



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

EPSYLON ASBL

Avenue Jacques Pastur, 47
1180 UCCLE (BRUXELLES)



Validé par la HAS en Mars 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 – Mars 2025

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	17
Table des Annexes	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	22
Annexe 3. Programme de visite	23

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 certification de l'établissement.

Présentation

EPSYLON ASBL	
Adresse	Avenue Jacques Pastur, 47 1180 UCCLE (BRUXELLES) BELGIUM
Département / Région	/
Statut	Privé
Type d'établissement	Syndicat Inter-Hospitalier

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	003200006	EPSYLON ASBL	Avenue Jacques Pastur, 47 1180 UCCLE (BRUXELLES) BELGIUM

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

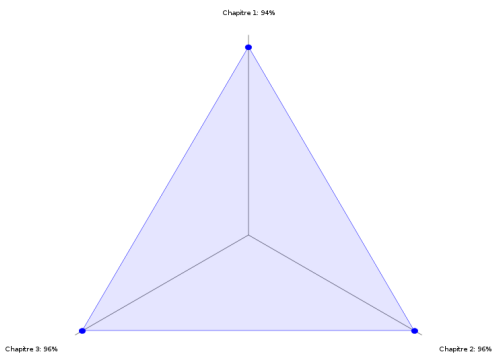
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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

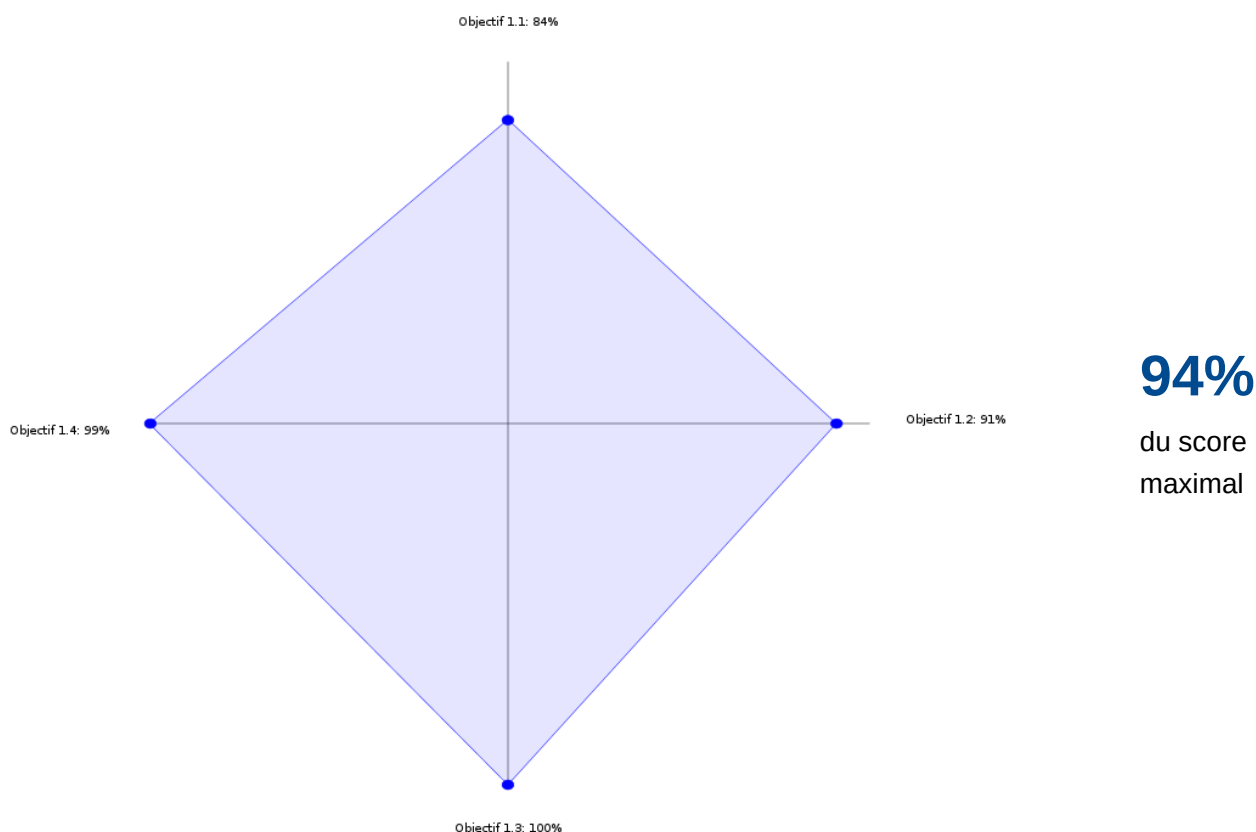
Au regard du profil de l'établissement, [107](#) critères lui sont applicables

