



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**  
**HOPITAL DE JOUR CENTRE ANDRE BOULLOCHE**

56, rue du faubourg poissonniere - 75010 - Paris

MAI 2013

# 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	10
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	11
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	12
4.Suvi 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
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	19
PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	20
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	23
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Fiche de suivi ayant fait l'objet d'une analyse par la HAS dans le cadre de la modalité de suivi	25

# 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 cette modalité de suivi.

## 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 de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.

## 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

# HOPITAL DE JOUR CENTRE ANDRE BOULLOCHE

**Adresse :** 56, rue du faubourg poissonniere  
75010 Paris PARIS

**Statut :** Privé

**Type d'établissement :** Etablissement privé à but non lucratif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Santé mentale	0	42	0

Nombre de sites.:	Deux sites : - hôpital de jour-centre André-Boulloche, Paris 10e - hôpital de jour du Parc Montsouris, Paris 14e.
Activités principales.:	Psychiatrie infantojuvénile
Activités de soins soumises à autorisation.:	Hospitalisation de jour psychiatrie infantojuvénile
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	Hôpital de jour-centre André-Boulloche : - convention avec le 3e secteur de psychiatrie infantojuvénile de Paris ; - convention avec le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Pitié-Salpêtrière ; - convention de coopération avec le CLIN de l'hôpital Lariboisière ; - convention avec l'Éducation nationale.  Hôpital de jour du Parc Montsouris : - convention de coopération avec le réseau sud de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; - convention de coopération avec le CLIN de l'hôpital Lariboisière ; - convention avec l'Éducation nationale.
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles	/

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

Niveau de certification non communiqué.

## 2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations, issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité, l'ensemble des contrôles et inspections a été réalisé; l'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

### 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

Données non disponibles

## 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 de la sécurité des soins

Critère 8.f  
Gestion des évènements indésirables



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation est en place afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.

Oui

Une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables a été rédigée. Il existe un support de signalement, coordonné par le référent en gestion des risques et la direction de l'établissement. Ce support a été validé en COPIL des deux services (novembre 2012).

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.

En grande partie

Les supports de signalement sont des documents créés en interne et connus des professionnels.  
La diffusion de la procédure ainsi que des fiches de signalements a servi de support de sensibilisation auprès du personnel pour la mise en place de cette démarche (protocole, outils de déclaration).  
Il n'existe pas de programme de formation.

Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.

Oui

Les professionnels concernés ont été formés par la chargée de mission du siège à la méthodologie de hiérarchisation et d'analyse des causes : élaboration et mise en œuvre de l'analyse des risques a priori. Les cartographies des risques

	Oui	professionnels ont été finalisées. Une responsable a été formée aux méthodes et aux outils de la gestion des risques.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	Les événements indésirables sont analysés avec les professionnels concernés, lors des commissions de recueil des événements indésirables (direction d'établissement, référent qualité, référent gestion des risques, etc.). Les aspects cliniques de causes profondes d'événements potentiellement graves sont travaillés en groupes pluridisciplinaires lors des réunions de synthèse hebdomadaires.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite des analyses.	En grande partie	L'analyse des causes profondes des événements indésirables permet de définir des actions correctives : formalisation de procédures, organisation d'une synthèse clinique, adaptation du projet thérapeutique. Ces actions correctives sont inscrites dans un PAQ nommé "tableau d'évaluation des EI". La mise en œuvre des actions d'amélioration n'est pas hiérarchisée.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	En grande partie	La taille des deux établissements facilite le traitement de certains événements indésirables avec l'ensemble des professionnels, lors de réunions d'équipe. Des causes profondes analysées peuvent donner lieu à la réalisation d'une EPP, comme celle de "la prise en charge des pathologies de l'agir". Les causes profondes des événements indésirables récurrents sont traitées comme les dysfonctionnements courants et ne font pas systématiquement l'objet d'un traitement spécifique.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	En grande partie	Le suivi des actions correctives est assuré par la direction de l'établissement et en commission de recueil des événements indésirables. La démarche de l'établissement est trop récente pour aborder le stade de la mesure d'efficacité des actions correctives. L'efficacité des actions d'amélioration a débuté en COPIL, au 1er semestre 2013.

En grande partie	
------------------	--

## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

## PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

**Critère 28.c**  
**Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique**



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.

Oui

Les deux hôpitaux de jour ont identifié des indicateurs de pratique clinique pertinents, en lien avec les exigences de la HAS, du projet de l'établissement et des EPP conduites. Une méthode de recueil et d'analyse a été mise en place.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.

