



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that starts on the left side of the page, dips down, and then rises towards the right side, creating a wide, shallow arc.

**ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010  
CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE DE L'ORNE**

31 rue Anne-Marie Javouhey - Bp 358

61014 ALENÇON

JUILLET 2012

# SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Présentation du document	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	9
1. Les décisions par critères du manuel	10
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	11
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	12
4.Suivi de la décision	13
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	14
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	15
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	16
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	17
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	19

# PREAMBULE

L'additif dont vous disposez contient des éléments ayant fait l'objet du suivi décidé par la Haute Autorité de Santé.

A ce titre, nous vous invitons à consulter les précédentes productions de nos services afin de connaître le périmètre concerné par

## 1. Présentation du document

Ce document peut comporter :

- une présentation de l'établissement actualisée,
- les critères ayant fait l'objet du suivi (uniquement les critères pour lesquels l'établissement a souhaité réaliser une fiche de suivi),
- une synthèse de la décision de la Haute Autorité de santé,
- des fiches de suivi ayant fait l'objet d'un traitement par la Haute Autorité de Santé
- des plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification.

Il ne comporte pas plusieurs parties du rapport de visite de certification telles que :

- la présentation graphique des résultats,
- le suivi des précédentes décisions de la Haute Autorité de Santé,
- les indicateurs de la Haute Autorité de santé,
- le bilan des contrôles de sécurité sanitaire.

Si vous souhaitez des résultats actualisés concernant l'établissement, nous vous invitons à consulter le site Internet Platines <http://www.platines.sante.gouv.fr>

Cet additif au même titre que le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale de Santé) et est rendu public.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement de progresser dans certains domaines,
- des réserves : constat(s) d'insuffisances dans des domaines,
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité.

<b>Certification</b>	Sans recommandation
<b>Certification avec recommandation(s)</b>	Au moins une recommandation
<b>Certification avec réserve(s)</b>	Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)
<b>Décision de surseoir à la Certification = Réserve(s) majeure</b>	Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)
<b>Non certification</b>	Une décision de non certification est prise dès lors qu'un établissement fait l'objet de plusieurs réserves majeures et réserves). Elle peut également être prise suite à une décision de surseoir à la certification pour un établissement qui n'aurait pas amélioré significativement à l'échéance fixée, les dysfonctionnements constatés.

# 1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

# CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'ORNE

**Adresse :** 31 rue anne-marie javouhey Bp 358  
61014 Alençon ORNE

**Statut :** Public

**Type d'établissement :** CHS / EPSM

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Santé mentale	179	150	0

Nombre de sites.:	Un site principal à Alençon, 16 sites extrahospitaliers adultes et 11 sites extrahospitaliers enfants sur le département de l'Orne.
Activités principales.:	Psychiatrie adulte et infanto-juvénile.
Activités de soins soumises à autorisation.:	Psychiatrie adulte et infanto-juvénile.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	Conventions avec les : CH de Mortagne, CH d'Argentan, CH d'Alençon Mamers (CHICAM), CH de L'Aigle, CHIC des Andaines, CH de Flers, Hôpital de Sées, Association pour l'Action Médico-Sociale Précoce Polyvalente de l'Orne (AAMSPPO).
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	Unité d'hospitalisation des adolescents, Obligation de soins, Maison des adolescents.

## 2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE



Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec recommandation(s).

#### 1. Les décisions par critères du manuel

### RECOMMANDATION(S)

1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles) .

12.a Santé mentale (Prise en charge de la douleur) .

28.c (Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique) .

## 2. 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 en partie 7. Elles n'ont pas été validées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS à la Haute Autorité de Santé.

### 3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé

L'établissement n'est pas assujetti au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de Santé.

#### 4.Suvi de la décision

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité.

## 3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

## PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et des risques

Critère 8.h  
Bon usage des antibiotiques



**Cotation**

B

**Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales**

**Classe associée à la valeur du score ICATB**

**Constats**

Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.

A

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.

Partiellement

La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure n'est pas systématiquement tracée dans le dossier du patient. Une évaluation portant sur les prescriptions d'antibiotique réalisées entre le 1er mars 2011 et le 31 décembre 2011 montre que 15% des prescriptions concernées font l'objet d'une réévaluation. 89% de ces prescriptions réévaluées sont réalisées entre la 24ème et la 72ème heure. L'établissement met en oeuvre des actions afin d'améliorer la traçabilité de cette réévaluation (évolution du logiciel de prescription et sensibilisation des prescripteurs).



# SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 06/12/2010 au 10/12/2010	Certification avec recommandations	rapport de suivi et/ou plan d'action	12
Rapport de suivi	MAI 2012	Certification avec recommandations	/	/

	Visite initiale	Rapport de suivi
1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles)	Recommandation	Recommandation
8.h (Bon usage des antibiotiques)	Recommandation	Décision levée
12.a (Prise en charge de la douleur) - Santé mentale	Recommandation	Recommandation
28.c (Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique)	Recommandation	Recommandation

## ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine  
procédure de certification

Le plan d'actions avec échéancier aide l'établissement de santé à pérenniser sa dynamique d'amélioration et l'engage à réfléchir aux modalités d'amélioration à mettre en œuvre pour résoudre les dysfonctionnements constatés dans le rapport de certification, les prioriser et les planifier dans le temps. Ce plan d'actions constitue un document d'entrée dans la procédure suivante.

Ces plans d'actions étant le résultat de l'analyse réalisée par l'établissement pour améliorer son organisation et ses pratiques, la Haute Autorité de Santé ne s'engage pas sur la pertinence et la qualité des actions envisagées et/ou entreprises.

Dans ce cadre, l'établissement a transmis les plans d'actions suivants

# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Formaliser la politique et l'organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Problematique:

E1-EA2 (En grande partie) : Assurer une concertation périodique entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP.  
E1-EA3 (Partiellement) : Définir les missions et responsabilités pour organiser le développement de l'EPP.  
E2-EA2 (En grande partie) : Définir les modalités de suivi périodique de l'état d'avancement et de l'impact des démarches EPP.  
E2-EA3 (Partiellement) : Formaliser le dispositif d'information des professionnels sur la stratégie de développement de l'EPP et les résultats obtenus.  
E3-EA1 (Partiellement) : Réaliser un suivi des EPP sous la forme d'un bilan périodique présenté aux instances.  
E3-EA2 (Partiellement) : Ajuster périodiquement la stratégie de développement de l'EPP en fonction des résultats obtenus.

## Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

Objectifs ultimes

## Responsabilités

Chef de projet

Equipe de réalisation

Personnes ressources

Présidente de la commission EPP

membres de la commission EPP

médecins, cadres supérieur de santé, cadre de santé,  
ingénieur qualité-gestion des risques

Echéancier de réalisation :

E1-EA2 (En grande partie) : Assurer une concertation périodique entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP.

A1 : Créer la Commission EPP.

Réalisée : 08/04/11 • En cours • Prévüe

E1-EA3 (Partiellement) : Définir les missions et responsabilités pour organiser le développement de l'EPP.

A1 : Rédiger le règlement intérieur de la Commission EPP.

Réalisée : rédigé entre 09/2011 et 01/2012 – validé le 03/02/2012 • En cours • Prévüe

A2 : Rédiger la politique EPP du CPO.

Réalisée : rédigée entre 12/2011 et 01/2012 – validée le 03/02/2012 • En cours • Prévüe

E2-EA2 (En grande partie) : Définir les modalités de suivi périodique de l'état d'avancement et de l'impact des démarches EPP.

A1 : Rédiger le règlement intérieur de la Commission EPP.

Réalisée : rédigé entre 09/2011 et 01/2012 – validé le 03/02/2012 • En cours • Prévüe

A2 : Rédiger la politique EPP du CPO.

Réalisée : rédigée entre 12/2011 et 01/2012 – validée le 03/02/2012 • En cours • Prévüe

E2-EA3 (Partiellement) : Formaliser le dispositif d'information des professionnels sur la stratégie de développement de l'EPP et les résultats obtenus.

A1 : Rédiger le règlement intérieur de la Commission EPP.

Réalisée : rédigé entre 09/2011 et 01/2012 – validé le 03/02/2012 • En cours • Prévüe

A2 : Rédiger la politique EPP du CPO.

Réalisée : rédigée entre 12/2011 et 01/2012 – validée le 03/02/2012 • En cours • Prévüe

E3-EA1 (Partiellement) : Réaliser un suivi des EPP sous la forme d'un bilan périodique présenté aux instances.

A1 : Rédiger le règlement intérieur de la Commission EPP.

Réalisée : rédigé entre 09/2011 et 01/2012 – validé le 03/02/2012 • En cours • Prévüe

A2 : Rédiger la politique EPP du CPO.

Réalisée : rédigée entre 12/2011 et 01/2012 – validée le 03/02/2012 • En cours • Prévüe

E3-EA2 (Partiellement) : Ajuster périodiquement la stratégie de développement de l'EPP en fonction des résultats obtenus.

A1 : Rédiger le règlement intérieur de la Commission EPP.

Réalisée : rédigé entre 09/2011 et 01/2012 – validé le 03/02/2012 • En cours • Prévüe

A2 : Rédiger la politique EPP du CPO.