Résultats



Chapitre	
Chapitre 1	Le patient
Chapitre 2	Les équipes de soins
Chapitre 3	L'établissement

Chapitre 1 : Le patient



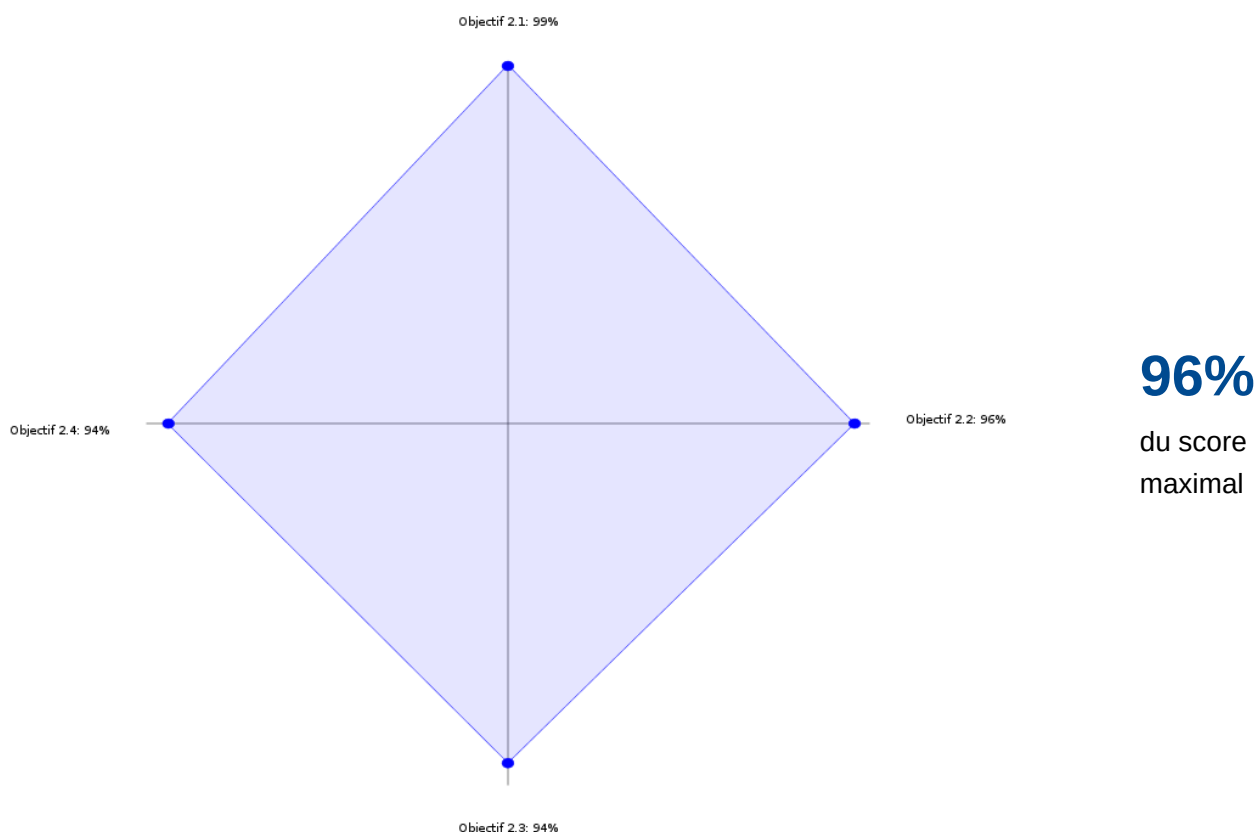
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	84%
1.2	Le patient est respecté.	91%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

Dans l'ensemble des unités et pour toutes les modalités de prise en charge, hospitalisation à temps plein ou ambulatoire, l'information du patient, adulte ou mineur, est assurée, de façon adaptée, sur son état de santé. Son consentement est recherché pour l'élaboration de son projet de soins et les décisions importantes le concernant. Les objectifs de soins sont individualisés et tiennent compte de ses besoins et préférences et le cas échéant de son entourage. Le patient bénéficie de messages de santé publique ou de prévention primaire visant à renforcer sa capacité à agir pour sa santé. Des affiches, ateliers et réunions d'information thérapeutique sont en place dans l'ensemble des sites. Une équipe médicale chargée des soins somatiques est en place. Le patient est sollicité pour désigner ses « personnes de contact » : personne à prévenir et personne de confiance. Pour cette dernière, un support est disponible pour son recueil remis au moment de l'admission.