En grande partie

Les indicateurs retenus ont été renseignés pour l'année 2012. Ils seront analysés en équipe pluridisciplinaire au mois de septembre 2013.

Une démarche d'amélioration est mise en œuvre à partir du recueil des indicateurs, lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.

Partiellement

Des actions d'amélioration ponctuelles sont mises en œuvre à la suite d'analyses de causes de dysfonctionnements (problématique des prises en charge en aval). L'établissement a prévu de mettre en œuvre des actions d'amélioration au regard des résultats face aux taux cibles prévus.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.	Partiellement	Les deux hôpitaux de jour révisent partiellement la liste des données d'analyse des prises en charge. L'établissement a prévu une révision régulière de la liste des indicateurs retenus. Etant donné la récente mise en place du processus, la révision n'est pas aboutie.

# SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Données non disponibles

## ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Fiches de suivi engageant l'établissement pour la prochaine  
procédure de certification

Les fiches de suivi donnent à l'établissement l'opportunité de montrer sa réactivité dans la résolution d'une problématique donnée et de rendre compte des actions menées. Ces fiches de suivi ont fait l'objet d'une analyse par la Haute Autorité de Santé ce qui lui a permis, le cas échéant, de modifier la cotation du critère impacté.



Titre du projet d'amélioration:

Inscrire la gestion des événements indésirables dans la pratique quotidienne de l'établissement.

Problématique:

E1- EA1 (En grande partie) :

A) La procédure rédigée de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables n'était pas encore validée par le COPIL.

E2-EA1 (En grande partie) :

B) La nouvelle procédure de gestion des événements indésirables doit permettre de sensibiliser et de former, les professionnels à cette démarche.

E2-EA2 (En grande partie) :

C) L'association visait à la mise en place d'un outil commun aux établissements pour la gestion des événements indésirables.

E3-EA1 (En grande partie) :

D) Ces actions n'étaient pas encore répertoriées de façon exhaustive.

E3-EA2 (En grande partie) :

E) Des causes profondes analysées pourraient donner lieu à la réalisation d'une EPP.

E3-EA3 (Partiellement) :

F) La démarche de l'établissement était trop récente pour aborder le stade de la mesure d'efficacité des actions correctives.

Résultats obtenus:

E1- EA1 (En grande partie) :

A) Une procédure de déclaration, de traitement et d'analyse des événements indésirables a été élaborée et validée par les membres du COPIL. Le système de déclaration concerne et est porté par l'ensemble du personnel.

E2-EA1 (En grande partie) :

B) La procédure a servi de support de formation auprès du personnel pour la mise en place de cette démarche (protocole, synthèse du protocole et ses outils ont été remis en mains propres à chaque salarié, et a fait l'objet d'une formation.

E2-EA2 (En grande partie) :

C) La procédure et ses outils de déclaration, traitement et d'analyse sont identiques pour les deux sites (deux hôpitaux de jour).

E3-EA1 (En grande partie) :

D) L'analyse de chaque événements indésirables donne lieu à une ou des actions d'amélioration correctives avec une date de réalisation prévue.

E3-EA2 (En grande partie) :

E) Une méthodologie d'analyse des causes profondes a été développée, inscrite dans le protocole et présentée au personnel.

E3-EA3 (Partiellement) :

F) L'analyse des actions d'amélioration/correctives mises en place pour chaque événement indésirable est en cours. Les résultats permettent d'attester de l'efficacité des mesures ou d'analyser plus en profondeur les causes et éventuellement, de mener une EPP sur la problématique ou le dysfonctionnement.

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Jennifer METZ : Responsable de projet de l'Association et de la démarche qualité	L'ensemble des professionnels sous la responsabilité des Médecins Directeurs et des Directrices Adjointes.	Les membres du COPIL et les référents qualité des établissements

## Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
A) Validation de la procédure de déclaration, de traitement et d'analyse des événements indésirables	Réalisée	04/12/12 00:00
B) Formation du personnel	Réalisée	04/12/12 00:00
C) Procédure et outils de gestion des événements indésirables identiques sur les 2 sites	Réalisée	28/12/12 00:00
D) Actions correctives déployées face à chaque événements indésirables	Réalisée	19/03/13 00:00
E) Méthode d'analyse des causes profondes développées et prévue	En cours	21/12/13 00:00
F) Analyse de l'efficacité des mesures correctives	En cours	21/12/13 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
A) Évaluation de la protocole sur une période test d'un mois	Réalisée	28/01/13 00:00
B) Taux de participation à la réunion du personnel et du COPIL	Réalisée	04/12/12 00:00
C) Nombre de fiche d'événements indésirables remplies chaque mois	En cours	21/12/13 00:00
D) Suivi du tableau des actions correctives	En cours	21/12/13 00:00
E) Mise à jour annuelle du document unique et du programme des risques	Prévue	21/12/13 00:00
F) Bilan annuel des événements indésirables (nombre d'événements, nature, niveau de criticité, actions correctives et efficacité des actions)	Prévue	21/12/13 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Bilan annuel des événements indésirables ((nombre d'événements, nature, niveau de criticité, actions correctives et efficacité des actions)

Analyse mensuelle des fiches d'événements indésirables en COPIL

Communication et évaluation des actions correctives avec le personnel.