Réalisée : rédigée entre 12/2011 et 01/2012 – validée le 03/02/2012 • En cours • Prévüe

A3 : Réajuster le programme EPP en fonction des résultats obtenus

• Réalisée • En cours : état des lieux 2011 et définition du programme 2012 (03/02/12) - définition du programme 2013 et bilan 2012 à faire en fin d'année. • Prévüe

Modalités d'évaluation :

Bilan annuel de la commission EPP : évaluation du respect des règles définies dans le règlement intérieur de la Commission EPP et la politique EPP du CPO.

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Tableau de suivi des EPP.  
Tableaux de bord : suivi annuel des indicateurs définis par les groupes EPP.  
Réunions de la Commission EPP.

Validation institutionnelle:

Démarche sous la responsabilité de la Commission EPP de l'établissement, elle-même missionnée par le CME et la CSIRMT. Supervision par le Comité de Pilotage Unique (CPU).

Planification des revues de projet:

Revue de projets réalisées 3 fois par an (a minima) par la Commission EPP et suivi présenté en CME, en CSIRMT et au CPU.

# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la prise en charge de la douleur somatique au Centre Psychothérapique de l'Orne.

Problematique:

E2-EA2 (Partiellement) : Mettre en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.  
E2-EA3 (Partiellement) : Assurer la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier du patient.  
E2-EA4 (Partiellement) : S'assurer du soulagement de la douleur en utilisant les outils d'évaluation de la douleur.  
E3-EA1 (Partiellement) : Améliorer l'appropriation des outils d'évaluation par les professionnels.  
E3-EA2 (Partiellement) : Evaluer périodiquement la prise en charge de la douleur.  
E3-EA3 (Non) : Mettre en place des actions d'amélioration en fonction des évaluations réalisées.

## Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

Objectifs ultimes

## Responsabilités

Chef de projet

Présidente du CLUD / Pharmacienne chef de service -  
Présidente de la CME

Equipe de réalisation

membres du CLUD

Personnes ressources

médecins somaticiens, référents douleur, service informatique, service DIM, cadres de santé, responsable qualité-gestion des risques, représentants des usagers.



Echéancier de réalisation :

E2-EA2 (Partiellement) : Mettre en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.

A1 : Rédiger des plaquettes d'éducation en fonction de la pathologie psychiatrique du patient.

• Réalisée • En cours Prévues : mai - septembre 2012

A2 : Rédiger des plaquettes d'éducation destinées à l'entourage du patient.

• Réalisée • En cours Prévues : octobre - décembre 2012

A3 : Informer les professionnels et mettre à disposition des usagers les plaquettes d'information.

• Réalisée • En cours Prévues : février 2013

E2-EA3 (Partiellement) : Assurer la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier du patient.

A1 : Diffuser les classeurs « douleur » dans chaque service.

Réalisée : services d'hospit. complète En cours : services d'hospit. de jour • Prévues

A2 : Former les professionnels à l'utilisation des outils d'évaluation.

Réalisée : formation des référents douleur le 15/05/12 • En cours • Prévues

A3 : Paramétrer le nouveau logiciel « Dossier patient » (Cariatides).

Réalisée : septembre – décembre 2011 • En cours • Prévues

A4 : Former les professionnels à l'utilisation du nouveau logiciel « Dossier patient ».

Réalisée : octobre – décembre 2011 • En cours • Prévues

A5 : Systématiser l'évaluation de la douleur avant la prescription d'un antalgique de palier 2 ou 3 et la réévaluation à distance du traitement.

• Réalisée En cours : février – mai 2012 • Prévues

E2-EA4 (Partiellement) : S'assurer du soulagement de la douleur en utilisant les outils d'évaluation de la douleur.

A1 : Former les professionnels à l'utilisation des outils d'évaluation.

Réalisée : formation des référents douleur le 15/05/12 • En cours • Prévues

E3-EA1 (Partiellement) : Améliorer l'appropriation des outils d'évaluation par les professionnels.

A1 : Former les professionnels à l'utilisation des outils d'évaluation.

Réalisée : formation des référents douleur le 15/05/12 • En cours • Prévues

E3-EA2 (Partiellement) : Evaluer la prise en charge de la douleur.

A1 : Réaliser une évaluation de la prise en charge de la douleur et la réitérer annuellement.

Réalisée : 1ère évaluation réalisée en septembre 2011 – prévue tous les ans • En cours • Prévues

E3-EA3 (Non) : Mettre en place des actions d'amélioration en fonction des évaluations réalisées.

A1 : Mettre en place les actions d'amélioration déterminées suite à l'évaluation de septembre 2011.

• Réalisée En cours • Prévues

Modalités d'évaluation :

Enquête de prévalence un jour donné sur la prescription d'antalgiques en prise en charge complète – réalisée annuellement – 1ère évaluation réalisée dans les 3 pôles de psychiatrie adultes en septembre 2011, à étendre pour l'itération de 2012 au pôle de psychiatrie infant-juvénile et à la maison d'accueil spécialisé – programmation septembre 2012.