Ce dernier détaille les rôles différents des personnes à prévenir et de confiance. L'établissement poursuit son plan de formation auprès des personnes en charge du recueil des identités. Des documents spécifiques « droits du patient » et « personne de confiance » sont fournis dans le livret d'accueil mais également mis à disposition sur des présentoirs dans les espaces communs. De plus, le logiciel d'admission a été mis à jour avec cette identification de personne de confiance. Cependant si la traçabilité des identités des personnes de contact est constatée, les patients ne témoignent pas toujours avoir eu les informations correspondantes. Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui ont été prescrits. Pour les patients âgés un support complémentaire à l'ordonnance de sortie est élaboré pour accompagner leur information. Les documents remis au moment de l'accueil, le site Internet et les affichages présents dans les services recensent des informations sur les groupes de parole et d'entraide en santé mentale de Bruxelles et sur le site Internet dédié à ces derniers. Un groupe de patients pairs-aidants assure la fonction de représentants des usagers. Les patients sont régulièrement invités à faire part de leur satisfaction et de leur expérience de prise en charge au cours de rencontres soignants/soignés, de réunions « communautaires » avec tous les patients volontaires d'une unité et des réunions dite de « constellation participative » consacrée à la prise en charge d'un seul patient où celui-ci rencontre « son » équipe soignante et dont les conclusions ponctuent sa prise en charge. Les modalités de prise en charge sont expliquées. Au moment de l'admission, sont remis des supports afférents aux droits et au partage électronique des données de santé avec l'ensemble des prestataires de soins du réseau. Le patient est invité à s'inscrire au réseau de santé bruxellois pour cela. Cependant, ces informations ne sont que peu relayées par les patients rencontrés. Les directives anticipées sont l'une des catégories des déclarations de volonté anticipées. Depuis la loi de 2002 dépénalisant l'euthanasie, les déclarations de volonté anticipées peuvent être rédigées sur des formulaires dédiés et enregistrées auprès de la commune de résidence. Les citoyens sont sensibilisés sur la nécessité d'en informer leur médecin traitant par des campagnes publiques d'information. De fait, les professionnels relayent peu ces informations directement auprès des patients compte tenu de ces campagnes publiques de sensibilisation mais peuvent les connaître sur le site "masante.be". Dans l'ensemble des secteurs de soins, les professionnels veillent au respect de l'intimité et de la dignité. Les chambres sont équipées d'armoires fermant à clé permettant la conservation des effets personnels. Cependant, si toutes les unités disposent de chambres individuelles, elles disposent également de chambres à 2, 3 et de 4 lits ce qui ne facilite pas l'intimité. Des paravents sont généralement disponibles dans celles-ci et utilisés le cas échéant par les soignants lors des soins. La capacité d'accueil de la chambre correspond par ailleurs à des tarifs différents de prise en charge par les assurances du patient. Les locaux de l'Institution répondent aux normes architecturales en vigueur et la visite de contrôle annuelle réalisée par la COCOM est positive sur ce point. Selon ces prescriptions architecturales, il est possible de disposer de chambres à 2 lits, à 3 lits mais également de chambres à 4 lits. Dans une démarche de rénovation générale, Epsilon a engagé progressivement la réduction de capacités de ces chambres pour qu'elles passent de 4 à 2 lits voire deviennent des chambres individuelles. Au moment de la visite, seule la clinique Fond'Roy disposait encore de 3 chambres à 4 lits, une par unité. Le projet de leur transformation est programmé pour 2025 et à la fin du premier semestre 2025 il ne devrait plus y avoir de chambres à 4 lits dans l'Institution et une seule chambre à 3 lits réservée à l'unité mère-bébé. A plus long terme une extension de ce bâtiment est envisagée pour qu'il ne propose que des chambres individuelles. Les derniers bâtiments construits par l'association ne comportent que des chambres individuelles. Pour ce qui concerne l'unité HAS, hôpital d'accueil spécialisé, dédiée aux prises en charges intensives pour les patients adultes admis sous le régime des soins sans consentement, les locaux sont adaptés aux caractéristiques des prises en charges réalisées et deux jardins extérieurs complètent les espaces collectifs. Toutefois, il a été constaté que les trois chambres d'isolement de l'unité n'étaient pas équipées d'appel malades. Un dispositif de surveillance vidéo, relié au poste de soins, est installé et activé sur décision médicale. La rénovation des locaux de cette unité intègre la modernisation de l'appel malade. Les enfants bénéficient d'un environnement et de mobiliers adaptés à leurs âges. Les unités sont étendues et disposent de locaux permettant une large variété d'activités. Des installations sportives ouvertes sur le quartier permettent l'exercice de plusieurs disciplines dans des

