, l'affichage à l'entrée de chaque unité de documents d'information à destination des patients et des visiteurs portant sur le respect des règles sanitaires et sur les mesures mises en œuvre afin de limiter les restrictions de liberté notamment en termes de circulation et d'organisation des visites (cas particulier des unités de psychogériatrie par exemple).

Les visites de terrain ont permis de constater la bonne application des gestes barrières tant par les professionnels que par les patients et les visiteurs.

Un dispositif de gestion documentaire est en place, connu et utilisé par les professionnels. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.

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

Les pratiques d'isolement et contention font l'objet d'une organisation structurée et suivie par les instances de l'établissement. Le CHSM a fortement réduit le nombre de ses chambres d'isolement (de 22 lits au 1er janvier 2018 à 12 lits au moment de la visite de suivi) et a procédé à la mise aux normes des chambres restantes en les dotant par exemple d'un dispositif d'appel.

Les bonnes pratiques de mise en isolement/contention, reposant sur les recommandations de la HAS, sont décrites dans des procédures connues des professionnels (de la décision du psychiatre à la sortie du patient de la chambre d'isolement en passant par les prescriptions médicales de surveillance). La prise en charge de ces patients est assurée 24h/24 tant sur le plan psychiatrique que sur le plan somatique.

Une Equipe Soignante de Première Assistance (ESPA), composée d'infirmiers experts est en place. Elle permet d'accompagner ou de se substituer à une équipe soignante en cas de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif de la part d'un patient et pouvant nécessiter ou non la mise en isolement en s'appuyant sur une expertise et des compétences cliniques acquises et restituées aux professionnels dans le cadre de retours d'expérience (une fois par mois et ouverts à tous) sur les situations rencontrées.

Le patient placé en isolement est informé de ses droits.

Un registre dématérialisé isolement/contention est en place depuis septembre 2016. Il est directement alimenté par les données extraites du dossier du patient informatisé et gérées par le Département d'Information Médicale (DIM) de l'établissement.

Un espace d'apaisement a été mis en place récemment à l'unité Saint-Amédée, unité fermée accueillant des patients en soins sans consentement.

Les besoins en formation initiale et continue des acteurs sur les droits des patients sont définis, y compris pour les nouveaux arrivants (bienveillance, libertés individuelles, gestion des situations de violence).

Un dispositif structuré est défini pour l'accueil des patients en soins sans consentement (procédures, information du patient et des tiers, formation des professionnels, service dédié).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables de pôles (médecins et cadres supérieurs) et les cadres des unités se sont saisis des enjeux liés à la bienveillance et au respect des droits des patients et des réunions (réunions institutionnelles et staffs cliniques au sein des unités, réunions service qualité/encadrement soignant, réunions de retours d'expérience de l'ESPA) au sein des pôles et des services permettent de maintenir un niveau de vigilance sur cette thématique et de vérifier la conformité des pratiques aux dispositions attendues :

- dans les situations nécessitant une restriction de la liberté d'aller et venir (isolement, contention) en promouvant toutes les solutions alternatives permettant la limitation du recours à l'isolement.

Ainsi en psychogériatrie des mesures alternatives sont mises en œuvre afin de répondre aux risques liés à la déambulation des patients désorientés. L'utilisation de l'espace d'apaisement est favorisée à la SIPAD (structure intersectorielle pour adolescents difficiles) et dans l'unité Sainte-Amédée.

Les résultats des indicateurs portant sur l'isolement et la contention sont mis à disposition des responsables de pôles et permettent aux professionnels d'apprécier la diminution significative du recours à l'isolement liée à la sensibilisation réalisée par l'établissement et à l'évaluation des pratiques réalisée avec le service qualité (baisse de 38 % du nombre de journées d'isolement entre 2018 et 2019 notamment).

Des RCP (réunions de concertation pluriprofessionnelle) peuvent être mises en place en cas de situations cliniques complexes

- dans la mise en œuvre du respect des libertés individuelles (téléphone, visites, sorties).

L'encadrement soignant a été mis à contribution pour sensibiliser les professionnels lors de la mise en place du règlement intérieur unique et de l'affichage des règles de vie qui en découlent.