En cas d'événements indésirables graves, information et analyse en COPIL et en CRU (et information dans le rapport annuel de la CRU)

Validation institutionnelle:

Actions inscrites au Plan d'amélioration continu.

Volonté pour l'association et l'établissement de répondre à cette recommandation par un rapport de suivi (réagir vite puis inscrire la démarche sur le long terme)

Engagement de la direction de l'équipe au quotidien et à chaque COPIL mensuel.

Planification des revues de projet:

Bilan des actions et de l'état d'avancement du Plan d'amélioration continue, deux fois par an sur des semaines banalisées dans l'année au niveau de l'Association.

Suivi de la gestion des événements indésirables à chaque COPIL mensuel.

Information de l'ensemble du personnel dans tous les établissements de l'Association via le bulletin qualité (diffusion en interne tous les 2 mois)

# FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Identifier, recueillir et analyser des indicateurs en vue d'une évolution des pratiques professionnelles

Problématique:

E1-EA1 : (Partiellement) :

A) Le processus d'identification des indicateurs de pratique clinique n'était pas encore structuré.

E2-EA1 (Partiellement) :

B) Les professionnels ne participaient pas au dispositif de recueil des indicateurs et à leur analyse.

E2-EA2 (Partiellement) :

C) Le suivi des actions d'amélioration n'était pas mis en œuvre en fonction de l'analyse des indicateurs.

E3-EA1 (Partiellement) :

D) L'établissement n'avait pas encore défini une périodicité de révision de la liste de ses indicateurs.

Résultats obtenus:

E1-EA1 : (Partiellement) :

A) Identification et validation d'une liste d'indicateurs de pratique clinique, et d'une méthode de recueil et d'analyse.

E2-EA1 (Partiellement) :

B) Les indicateurs sont renseignés pour l'année 2012. Ils seront analysés en équipe pluridisciplinaire au mois de septembre 2013.

E2-EA2 (Partiellement) :

C) Des actions d'amélioration seront mise en œuvre au regard des résultats face aux taux cibles prévus.

E3-EA1 (Partiellement) :

D) Les indicateurs seront intégrés au rapport d'activité annuel de l'établissement et de l'association.

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Jennifer Metz : Responsable de projet de l'Association et de la qualité	L'ensemble des professionnels sous la responsabilité des Médecins Directeurs et des Directeurs Adjoints.	L'équipe médical et les référents qualité des établissement.

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
A) Validation de la liste des indicateurs de pratique clinique par les membres du COPIL	Réalisée	30/04/13 00:00
B) Renseignements chiffrés des indicateurs	Réalisée	04/06/13 00:00
B) Analyse des résultats des indicateurs en équipe pluridisciplinaire	Prévue	30/09/13 00:00
C) Actions d'amélioration en fonction de l'analyse des indicateurs chiffrés sur une année	Prévue	20/12/13 00:00
D) Intégration des indicateurs, de leur analyse et de leur évolution dans le rapport annuel d'activité	Prévue	31/01/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
A) Taux de participation des membres du COPIL	Réalisée	30/04/13 00:00
B) Taux d'indicateurs renseigné	Réalisée	04/06/13 00:00
C) Suivi des actions d'amélioration (EPP ou actions inscrites au projet d'établissement) en fonction des résultats des indicateurs	Prévue	20/12/13 00:00
D) Suivi de l'évaluation des indicateurs de pratique clinique dans les rapports d'activité annuels	Prévue	31/01/14 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Renseignement et analyse des indicateurs de pratiques cliniques dans le rapport d'activité annuel de l'établissement et de l'Association.

Validation institutionnelle:

Validation des indicateurs par les membres du COPIL.  
Actions d'amélioration inscrites au Plan d'amélioration continue

Planification des revues de projet:

Bilan des actions d'amélioration inscrites au Plan d'amélioration continue, deux fois par an sur des semaines banalisées dans l'année au niveau de l'Association.

Suivi de l'évolution des indicateurs à travers le rapport d'activité annuel de l'établissement et de l'Association.