conditions agréables. D'une manière générale les bâtiments de l'institution bénéficient d'une intégration réussie dans leur environnement urbain immédiat. Les locaux sont spacieux et disposent d'accès extérieurs confortables et le cas échéant sécurisés. Les patients expriment leur satisfaction sur leur environnement lors de l'enquête réalisée de mai 2023 à mai 2024. Le maintien ou le renforcement des aptitudes et capacités de l'ensemble des patients est recherché. Pour les actes de la vie quotidienne, ceux-ci reçoivent une aide pour leurs besoins élémentaires. Un ensemble d'ateliers visant le développement de l'autonomie est organisé. La confidentialité des informations est assurée. Les patients rencontrés s'expriment positivement sur ce point et les professionnels veillent à celle-ci par leurs pratiques. Les entretiens individuels sont réalisés dans des locaux le permettant. Cependant, il a été observé que l'organisation matérielle de l'administration des médicaments dans certaines unités ne favorisait pas le respect de celle-ci. En effet, dans plusieurs unités, l'administration des médicaments est effectuée au guichet du poste de soins qui est à l'intersection de deux ou trois unités ; les patients attendant derrière une ligne de confidentialité dans l'espace commun ce qui ne facilite pas l'échange d'information. Lorsque les échanges nécessitent plus de communication, il est toujours proposé au patient de pouvoir se retrouver dans un espace à part. L'équipe pharmaceutique a réalisé une analyse de risques de type AMDEC sur cette situation et a défini un projet de réorganisation des locaux concernés pour garantir la confidentialité des échanges. Le futur local de l'unité HAS était en cours d'installation au moment de la visite. Les unités récemment construites intègrent la nouvelle organisation. Par ailleurs, plusieurs modalités sont à l'essai dans différentes unités d'Epsilon afin de garantir plus de confidentialité dans un espace suffisamment sécurisé et qui évite les potentielles erreurs (pharmacie et distribution des médicaments dans un local séparé à la MSP, projet équivalent à l'HAS- hôpital d'accueil spécialisé, distribution des médicaments via un chariot mobile qui va de chambre en chambre à Area+). La réglementation permet aux infirmiers la mise en place de mesures d'isolement ou de contention sans prescription médicale au titre de la mise en œuvre de mesures pour la sécurité physique des patients (catégorie B1 des actes infirmiers définie par l'arrêté royal du 18 juin 1990). Toutefois l'institution Epsilon a décidé que le recours aux mesures d'isolement ou de contention mécanique fasse l'objet d'une décision médicale et en ce sens a convenu de dispositions au-delà de la réglementation. La prise en charge de la douleur est assurée. Une professionnelle est identifiée comme référente « douleur ». Sa formation universitaire est en cours et permettra à l'Institution de bénéficier d'une qualification infirmière en algologie. Le déploiement d'échelles d'évaluation de la douleur est effectif dans les unités. L'établissement a fait le choix d'échelles visuelles adaptées aux handicaps. L'infirmière référente a engagé et anime la formation des professionnels au sein des unités. Suite à ces formations, des audits réalisés sur la tenue du dossier montrent une augmentation significative de la traçabilité de l'évaluation ou de la réévaluation de la douleur et celle-ci a été majoritairement retrouvée. Le dossier patient permet la prescription détaillée d'antalgique « si besoin » (si nécessaire) avec l'indication précise des seuils de déclenchement des traitements et des doses à administrer mais cela n'a pas été constaté dans toutes les observations réalisées. Au moment de la visite une procédure précisant l'indication des seuils de déclenchement des traitements était en cours de formalisation. L'association et la présence des proches est encouragée et facilitée dans l'ensemble des services et pour toutes les prises en charges. Des locaux spacieux sont aménagés et facilement accessibles pour l'accueil des familles. Un large panel de soins et d'activités adapté est défini pour accompagner l'inclusion sociale des patients. Le patient en situation de handicap ou de précarité bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux. La préparation de la sortie des patients est organisée et tient compte de leurs conditions de vie habituelles. Les besoins éducatifs des enfants et adolescents hospitalisés sont assurés ; un lycée thérapeutique est présent sur le site dédié aux adolescents.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