- dans le respect des droits des patients et de l'information qui leur est due (remise du livret d'accueil, personne de confiance, ...). Le CHSM met en place un groupe de travail afin de revoir la procédure d'admission en intégrant une check-list relative aux informations devant être obligatoirement délivrées au patient et à son entourage. L'intervention des infirmiers experts auprès des équipes soignantes contribue également à la mobilisation des professionnels sur les questions portant sur le respect et la promotion des droits des patients.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

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

Les professionnels de santé bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences dans le domaine (bientraitance, droits des usagers, information du patient en cas de dommage lié aux soins, respect des libertés individuelles, ...). Ils sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Dans le cadre de la stratégie mise en œuvre par le CHSM pour réduire le recours à l'isolement/contention, des formations aux techniques de désescalade et d'apaisement sont proposées à tous les professionnels (formation Oméga, formation Snoezelen, formation à la gestion de l'agitation et de la violence par la technique de réalité virtuelle). L'ESPA, composée d'infirmiers experts et disponible à tous moments, accompagne et apporte ses compétences aux équipes soignantes lors de situations de prise en charge complexes (situations de violence d'un patient, mise en chambre d'isolement difficile, transfert vers une autre unité, sécurisation lors d'une admission par exemple). Les débriefings « à chaud » de ces interventions avec les équipes concernées et les réunions mensuelles ESPA basées sur le retour d'expérience contribuent à l'acquisition de compétences nouvelles notamment pour les jeunes professionnels peu expérimentés en psychiatrie. Une nouvelle formation sur les « Droits de patients » (formation d'une journée par groupe de 15 personnes) est programmée à partir de mars 2021 et mettra notamment l'accent sur le cadre législatif et l'information du patient au service de sa prise en charge.

Des documents d'information sur leurs droits et les missions de la CDU, notamment le livret d'accueil, sont mis à la disposition des patients et l'accès à ces ressources est facilité. La gestion documentaire mise à disposition des professionnels propose notamment un guide portant sur les bonnes pratiques en matière de respect de la dignité et de l'intimité du patient dans les unités de soins. Un protocole porte sur le risque de déambulation excessive du sujet âgé en proposant des mesures alternatives au recours à la contention mécanique.

L'établissement adapte ses locaux, ses équipements et sa signalétique pour répondre aux spécificités des populations accueillies (personnes âgées, personnes handicapées, ...). L'établissement dispose de 12 chambres d'isolement et de deux espaces d'apaisement conformes aux recommandations et de matériel de contention adapté et fonctionnel permettant de garantir la sécurité des patients pour lesquels une décision d'isolement et de contention est mise en œuvre. Les unités d'hospitalisation complète sont installées dans des locaux permettant de garantir au mieux, compte tenu de leur vétusté, la confidentialité et la dignité des patients. En réponse aux constats des experts-visiteurs lors de la visite initiale, l'ensemble des douches partagées ont été dotées de cloisons amovibles. De même, les unités Saint-Jérôme et Sainte-Catherine ont été équipées d'un double grillage végétalisé préservant les patients hospitalisés dans ces unités du regard des autres.

Toutefois, les locaux d'hospitalisation ne permettent pas toujours de garantir totalement l'intimité des patients. En effet, leur vétusté et leur inadéquation à l'accueil des populations en termes de respect de l'intimité (chambres multiples, douches ou salles de bains partagées) font l'objet de remarques ou de réserves depuis plusieurs années de la part des organismes d'évaluation et de contrôle. Conscient de cela, le CHSM poursuit une politique de rénovation de ses locaux, notamment de réduction des chambres multiples dans un contexte plus global de réduction des lits, afin de répondre d'une manière définitive, et attendue par les usagers et les professionnels, aux problèmes récurrents de vétusté et d'inadéquation des locaux d'hospitalisation. En septembre 2020, le CHSM dispose de 304 lits d'hospitalisation : 43 chambres à 2 lits et 122 chambres individuelles. Il n'existe plus de chambres à 4 lits. Mais, il reste 32 chambres à 3 lits (en diminution entre août 2019 et juin 2020). Les chambres à 3 lits ont ainsi été supprimées en psychogériatrie. L'unité Sainte-Monique est en réfection en septembre 2020. La fermeture de la Structure Intersectorielle Pour Adolescents Difficiles (SIPAD) est actée pour décembre 2020. La Clinique des Autistes (CDA) verra sa capacité d'accueil réduite de 21 à 15 lits en février 2021 après des travaux permettant une offre hôtelière de meilleure qualité.