Evaluation de la satisfaction des patients : questionnaire de sortie – suivi annuel.

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Tableau de bord : suivi annuel de l'évolution des critères de l'enquête de prévalence à partir de la 1ère évaluation en septembre 2011.

Validation institutionnelle:

Les actions déterminées enrichissent le plan pluriannuel d'amélioration de la qualité-gestion des risques institutionnel. Ce plan est déterminé sur la base du projet d'établissement, des résultats de notre démarche de certification et des évolutions de la réglementation.

Plan sous la responsabilité du Comité de Pilotage Unique (CPU).

Planification des revues de projet:

Revue de projets réalisées 4 fois par an par le CLUD et suivi présenté en Commission EPP, en CME, en CSIRMT et au CPU.

# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Développer des démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique.

Problématique:

E1-EA1 (Partiellement) : Identifier, selon un processus réflexif structuré, les indicateurs de pratique clinique pertinents en regard de notre activité.  
E2-EA1 (Partiellement) : Développer le recueil et l'analyse des indicateurs de pratique clinique choisis.  
E2-EA2 (Partiellement) : Mettre en place une démarche d'amélioration lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.  
E3-EA1 (Non) : Réviser périodiquement la liste des indicateurs suivis.

## Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

Objectifs ultimes

## Responsabilités

Chef de projet

Equipe de réalisation

Personnes ressources

Présidente de la commission EPP

membres de la commission EPP

médecins, cadres supérieur de santé, cadre de santé,  
ingénieur qualité-gestion des risques

Echéancier de réalisation :

E1-EA1 (Partiellement) : Identifier, selon un processus réflexif structuré, les indicateurs de pratique clinique pertinents en regard de notre activité.

A1 : Inscrire la définition et le suivi d'indicateurs dans la politique EPP du CPO.

Réalisée : rédigée entre 12/2011 et 01/2012 – validée le 03/02/2012 • En cours • Prévues

A2 : Définir un(des) indicateur(s) de pratique clinique à suivre pour les EPP inscrites au programme 2012.

• Réalisée • En cours • Prévues

A3 : Etendre la démarche en fonction des prises en charge du CPO.

• Réalisée • En cours • Prévues : Année 2013

E2-EA1 (Partiellement) : Développer le recueil et l'analyse des indicateurs de pratique clinique choisis.

A1 : Inscrire la définition et le suivi d'indicateurs dans la politique EPP du CPO.

Réalisée : rédigée entre 12/2011 et 01/2012 – validée le 03/02/2012 • En cours • Prévues

A2 : Suivre l'(les) indicateur(s) de pratique clinique défini(s) pour chaque EPP inscrite au programme 2012.

• Réalisée • En cours • Prévues

E2-EA2 (Partiellement) : Mettre en place une démarche d'amélioration lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.

A1 : Inscrire la définition et le suivi d'indicateurs dans la politique EPP du CPO.

Réalisée : rédigée entre 12/2011 et 01/2012 – validée le 03/02/2012 • En cours • Prévues

A2 : Mettre en place les actions d'amélioration nécessaires en fonction du suivi du(des) indicateur(s) de pratique clinique défini(s) pour chaque EPP inscrite au programme 2012.

• Réalisée • En cours • Prévues : Fin 2012

E3-EA1 (Non) : Réviser périodiquement la liste des indicateurs suivis.

A1 : Inscrire la définition et le suivi d'indicateurs dans la politique EPP du CPO.

Réalisée : rédigée entre 12/2011 et 01/2012 – validée le 03/02/2012 • En cours • Prévues

A2 : Faire le bilan des indicateurs suivis.

• Réalisée • En cours • Prévues : chaque année lors du bilan de la Commission EPP – 1er bilan à faire fin 2012.

Modalités d'évaluation :

Bilan annuel de la commission EPP : suivi du(des) indicateur(s) de pratique clinique choisi(s) en fonction des EPP inscrites au programme du CPO.

Modalités de suivi et de pérennisation des résultats:

Tableau de bord : suivi annuel du(des) indicateur(s) de pratique clinique choisi(s) en fonction des EPP inscrites au programme du CPO.

Réunions de la Commission EPP.

Validation institutionnelle:

Démarche sous la responsabilité de la Commission EPP de l'établissement, elle-même missionnée par le CME et la CSIRMT. Supervision par le Comité de Pilotage Unique (CPU).

Planification des revues de projet:

Revue de projets réalisées 3 fois par an (a minima) par la Commission EPP et suivi présenté en CME, en CSIRMT et au CPU.