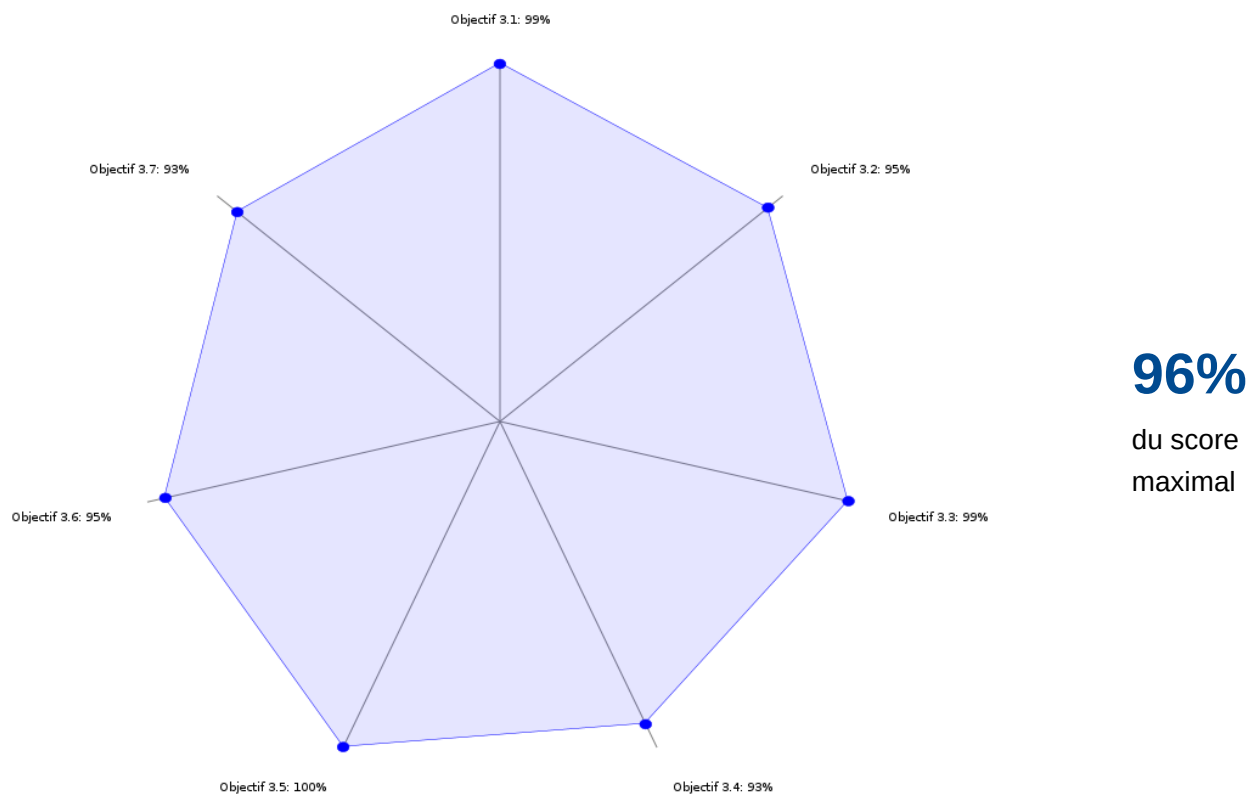
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	99%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	96%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	94%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	94%

Dans l'ensemble des unités, la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée et validée au sein des équipes. Le travail pluridisciplinaire est prôné et soutenu par l'Institution. Des réunions régulières, staffs cliniques et supervisions sont en place. Les recommandations de bonnes pratiques sont disponibles et prises en compte. Les éventuelles mesures de restrictions de liberté ou de contention sont régulièrement revues en équipe. Un groupe de travail « privation de liberté » est en place. L'usage des chambres « de sécurité » et les modalités de restrictions de liberté sont définies sur l'Institution selon les modes de soins : hospitalisation sans consentement et hospitalisation volontaire. Ainsi trois niveaux de sécurisation sont-ils définis : contention environnementale (chambre fermée), contention mécanique (utilisation de liens de contention) ou prescription de traitement (toujours per os en première intention). Pour les admissions sans