L'Association Sainte-Marie a officiellement acté en octobre 2019, en accord avec l'ARS PACA pour la réalisation de 255 lits, et avec le soutien et l'accompagnement de la Mairie de Nice, la reconstruction totale du CHSM (lits d'hospitalisation et locaux supports, logistique hôtelière et medicotechnique).

Ce projet de reconstruction a conduit à l'embauche d'un chef de projet dédié, rencontré lors de la visite de suivi. Le calendrier prévisionnel a été adopté et les travaux ont été répartis en trois tranches :

- la première tranche sera consacrée aux pôles de psychiatrie les plus vétustes (pôles de psychiatrie générale Centre et Est) à l'USIP, à l'unité d'accueil et d'admission et aux secteurs logistiques. La première

tranche de travaux devrait débuter en 2022.

- la deuxième tranche concernera le pôle de psychiatrie générale Nord, l'unité de psycho-gériatrie et la Clinique des Autistes,

- la troisième tranche portera sur la rénovation des locaux centraux et administratifs.

Des unités relais seront mises place (travaux de mise en conformité de ces unités dès février 2021) afin de limiter l'impact des travaux de reconstruction sur la qualité de la prise en charge.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels des unités de soins et les investigations réalisées démontrent l'effectivité de la mise en œuvre des droits du patient et de leur promotion au sein du CHSM.

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

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

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

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

La prise en charge des soins sans consentement est réalisée dans le respect des bonnes pratiques et de la réglementation. Un dispositif structuré, intégrant tous les acteurs concernés, permet de garantir le respect des droits du patient dans ce domaine. Les rapports des visites de la CDSP confirment ces constats.

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

Les mesures d'isolement/contention sont formalisées, mises en œuvre dans le respect des recommandations de la Haute Autorité de Santé depuis la décision du psychiatre jusqu'à la sortie de l'isolement en passant par la surveillance du patient et tracées de manière rigoureuse dans le dossier du patient.

Tous ces éléments sont intégrés dans le registre réglementaire isolement/contention dématérialisé et font l'objet d'un suivi régulier sous la forme d'indicateurs recueillis par le DIM et transmis de manière régulière aux instances (CME, CDU) et aux responsables de pôles.

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

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

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

La réflexion bénéfico-risque fait l'objet d'une concertation au sein de l'équipe soignante et le consentement du patient est recherché chaque fois que nécessaire et tracé dans son dossier.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

A l'échelle de l'établissement, la structure de pilotage assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus « bientraitance et promotion des droits des patients » en s'appuyant sur les outils et l'aide méthodologique du service qualité.

Des modalités d'évaluation régulière du processus au sein de l'établissement sont définies.

Des démarches d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) sont en cours ou finalisées sur cette thématique (mise en chambre d'isolement, recours à l'apaisement, désamorçage des situations de violence en service de soins libres, ...)

Une évaluation de l'utilisation de l'espace d'apaisement est en cours.

Un groupe de travail portant sur l'accompagnement de la fin de vie est en place.

La technique de la réalité virtuelle, méthode de simulation, permet, en plus du développement des compétences cliniques des professionnels, l'évaluation des pratiques professionnelles en proposant cinq scénarios (modules) conçus conjointement par le CHSM et un organisme de formation spécialisé.

Le CHSM mesure l'efficacité des actions mises en œuvre (tableau de bord des indicateurs du processus « droits des patients », rapport d'activité annuel sur l'isolement/contention...).

Un bilan des différentes démarches d'évaluation est réalisé une fois par an au sein des différentes instances : CDU, CME, Conseil associatif de surveillance.

Les résultats des indicateurs portant sur l'isolement et la contention sont mis de manière régulière à la disposition des instances et des responsables de pôles et permettent ainsi à la gouvernance de l'établissement de mesurer la diminution significative du recours à l'isolement, défini comme l'un de ses objectifs stratégiques.

Des enquêtes de satisfaction sont réalisées tant auprès des professionnels que des patients.

Une enquête sur la bientraitance a été réalisée auprès des professionnels en janvier et février 2019 (159 retours).

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

L'établissement définit des objectifs d'amélioration précis et mesurables qu'il inscrit dans son programme d'amélioration continue de la qualité ainsi que dans le plan d'actions de son compte qualité.

Des modalités de suivi sont définies pour chaque action (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action, communication des résultats).

Les actions propres au processus « droits des patients » inscrites dans le PAQSS de l'établissement sont pour la plupart réalisées ou en cours de réalisation.

Des actions n'ont pu être initiées en raison notamment du contexte sanitaire particulier (harmoniser les supports d'information en extra-hospitalier ou mise en place de la nouvelle formation sur les droits des patients par exemple). Ce programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement dont la CDU.

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

L'établissement interroge ou sollicite de manière régulière le Comité de Bientraitance, l'Espace de Réflexion Ethique, la CDU ou les associations d'usagers sur ces questions.

ANNEXE

Tableau Récapitulatif des écarts par thématiques présent dans le rapport des EV

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Droits des patients	D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les locaux d'hospitalisation ne permettent pas toujours de garantir totalement l'intimité des patients.</p> <p>Leur vétusté et leur inadéquation à l'accueil des populations en termes de respect de l'intimité (chambres multiples, douches ou salles de bains partagées) font l'objet de remarques ou de réserves depuis plusieurs années de la part des organismes d'évaluation et de contrôle. Conscient de cela, le CHSM poursuit une politique de rénovation de ses locaux, notamment de réduction des chambres multiples dans un contexte plus global de réduction des lits, afin de répondre d'une manière définitive, et attendue par les usagers et les professionnels, aux problèmes récurrents de vétusté et d'inadéquation des locaux d'hospitalisation. En septembre 2020, le CHSM dispose de 304 lits d'hospitalisation : 43 chambres à 2 lits et 122 chambres individuelles. Il n'existe plus de chambres à 4 lits. Mais, il reste 32 chambres à 3 lits (en diminution entre août 2019 et juin 2020). Les chambres à 3 lits ont ainsi été supprimées en psychogériatrie. L'unité Sainte-Monique est en réfection en septembre 2020. La fermeture de la Structure Intersectorielle Pour Adolescents Difficiles (SIPAD) est actée pour décembre 2020. La Clinique des Autistes (CDA) verra sa capacité d'accueil réduite de 21 à 15 lits en février 2021 après des travaux permettant une offre hôtelière de meilleure qualité.</p> <p>L'Association Sainte-Marie a officiellement acté en octobre 2019, en accord avec l'ARS PACA pour la réalisation de 255 lits, et avec le soutien et l'accompagnement de la Mairie de Nice, la reconstruction totale du CHSM (lits d'hospitalisation et locaux supports, logistique hôtelière et médicotechnique).</p> <p>Ce projet de reconstruction a conduit à l'embauche d'un chef de projet dédié, rencontré lors de la visite de suivi. Le calendrier prévisionnel a été adopté et les travaux ont été répartis en trois tranches :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la première tranche sera consacrée aux pôles de psychiatrie les plus vétustes (pôles de psychiatrie générale Centre et Est) à l'USIP, à l'unité d'accueil et d'admission et aux secteurs logistiques. La première tranche de travaux devrait débuter en 2022. - la deuxième tranche concernera le pôle de psychiatrie générale Nord, l'unité de psycho-gériatrie et la Clinique des Autistes, - la troisième tranche portera sur la rénovation des locaux centraux et administratifs. 	10b

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			Des unités relais seront mises place (travaux de mise en conformité de ces unités dès février 2021) afin de limiter l'impact des travaux de reconstruction sur la qualité de la prise en charge.	