consentement, selon l'état clinique du patient, son arrivée se fait en chambre fermée selon une procédure « mise en observation - MEO » et après l'entretien d'admission, le médecin adapte la modalité de prise en charge : chambre de sécurité médicalisée (isolement) ou chambre du patient. Les mesures et leurs surveillances sont tracées dans le dossier patient informatisé (DPI) et un registre quotidien des isolements est renseigné. Les soins sans consentement ne sont admis que dans deux unités : l'HAS et une unité pour adolescents. Dans l'ensemble des autres unités les patients sont admis en soins volontaires. Les prescriptions d'antibiotiques sont argumentées et régulièrement réévaluées. Les équipes peuvent solliciter l'aide de l'équipe de médecine interne et des pharmaciens. Des cours sont dispensés aux médecins en cours de cursus mais tous ne témoignent pas de leur suivi. La coordination des équipes a été constatée dans l'ensemble des parcours de soins entre les équipes soignantes, les équipes mobiles et les fonctions support. Un dossier du patient informatisé (DPI) est en place et est utilisé par les professionnels. Il a été observé qu'il permettait le partage des informations utiles à la prise en charge des patients. Les médecins et pharmaciens ont accès et peuvent consulter les informations déposées sur la plateforme de partage de données entre les acteurs de soins de la Région bruxelloise qui constitue le Réseau Santé Bruxellois. Cette plateforme est gérée par Abrumet, association bruxelloise de télématique médicale. Cet accès est conditionné à l'inscription préalable des patients au réseau. La conciliation médicamenteuse est organisée à l'entrée et à la sortie du patient. Elle est réalisée sur les patients âgés des unités principales d'hospitalisation Fond'Roy et La Ramée et intégrée à la lettre de sortie générée par le DPI. Chaque équipe peut faire appel aux expertises utiles en interne ou au sein du réseau. La télémédecine est utilisée mais ses modalités de recours ne sont pas formalisées. La prise en charge somatique est réalisée tout au long du séjour du patient et est tracée dans le DPI. L'équipe de médecins généralistes se coordonne avec l'équipe de médecins psychiatres. La continuité de la prise en charge du patient pendant la phase de transition adolescent-adulte est assurée. Le carnet de santé des enfants et le dossier du patient sont mis à jour régulièrement pour assurer la continuité des soins y compris avec les partenaires du réseau ABRUMET. L'organisation des soins à la sortie est organisée avec les professionnels d'aval. Une lettre de liaison est remise au patient, adressée à son médecin traitant et déposée sur la plateforme du réseau. L'identification des patients est assurée par un bracelet dont le port a été constaté et par l'inclusion de la photographie dans le DPI à partir de la carte d'identité au moment de l'admission. Les différentes vigilances sont organisées et leurs modalités de fonctionnement sont diffusées et connues des professionnels. Le circuit du médicament est maîtrisé. Une démarche qualité est déployée. Des référents « médicaments » sont désignés dans les services. Les bonnes pratiques de prescription et de dispensation sont définies et mises en œuvre. Les médecins ont accès à un livret du médicament interne (formulaire thérapeutique). La dispensation est réalisée sous le mode hebdomadaire individuelle et nominative (DHIN). Sur la maison de soins psychiatriques (MSP) « Les 3 arbres », qui est un lieu de soins résidentiel dédié à l'accompagnement de personnes stabilisées qui ne nécessitent plus un suivi hospitalier le circuit du médicament est externalisé auprès d'une officine de ville. L'analyse pharmaceutique est systématique par un pharmacien sénior. Les avis pharmaceutiques sont pris en compte. Un staff somatique est en place sur les unités principales de Fond'Roy et La Ramée auquel participe les pharmaciens. Ces derniers ont accès aux bases de référence gérées par l'Agence Pharmaceutique Belge. La traçabilité de l'administration est réalisée en temps réel sur le logiciel de gestion du dossier patient. L'approvisionnement et le stockage des médicaments dans les unités de soins sont définis et le stockage des produits thermosensibles est assuré. Les médicaments à risques (MAR) sont identifiés dans les armoires et chariots des services et au niveau du DPI. Les professionnels rencontrés sont informés de leurs caractéristiques et des mesures de surveillance à mettre œuvre. La liste de ces médicaments est adaptée à l'activité des unités. Les bonnes pratiques visant à maîtriser le risque infectieux sont définies, diffusées et appliquées. Les précautions standards sont mises en œuvre. Si les solutions hydroalcooliques sont disponibles et utilisées, les équipes ne connaissent généralement pas leurs consommations. L'équipe opérationnelle d'hygiène réalise des audits réguliers sur la maîtrise du risque infectieux. L'environnement du patient est propre. Les obligations vaccinales professionnelles sont respectées. Les recommandations en la matière sont diffusées et notamment celles relatives aux vaccins contre le tétanos et l'hépatite B. Dans les

conditions légales belges actuelles il n'est pas possible pour l'employeur d'avoir une idée précise sur la couverture vaccinale de ses employés. De fait, l'établissement ne connaît pas le taux de couverture vaccinale de ses effectifs. L'analyse des freins organisationnels relatifs à la vaccination n'est pas réalisée. Les équipes de soins prennent en charge les éventuels moments de violence du patient. Des formations d'équipe pour la gestion de la désescalade sont largement mises en œuvre. Un programme intégré d'acquisition des compétences est en place, PEGASE, Prévention et Gestion de l'Agitation en toute Sécurité. Des plans de prévention partagé des récurrences de violence sont élaborés et majoritairement retrouvés dans le DPI. Des démarches d'amélioration des pratiques professionnelles sont réalisées et pilotées au niveau institutionnel. Des indicateurs qualité et sécurité des soins sont recueillis et diffusés ainsi que les résultats des enquêtes de satisfaction des patients. La gestion des plaintes et réclamations est organisée. Le recueil de l'expérience patient est réalisé. La gestion des événements indésirables associés aux soins fait l'objet d'une organisation dédiée dite PG-AIR, prévention et gestion des accidents, incidents et risques. Ces événements sont déclarés et analysés régulièrement selon une méthodologie permettant l'analyse systémique de leurs causes et l'identification d'actions d'amélioration. L'établissement dispose de conventions pour chacun de ses sites avec la Clinique Sainte Elisabeth, son hôpital général de référence, pour le laboratoire et la radiologie. Dans le cadre de celles-ci la qualité des prestations fait l'objet de revues régulières.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	95%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	99%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	93%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	95%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	93%

L'Institution Epsilon est membre du réseau de santé mentale bruxellois. Elle est animatrice de l'antenne Sud-Ouest de ce réseau et impliquée dans les organes de concertation institutionnels. L'établissement dispose d'une cartographie précise de l'ensemble des acteurs du territoire avec lesquels il a établi des conventions de partenariats pour toutes les thématiques couvertes par le réseau : adultes, enfants, périnatalité, personnes

âges et âge de transition 16-23 ans. Des équipes mobiles sont en place, pour les enfants et jeunes adultes dite de crise de type 2A et pour les malades chroniques de type 2B et permettent des alternatives à l'hospitalisation. Des lieux « de liens » auxquels participent Epsilon sont implantés dans les quartiers. Plusieurs modalités de communication sont déployées et permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter les services : site Internet ou supports d'information remis aux patients. Le partage avec l'ensemble des partenaires du réseau des informations utiles à la prise en charge des patients est organisé via la plateforme ABRUMET. Epsilon a développé des collaborations avec les universités et encourage la recherche médicale et paramédicale. Ses professionnels participent à de nombreux congrès et journées d'études et plusieurs d'entre eux sont universitaires. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement. Des groupes de paroles et des réunions communautaires soignants/soignés sont en place dans l'ensemble des secteurs. Des ateliers d'information thérapeutique sont organisés et des patients pair-aidants sont associés à leur animation. Des formations à l'écoute des patients sont organisées. L'établissement recueille la satisfaction et diffuse les résultats des enquêtes réalisées. Les rencontres patients / professionnels permettent également le recueil de leurs attentes. Pour ce qui concerne les adolescents une réunion hebdomadaire dite « groupe nursing » est centrée sur leur satisfaction et les actions d'amélioration relatives à celle-ci. L'hôpital veille à la bientraitance et lutte contre la maltraitance. C'est un point principal de son projet de prise en charge. Il assure la formation de ses professionnels sur ces thématiques. Les bonnes pratiques sont diffusées. Un comité éthique est constitué sur l'Institution et se réunit trimestriellement. Les signalements et les risques dans ce domaine sont suivis. Les risques impactant la bientraitance sont identifiés et des solutions organisationnelles sont apportées notamment pour les questions d'effectifs. Les remplacements de personnels en pédopsychiatrie ne sont pas réalisés par des professionnels des secteurs adultes non formés. Les professionnels assurent, le cas échéant, l'accès des bâtiments aux patients en situation de handicap. L'accès aux soins des personnes vulnérables est garanti sur l'ensemble de l'hôpital. L'établissement assure l'accès du patient à son dossier toutefois l'évaluation du délai de remise du dossier n'est pas réalisée. Une procédure était en cours de formalisation au moment de la visite sur les modalités de remise de son dossier au patient. Un groupe composé de patients pair-aidants assure une fonction de commission des usagers. Ce groupe est consulté sur les projets institutionnels. La commission des usagers composée de représentants d'associations de malades comme le prévoit la réglementation française n'a pas d'équivalent actuellement sur Epsilon. Il existe par ailleurs un conseil des jeunes adultes qui se réunit trimestriellement et qui est consulté sur le fonctionnement des unités d'accueil des adolescents et qui formule des suggestions d'améliorations des pratiques. La gouvernance pilote le déploiement de sa politique qualité et de maîtrise des risques. Des comités AGILE chargés de ce déploiement sont en place sur chacune des structures. Des référents qualité sont désignés ainsi que des auditeurs internes. L'évaluation de la culture sécurité des soins des professionnels est réalisée. Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management. Le travail en équipe est organisé et promu dans l'ensemble des unités. La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux est organisée. Des transmissions et des staffs sont réalisés. Les temps d'échanges entre les professionnels et entre les équipes sont nombreux et planifiés. Le développement des compétences individuelles et collectives est assuré. La gouvernance promeut la promotion de la qualité de vie au travail comme support de la qualité de la prise en charge des patients. Elle a défini et déploie dans l'ensemble des unités des actions afférentes à cette démarche. Une fonction est identifiée dans l'organigramme comme pivot de la mise en œuvre de celles-ci. Des ressources sont disponibles pour soutenir les professionnels dans la gestion des difficultés interpersonnelles. La gestion de crise et des tensions hospitalières est définie. Les risques auxquels l'établissement pourrait être confronté ont été identifiés dans les PUH, plan d'urgence hospitalière qui sont définis pour chacun des sites de l'Institution. Ces PUH ont été approuvés par la cellule communale de sécurité et la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale (Cocom). Des exercices sont réalisés annuellement et des CREX mis en place. L'hôpital dispose d'un plan de sécurisation et veille à la prévention des atteintes aux personnes et aux biens. Des formations intégrées de gestion de la violence sont organisées (programme PEGASE). Une équipe sécurité est en place et composée soit de personnels Epsilon (stewards

sur les sites principaux de Fon'Roy et Area +) soit de personnels d'une société prestataire sur les autres sites. La prise en charge des urgences vitales est organisée. Un numéro unique est défini et est connu. Le matériel utile à cette prise en charge, chariot ou sac selon la configuration des locaux, est disponible. L'ensemble des professionnels est formé à la détection et aux gestes premiers secours selon le programme BSL, Basic live Support. Des exercices de mise en situation sont réalisés. Des quizz de connaissance sont réalisés. Les enjeux du développement durable sont pris en compte et font l'objet d'un plan d'actions. Epsilon respecte ses obligations en matière de diagnostic, d'évaluation de consommations énergétiques et d'émissions de gaz à effet de serre. Le pilotage des actions est assuré par un membre de l'équipe de direction. Pour ses nouveaux projets, les cahiers des charges intègrent des prescriptions au-delà des prescriptions réglementaires. Des actions de sensibilisation sont mises en place auprès des professionnels notamment dans le domaine des mobilités douces. L'élimination des déchets est organisée. L'établissement déploie une politique d'amélioration continue des soins. Le pilotage de cette politique est structuré au niveau institutionnel avec une déclinaison auprès des unités de soins. Une direction qualité est identifiée. Un plan d'actions d'amélioration la qualité est défini et est régulièrement mis à jour. Il couvre l'ensemble des secteurs et des dimensions du fonctionnement des unités. Les résultats des enquêtes de satisfaction, le recueil de l'expérience patient, les analyses des plaintes et réclamations, des événements indésirables sont intégrés dans le programme d'actions qualité. Les professionnels témoignent de leur connaissance de ces dernières. Le recueil et le suivi d'indicateurs d'une part et la certification d'autre part n'étaient pas à la date de la visite des obligations réglementaires mais des incitations. Epsilon a engagé la démarche de certification de façon volontaire ainsi que le recueil des indicateurs mentionnés dans les contrats Qualité et de Sécurité du patient conclus entre l'Etat Belge et ses sites. Les objectifs de ces contrats sont repris dans le plan d'actions qualité. Des audits sont régulièrement réalisés selon une planification annuelle mais les revues de pertinence sont peu développées. Les événements indésirables sont recueillis, analysés à l'échelle de l'établissement et les conclusions diffusés auprès des professionnels. Les informations communiquées montrent une appropriation par les professionnels du dispositif PG-AIR, Prévention et Gestion des Accidents, Incidents et Risques. Un groupe de travail, Crisalyence, dédié à la gestion des événements les plus sensibles est en place. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Poursuivre la rénovation des locaux pour assurer le respect de l'intimité/dignité des patients dans toutes les chambres et équiper d'appel malade toutes les chambres d'isolement. Finaliser l'installation dans le nouveau local pour permettre le respect de la confidentialité lors de l'administration des médicaments dans toutes les unités. Indiquer systématiquement les seuils de déclenchement des traitements et les doses à administrer pour les prescriptions d'antalgiques en « si besoin ». La commission de certification félicite l'établissement pour la qualité de sa prise en charge et l'encourage à poursuivre la dynamique d'amélioration engagée.

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	003200006	EPSYLON ASBL	Avenue Jacques Pastur, 47 1180 UCCLE (BRUXELLES) BELGIUM
Établissement principal	003200007	EPSYLON ABSL	Avenue Jacques Pastur, 47 1180 UCCLE (BRUXELLES) BELGIUM

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			
2	Audit système			
3	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable (ou médicament à risque injectable si pas d'antibiotique)
4	Audit système			
5	Audit système			
6	Traceur ciblé			Non applicable
7	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
8	Audit système			
9	Audit système			
10	Audit système			
11	Audit système			
12	Audit système			

13	Audit système			
14	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
15	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
17	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
18	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
19	Audit système			
20	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Audit			

21	système			
22	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
23	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
25	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
26	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
27	Audit système			
28	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

29	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable ou per os ou un antibiotique
30	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
31	Audit système			
32	Audit système			
33	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
34	Audit système			
35	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
36	Audit système			
37	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de précarité	

			Programmé Tout l'établissement	
38	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
39	Audit système			
40	Audit système			
41	Audit système			
42	Audit système			
43	Traceur ciblé			EI critique ou presque accident
44	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
45	Audit système			
46	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	

47	Traceur ciblé			EI critique ou presque accident
48	Audit système			
49	Audit système			
50	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
51	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
52	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable (ou médicament à risque per os si pas d'antibiotique)
53	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable ou per os ou un antibiotique
54	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
55	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	

			Tout l'établissement	
56	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

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

